LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CINQUANTE-ET-UNIÈME ANNÉE

1878

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DES SAINTS-PÈRES, 57

PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

1878

 9013

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Revue d'Ophthalmoscopie médicale et de Cérébroscopie pour 1877.

I

La *Gazette des hôpitaux* a publié depuis dix ans, au début de chaque année, le compte rendu annuel des recherches de cérébroscopie de l'hôpital des Enfants-Malades. Après avoir donné à ses lecteurs, en 1862, les premières observations qui aient été faites sur ce nouveau mode de diagnostic des maladies aiguës du cerveau et de la moelle, elle n'a cessé de vulgariser et de propager la découverte, par la publication incessante de faits nouveaux confirmatifs des premières observations. Aujourd'hui encore, elle donne le résumé des principales observations faites dans le cours de l'année 1877.

Nous ne reviendrons pas sur le mécanisme par lequel, les lésions du nerf optique, de la rétine et de la choroïde se produisent dans les maladies du cerveau et de la moelle; dans les intoxications et dans les maladies constitutionnelles. Cette étude se trouve dans la leçon d'ouverture de la clinique de cette année publiée le 15 décembre dernier et dans l'*Atlas d'Ophthalmoscopie médicale*. Il est donc inutile d'y revenir. Nous allons seulement donner le résumé des observations de névro-rétinite et de tubercules de la choroïde, faites dans la méningite tuberculeuse, dans la méningite typhoïde, dans les tumeurs du cerveau, dans les hallucinations, dans le ramollissement du cerveau, dans la paralysie générale, dans la myélite, etc. Puissent ces observations exciter l'intérêt de ceux qui n'ont pas encore compris toute l'importance que peut avoir, en médecine, l'usage de l'ophthalmoscope.

Pachy-méningite guérie. Atrophie optique. — G..., âgée de quatre ans, entrée le 21 mars 1877, a été guérie d'accidents de méningite, survenus il y a deux mois, en conservant de la cécité absolue, sans trouble aucun de l'intelligence et de la motilité.

A l'ophthalmoscope, elle a un commencement d'atrophie du nerf optique. Les papilles sont blanches, brillantes et les vaisseaux petits et peu nombreux.

La rougeole avec pneumonie ayant emporté l'enfant, nous trouvâmes à l'*autopsie* une pachy-méningite pariétale, avec thrombose ancienne des sinus de la dure-mère et des veines méningées et plaques hémorrhagiques très-minces sur différents points de la dure-mère. On constata l'atrophie de la portion orbitaire du nerf optique se prolongeant jusqu'au chiasma et aux bandelettes optiques.

Méningite tuberculeuse. Névro-rétinite double. — C..., huit ans, entrée le 28 novembre 1877, au n° 2 de la salle Sainte-Catherine, a, depuis huit jours, des vomissements, de la constipation, de vives douleurs de tête et arrive avec le pouls ralenti, intermittent, 62; avec une température de 37° matin et 38° le soir.

A l'ophthalmoscope, les deux nerfs optiques sont malades. Le côté interne de la papillle est net, mais le côté externe est rouge, nuageux, très-peu visible, couvert par une légère exsudation demi-transparente, blanchâtre, qui s'étend sur la rétine avoisinante. Les veines sont très-nombreuses et énormément dilatées.

Mort le 12 décembre.

A l'autopsie, méningite suppurée très-épaisse de la base du cerveau et du cervelet, se prolongeant sur la moelle, mais peu dans les scissures de Sylvius. Quelques granulations tuberculeuses à la convexité de l'encéphale. Caillots des veines méningées. Pas de tubercules de la choroïde.

Méningite tuberculeuse, cérébro-spinale. Tubercules de la choroïde. — M..., trois ans, entrée le 12 juillet 1877, au n° 11 de la salle Sainte-Catherine, pour des vomissements sans constipation, des douleurs de tête et une douleur de rein extrêmement vives. Elle a toute son intelligence et mange bien.

Trois jours après, elle a des obnubilations, un peu de diplopie sans strabisme, et à l'ophthalmoscope, on trouve une double névro-rétinite avec exsudat grisâtre, laiteux, qui cache les contours de la papille, des veines rétiniennes dilatées, flexueuses, remplies de stases sanguines et de caillots; les artères très-fines, et dans la choroïde des granulations blanches, tuberculeuses, larges, à contours un peu affaiblis et très-brillantes. Il y en a une grosse dans chaque œil et un grand nombre de plus petites que l'on voit grossir les jours qui suivent l'examen. Mort, le 28 juillet.

Tubercules du cerveau, du cervelet, de la couche optique et de la moelle.

Infiltration purulente de la pie-mère cérébrale et spinale : granulations tuberculeuses des poumons, du foie, de la rate et des reins. On retrouve dans l'œil les tubercules de la choroïde constatés pendant la vie.

Méningite tuberculeuse et tuberculose. Névrite optique. Tubercule de la choroïde. — J..., âgée de quatre ans, entrée le 7 mai 1877 des symptômes incomplets de méningite : pas de vomissements et selles régulières; mal à la tête, tristesse, somnolence et pouls irrégulier intermittent 76, pas de cris, ni soupirs, ni grincements de dents.

Double névro-rétinite plus marquée à droite qu'à gauche. Papille

gonflée, grisâtre, à bords voilés par une exsudation noirâtre, claire, s'étendant un peu sur la rétine. Veines volumineuses avec thromboses multiples. Un tubercule de la choroïde dans l'œil gauche.

Autopsie. — Méningite tuberculeuse à la convexité et dans les scissures de Sylvius. Hydrocéphalie ventriculaire. Encéphalite des circonvolutions de la scissure.

Deux tubercules de la protubérance et un tubercule du cervelet. Tuberculose miliaire des autres organes. On retrouve le tubercule de la choroïde signalé pendant la vie.

Méningite simulant une fièvre typhoïde avec ses taches rosées lenticulaires. Névrite optique. — M..., âgée de huit ans, entrée le 21 juillet 1877, au n° 20 de la salle Sainte-Catherine.

Malade depuis huit jours. Fièvre, mal de tête, vomissements sans diarrhée, ventre ballonné avec dix-huit taches roses lenticulaires. T. S. 40. T. M. 40 pendant trois jours et pouls à 140.

Au quatrième jour, le pouls tombe à 37 et le pouls se ralentit, tombe à 72, inégal et irrégulier. L'enfant ne tousse pas.

A l'ophthalmoscope, double névrite optique sans exsudat. Le nerf est gonflé, rouge, aplati et ses contours absolument invisibles. Artères fines, veines peu volumineuses, pas de tubercules de la choroïde.

Tuberculose granulée simulant une fièvre typhoïde. Double névrite optique. Tubercules de la choroïde. — C..., dix ans, entrée le 8 août 1877, pour une maladie datant de quinze jours et qu'on disait être une fièvre typhoïde. Elle était dans un grand état de stupeur avec délire, sans diarrhée ni bronchite. T. S. 40. T. M. 39.

A l'ophthalmoscope, les deux papilles sont rouges, gonflées, diffuses et les bords tout à fait voilés par un peu d'œdème, rien aux vaisseaux. Du côté gauche, en haut, à l'image renversée, deux tubercules de la choroïde peu saillants dont l'un est très-large.

Mort, le 13 août, sans convulsions ni paralysie.

A l'autopsie, méningite de la base avec exsudation purulente très-épaisse, rien dans les scissures. Deux ou trois granulations tuberculeuses à la convexité des hémisphères. Dans les poumons, le foie, la rate et les reins, innombrables granulations miliaires.

Dans l'œil gauche, deux granulations de la choroïde.

Granulie simulant la fièvre typhoïde. Névro-rétinite. — C..., six ans, entrée le 6 août 1877, au n° 2 de la salle Sainte-Catherine, pour une maladie datant de huit jours, caractérisée par fièvre, mal à la tête, pas de vomissements ni de diarrhée et pas de délire. Pouls régulier 120. T. S. 39.6, T. M. 39.

A l'ophthalmoscope, double névro-rétinite caractérisée par les diffusions de la papille dont les contours grisâtres sont presque invisibles; veines gonflées, tortueuses, dilatées. Rien aux artères, pas de tubercules de la choroïde.

Mort le 13 août.

A l'autopsie, méningite suppurée de la base avec quelques granulations tuberculeuses de la convexité et hydrocéphalie énorme avec ramollissement crémeux central. Granulations du poumon, du foie, de la rate et des reins. Pas de granulations dans l'œil.

Méningite sans symptômes. Tuberculose simulant la fièvre typhoïde. Névro-rétinite. Tubercules de la choroïde. — L..., douze ans, entrée le 18 mai 1877 pour une maladie datant de douze jours, caractérisée par du mal à la tête, de la somnolence, quelques vomissements, de la diarrhée, de la toux avec râles sibilants dans la poitrine. Le ventre est aplati, indolent, sans taches et sans gargouillement. Température 38 et pouls régulier 180. La malade est morte au bout de deux jours sans strabisme, sans convulsions ni paralysie.

La malade est amenée comme ayant une fièvre typhoïde, mais à l'examen des yeux, trouvant les deux papilles gonflées, à bords diffus, effacés, couverts par une infiltration grisâtre étendue sur la rétine et deux tubercules de la choroïde, le diagnostic est porté comme tuberculose générale.

A l'autopsie : méningite suppurée très-considérable de la base. Rien dans les scissures et beaucoup de granulations de la pie-mère à la convexité des hémisphères.

Tuberculose miliaire des poumons, du foie, des reins, de la rate et des organes génitaux, quelques tubercules de la choroïde.

Méningite tuberculeuse. Névro-rétinite. — Un garçon de quatre ans apporté à l'hôpital le 13 février 1877, avec des convulsions et du coma, durant depuis huit jours et succédant à un mois de malaise, de tristesse et de vomissements avec pouls ralenti, irrégulier, intermittent.

Névrite optique simple à droite et névro-rétinite à gauche.

Veines dilatées, flexueuses et très-multipliées; pas de tubercules de la choroïde.

L'enfant a été remporté et je ne sais quelle a été la terminaison.

Méningite tuberculeuse. Névro-rétinite. — L..., âgé de deux ans, entre le 12 février 1877 à la salle Saint-Jean, service de M. Labric, avec du coma, le pouls intermittent, puis du strabisme et de la contracture des doigts.

Je constate une double névro-rétinite caractérisée par le gonflement grisâtre du nerf optique, couvert d'un exsudat qui cache entièrement les contours de la papille. Les veines sont très-larges et les artères très-fines.

A l'autopsie, on constate une tuberculose générale et dans le crâne une méningite suppurée de la base et de la scissure sylvienne avec d'innombrables granulations tuberculeuses. Pas de tubercules de la choroïde.

Méningite tuberculeuse. Névro-rétinite. — W..., âgé de trois ans, vu en ville avec le docteur Augier, pour une maladie comateuse ayant débuté par des vomissements, de la constipation, des intermittences du pouls et finissant par du strabisme, des convulsions et la mort au seizième jour.

A l'ophthalmoscope, les deux papilles sont gonflées, rouges, peu visibles et leur contour marqué par un exsudat gris, largement ardoisé. Les veines sont larges, sinueuses, multipliées et remplies de thromboses.

L'enfant a succombé et il n'y a pas eu d'autopsie.

Méningite et encéphalite chez une tuberculeuse. Névro-rétinite. — C.., trois ans, 19 février 1877, entré au n° 36, de Sainte-Catherine, avec un peu de somnolence, mal à la tête, pouls intermittent, pas de vomissements et constipation.

Les deux papilles sont gonflées, grisâtres, aplaties, à bords voilés par un exsudat grisâtre, ardoisé, ne s'étendant pas très-loin autour de la papille. Les artères sont invisibles et les veines très-gonflées sans hémorrhagies.

Mort le 2 mars, et à l'*autopsie* on trouve une infiltration gélatineuse à peine purulente de la base, nulle dans les scissures et à la convexité des hémisphères une ou deux granulations à peine visibles. Il existe un point d'encéphalite dans la couche optique avec ramollissement et piqueté rouge de la substance nerveuse, hydrocéphalie ventriculaire avec ramollissement crémeux des parois.

Dans l'œil, gonflement de la papille, veines rétiniennes, très-larges et hydropisie de la gaîne de Schwalbé.

Quelques granulations tuberculeuses du poumon.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Lancereaux.

Deux observations de diabète sucré à marche rapide avec description presque complète du pancréas.

I

Voici, dans leurs principaux détails, les deux observations qui ont fait le texte de la communication faite par M. Lancereaux à l'Académie de médecine dans la séance du 13 novembre dernier (1), sur une lésion spéciale du pancréas dans ses rapports avec le diabète sucré.

---

(1) Voir le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 13 novembre, numéro du 15 novembre 1877.

OBS. I. — *Coliques et vomissements, polyphagie et polydipsie, glycosurie, amaigrissement rapide et excessif; lésions pulmonaires, muguet de la bouche et des grandes lèvres. Mort. Destruction complète du tiers moyen du pancréas, atrophie des deux autres tiers, hypertrophie des glandes de l'estomac et du duodénum.*

La femme A. P. B., âgée de soixante et un ans, de force et de constitution moyennes, n'ayant aucun antécédent morbide dans sa famille, avait eu une bonne santé jusqu'en septembre 1875, époque où elle éprouva quelques vertiges, perdit connaissance, en même temps qu'elle était prise de coliques, de vomissements alimentaires, accidents qui durèrent avec des intermittences, pendant environ trente-six heures. Elle resta souffrante pendant quelque temps, s'amaigrit, et le 18 novembre 1875, elle entrait à l'hôpital de Lariboisière dans le service de M. le docteur Guyot, qui reconnut l'existence du sucre dans ses urines. Après avoir quitté cet hôpital, le 5 décembre suivant, elle rentra chez elle, buvant assez abondamment et urinant beaucoup; néanmoins elle continuait son travail lorsque, le 10 mars 1877, à la suite d'une chute, elle était reçue à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Anger, qui, au bout de quelques jours, proposa à M. Lancereaux de l'accepter dans son service.

Cette femme est pâle, amaigrie, le tissu cellulo-adipeux a en grande partie disparu, les muscles apparaissent sous la peau; elle a perdu en grande partie ses cheveux, la plupart des dents sont altérées, il ne reste que les incisives supérieures et inférieures, qui sont en partie déchaussées et couvertes de tartre; la peau est fine, amincie, sèche; les yeux sont creux, la langue est fendillée, couverte d'un enduit blanchâtre; l'appétit est peu exagéré, il en est de même de la soif; cependant les urines sont abondantes. Les garde-robes n'offrent rien de particulier. Le foie descend à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes, il est douloureux à la percussion; la rate n'a rien; la respiration n'est pas troublée, les bruits du cœur sont normaux, le pouls régulier. La vue est légèrement affaiblie depuis quelque temps, la malade se plaint de voir des mouches volantes, des filaments qu'elle est tentée de saisir avec la main; l'ouïe est plus faible à droite qu'à gauche. Les facultés intellectuelles sont intactes, la sensibilité est normale, mais les mouvements sont peu énergiques, les jambes surtout sont particulièrement faibles, et la malade peut difficilement marcher; douleurs osseuses. (Quinquina; lait; viande crue.)

12 mars. — La quantité d'urine des vingt-quatre heures est de quatre litres et demi; ces urines, acides, pâles, décolorées, un peu troubles, ont une densité de 1,035; elles contiennent 373 grammes environ de glycose et 2 gr. 50 d'albumine. L'appétit est exagéré, la soif vive, les aliments ont leur saveur, ce qui n'existait pas au mois de janvier dernier; les selles sont régulières.

Du 13 au 16, la malade rend dans les vingt-quatre heures quatre litres et demi à cinq litres et quart d'urine; elle mange les quatre portions de l'hôpital et boit deux litres de lait et de la tisane.

Le 17, elle n'a pu manger que deux portions, mais elle boit deux litres de lait et deux litres de houblon. Il en est ainsi jusqu'au 26 mars. Les urines, claires et dans la même proportion (quatre litres et demi à cinq litres), renferment toujours à peu près la même quantité de sucre.

Le 27, la malade revient à ses quatre portions; mais le 1er avril l'appétit tombe de nouveau, il survient de la fièvre et la température axillaire, prise le soir, s'élève à 40 degrés centigrades. Le lendemain matin, elle est de 38°,4. La malade est abattue, anéantie, elle continue de boire deux litres de lait et deux litres de tisane, mais elle mange fort peu; aucun désordre local ne vient expliquer ce changement.

Le 3 avril, il s'écoule une faible quantité de muco-pus par le conduit auditif droit; les yeux sont excavés, sueurs fréquentes du visage, somnolence presque continuelle.

A partir du 6, la température est normale, les urines sont plus claires, elles ne dépassent pas cinq litres et demi. Ce même état se continue pendant toute la durée du séjour de la malade dans nos salles, c'est-à-dire qu'il y a tantôt de la fièvre et diminution de l'appétit, tantôt absence de fièvre et un appétit parfois exagéré. La quantité de boissons ingérées est toujours d'environ quatre litres, et la quantité d'urines rendues de quatre litres et demi à cinq litres et demi. La malade toussait un peu, et l'examen attentif des poumons permit de reconnaître, enfin, que la fièvre se liait sans doute à des points disséminés de pneumonie lobulaire; aussi avions-nous porté un pronostic sérieux quand la malade vint à quitter l'hôpital. Elle continue de languir chez elle, où elle peut à peine quitter le lit, puis elle est atteinte d'une éruption de furoncles, qui se localise tantôt à la région des cuisses, tantôt à la région des fesses; en même temps, elle éprouve des douleurs profondes des membres, le plus souvent éveillées par le mouvement, mais quelquefois aussi spontanées.

Le 16 juillet, cette malade rentre dans nos salles; son état a peu changé, elle est simplement plus pâle, plus affaiblie et plus maigre qu'à sa sortie. Soumise au régime qui lui avait été primitivement administré, elle se soutient pendant quelque temps, se lève dans la salle. Elle urine moins et ne rend pas plus de deux à trois litres d'urines dans les vingt-quatre heures. Examinées le 9 août, ces urines contenaient 72 grammes de sucre par litre, proportion un peu plus faible que celle qui existait pendant son précédent séjour à l'hôpital.

24 septembre. — La malade éprouve depuis quelques jours, sans cause appréciable, une somnolence presque continue; elle est abattue, anéantie, se plaint de la lourdeur de son sommeil et d'une légère céphalée. (Lavement purgatif.)

A partir de ce moment, il survient de la fièvre; la température s'élève chaque soir de 38°,5 à 39°,3, en même temps l'appétit se perd et survient une diarrhée, qui persiste pendant environ trois semaines. Il y a chaque jour trois ou quatre garde-robes; les matières rendues, jaunâtres, gluantes et d'apparence graisseuse, n'ont malheureusement pas été examinées au microscope.

Le 4 octobre, la malade rend trois litres d'urine contenant 5 grammes de sucre par litre et des traces d'albumine; la température continue à s'élever le soir, tandis que le matin elle n'est que normale; parfois même, elle n'atteint pas 37 degrés. Il y a de la toux et une expectoration muqueuse. D'ailleurs, la percussion et l'auscultation révèlent l'existence de lésions matérielles du poumon gauche.

Le 12 octobre, respiration soufflante, râles nombreux à ce même sommet, température 37 degrés le matin, 38 degrés le soir.

Le 13 octobre, la bouche est depuis quelques jours envahie par le muguet. La face interne des grandes et des petites lèvres est tapissée de dépôts pultacés, crémeux, d'un blanc éclatant. Ces dépôts sont constitués par des cellules épithéliales, un grand nombre de spores libres et des tubes articulés semblables à ceux du muguet. Le lendemain, les urines, examinées au microscope, laissent voir des cellules épithéliales; elles ne renferment aucune spore de *cryptococcus cervisiæ*.

A partir du 16 octobre, il se produit une éruption de furoncles (huit à dix) sur la partie postérieure du tronc. Ces furoncles s'étendent les jours suivants; agrandissement de l'un d'eux véritable anthrax de la région sacrée; faiblesse de plus en plus grande; température plus élevée, 38 à 39 degrés le matin, 40 degrés et quelques dixièmes le soir; assoupissement, coma irrésistible, mort le 25 octobre.

Autopsie. — Léger œdème des jambes, absence de thrombose veineuse. L'anthrax, situé à la région sacrée et un peu à droite, offre une étendue de 4 centimètres, il présente à sa partie centrale une eschare noirâtre.

Le crâne est sclérosé, mais non épaissi; les méninges, molles, présentent quelques taches opalines à leur convexité; elles se détachent parfaitement bien des circonvolutions. La substance cérébrale est partout très-ferme et saine, le cervelet est normal; le quatrième ventricule et le bulbe sont dans un état de parfaite intégrité. Les artères cérébrales sont fort altérées. La moelle épinière est partout normale.

Le poumon gauche offre, sur toute l'étendue de son lobe supérieur, des adhérences anciennes, résistantes, membraneuses. Il présente à son sommet, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, une infiltration caséeuse de son parenchyme, qui est grenu, marbré de blanc, de gris et de noir à la coupe, sans excavation aucune. Vers la partie inférieure de ce même lobe, il existe des noyaux lenticulaires disséminés de pneumonie caséeuse. Semblables noyaux se rencon-

trent encore en petit nombre à la partie supérieure du lobe inférieur; congestion et œdème dans le reste de cet organe. Le poumon droit présente simplement quelques dépressions cicatricielles à son sommet. Mais au niveau de son lobe inférieur (partie moyenne et postérieure), il existe trois noyaux de pneumonie lobulaire disposés comme les infarctus en forme de coin. Le plus volumineux de ces noyaux a la grosseur d'un marron; ramolli et brunâtre à son centre, il est plus ferme à sa circonférence et limité par une sorte de fausse membrane blanchâtre; profondément, on trouve quelques foyers de pneumonie également lobulaire; la base est œdématiée, peu étendue. Absence de granulations tuberculeuses, même au sommet, malgré les dépressions cicatricielles.

Le péricarde, adhérant dans une faible étendue à la plèvre droite, n'est d'ailleurs pas altéré. Le cœur, un peu large et non chargé de graisse à sa base, contient un sang noir coagulé, un seul caillot mi-partie fibrineux dans l'oreillette droite. Le muscle est friable, grisâtre, bronzé. A la coupe, les faisceaux primitifs sont granuleux et légèrement stéatosés. La valvule mitrale est le siége de plaques multiples, jaunâtres et graisseuses; les valvules sygmoïdes de l'aorte présentent de petites végétations papilliformes au-dessous du tubercule d'Aranzi.

L'aorte, légèrement dilatée par places, offre, au niveau de la crosse, une dépression d'environ 2 centimètres d'étendue, produite par la calcification et le retrait de ses tuniques.

L'œsophage est normal. L'estomac élargi a sa face interne tapissée d'un mucus épais et visqueux, difficile à détacher. Toute la région cardiaque de la muqueuse est le siége de plaques étendues de vascularisation semblables à celles que l'on observe dans la gastrite alcoolique; la portion pylorique est légèrement ardoisée. La première portion du duodénum présente une saillie comme cicatricielle, et dans son voisinage, un diverticulum qui rappelle l'ampoule de Water; en ce point, la face externe de cet intestin adhère aux parties voisines.

L'intestin grêle est normal; le gros intestin n'est pas altéré; il contient des matières durcies.

Le pancréas est le siége d'une altération remarquable; il présente trois parties fort distinctes. Une première partie, constituée par la queue, est ferme, dure, résistante, manifestement atrophiée; elle a une étendue de 5 centimètres. Dans une seconde partie, qui comprendrait un peu plus du tiers moyen de l'organe, le tissu du pancréas a totalement disparu, c'est à peine si on arrive à trouver la trace de son canal. Une troisième partie, enfin, est constituée par la tête de l'organe qui, petite et atrophiée, a néanmoins conservé sa forme et présente des grains glanduleux très-reconnaissables. Le canal pancréatique vient s'aboucher avec le canal cholédoque au niveau de l'ampoule de Water. Un stylet très-fin introduit dans ce canal et dirigé vers la queue, s'arrête un peu avant la disparition de la substance pancréatique; de même, un stylet fin est arrêté dans le canal de la portion de pancréas qui représente la queue. De telle sorte que le canal pancréatique est d'abord rétréci, puis complétement fermé dans un peu plus de son tiers moyen, et par suite de cette altération, la substance pancréatique s'est atrophiée et a totalement disparu.

La queue du pancréas offre, à l'examen microscopique, un épaississement des cloisons avec atrophie graisseuse des épithéliums des lobules. La tête présente un épaississement fibreux des cloisons interlobulaires, avec atrophie granuleuse et graisseuse des épithéliums d'un grand nombre d'acini. C'est à peine si quelques lobules ont encore leur épithélium intact.

Les ganglions du plexus solaire ne sont pas tuméfiés; ils paraissent normaux.

Le canal cholédoque est large, coloré par la bile; le foie, volumineux, pèse 1,950 grammes, d'une consistance ferme, normale; il est légèrement marbré de jaune et de brun sur une coupe, un peu congestionné; la vésicule biliaire, normale, contient une bile épaisse et noirâtre.

La rate, volumineuse, pèse 254 grammes; elle est résistante, ferme et crépite sous la pression des doigts. Les ganglions lymphatiques iliaques et lombaires, sont triplés ou quadruplés de volume, ils ont une consistance médullaire, une teinte jaunâtre, une apparence lardacée à la coupe, et les ganglions de la partie supérieure du pancréas offrent la même altération.

Les deux reins pèsent 360 grammes; ils ont une coloration normale, une consistance ferme. Les bassinets et surtout les calices sont dilatés, les pyramides de Malpighi sont atrophiées à leur sommet. Les uretères et la vessie sont à l'état normal; cette dernière est un peu agrandie. Utérus normal, ovaires atrophiés.

Les muscles sont atrophiés, le tissu cellulaire a disparu. La moelle osseuse est abondante, gélatiniforme; la substance compacte des os est amincie.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LEREBOULLET.

De la coïncidence de la fièvre typhoïde avec la gangrène sèche.

Il y a vingt ans, M. le docteur Bourgeois (d'Étampes) communiquait, à la Société médicale des hôpitaux, un cas de gangrène spontanée dans le cours d'une fièvre typhoïde. M. Béhier, chargé de faire un rapport sur cette communication, nia la coïncidence de la fièvre typhoïde avec la gangrène spontanée. Mais, depuis cette époque, un certain nombre de faits sont venus prouver que M. Bourgeois (d'Étampes) avait raison; M. Lereboullet a pu, en effet, en réunir sept ou huit exemples, l'un, entre autres, appartenant à M. Hayem. Enfin, il apporte deux nouveaux faits, l'un qui a été recueilli par M. Mercier, à l'hôpital militaire Saint-Martin, l'autre qui a été observé par lui-même, dans son propre service, au Val-de-Grâce. L'observation de M. Mercier est identique à celle de M. Hayem. Il s'agit d'un jeune soldat de vingt et un ans, qui entra, le 29 mai 1877, à l'hôpital militaire Saint-Martin, présentant tous les caractères d'une fièvre typhoïde, dont le début remontait à une dizaine de jours. La maladie évolua pendant les jours suivants avec une température assez élevée pour que l'on crût devoir prescrire des bains froids. Vers le vingt-deuxième jour, l'attention du médecin fut appelée du côté du cœur, dont le malade se plaignait; il n'y avait cependant ni souffle ni palpitations; le malade, en outre, accusait des douleurs dans la jambe droite, douleurs qui se faisaient surtout sentir pendant la nuit; on examina le pied et on constata le début d'une gangrène occupant tout le pied et remontant vers la jambe; elle offrait tous les caractères d'une gangrène sèche et remontait à deux ou trois jours. On examina les artères du membre droit: les battements artériels avait disparu, l'artère crurale était vide de sang et l'on constatait l'existence de caillots dans les vaisseaux de ce membre droit. En l'espace de trois jours, cette gangrène envahit la jambe et la cuisse; le pied, du côté gauche, fut pris à son tour et le malade ne tarda pas succomber.

A l'autopsie, on constata les lésions de la fièvre typhoïde; on put voir, en outre, que l'aorte abdominale était libre jusqu'à sa partie inférieure au niveau de l'articulation de la deuxième avec la troisième vertèbre lombaire. A partir de ce point, d'anciens caillots obturaient complétement les artères abdominales, s'étendaient dans la fémorale du côté droit; les artères de la jambe étaient vides de sang. A l'examen du cœur on reconnut qu'il n'y avait pas de myocardite, mais on trouva une endocardite assez étendue, occupant toute la surface interne du ventricule gauche. Il y avait dans l'oreillette gauche des caillots anciens et volumineux. Enfin, dans l'aorte abdominale, dans l'iliaque primitive et dans la fémorale, il y avait des caillots très-volumineux que l'auteur rapporta à des embolies.

Le second fait observé par M. Lereboullet lui-même, se rapporte à un jeune homme de vingt-deux ans, entré le 21 août au Val-de-Grâce, pour une fièvre typhoïde datant de cinq ou six jours. La maladie était d'intensité moyenne. Rien au cœur, sauf un peu d'affaiblissement du premier bruit. Le quatrième jour après son entrée, le malade accuse une douleur vive à la face supérieure et externe de la jambe droite; il y avait à ce niveau un peu d'empâtement.

Peu de temps après, tout le pied était le siége d'une gangrène présentant tous les caractères de la gangrène sénile. L'artère crurale de ce côté était vide de sang, il n'y avait ni battements ni souffle.

Du côté gauche les battements existaient, mais ils étaient très-faibles.

Le 19 septembre, le malade se trouvait dans un état de cachexie des plus graves; il fut évacué dans un service de chirurgie, où lui fut pratiquée l'amputation de la jambe. Aucune précaution ne fut prise pour prévenir l'hémorrhagie; il s'écoula à peine quelques gouttes de sang, et pourtant toutes les artères étaient béantes. L'autopsie du membre amputé montra que les artères avaient complétement disparu dans les parties mortifiées. Ce malade guérit dans l'espace de quinze jours. La plaie était cicatrisée. Les battements n'avaient pas reparu dans la crurale du côté droit. Il semble donc que, chez ce malade, il s'est formé un caillot obstruant l'iliaque externe, et que de ce caillot primitif était parti un caillot secondaire, étant venu obstruer l'artère tibiale antérieure du côté droit. Quelle est l'origine de la formation de ces caillots? C'est là ce qu'on ne peut déterminer d'une façon précise, puisqu'il n'y a pas eu d'autopsie. On se saurait affirmer, en effet, l'existence, dans ce cas, d'une artérite d'un gros tronc artériel. Quoi qu'il en soit, ces deux faits montre d'une façon indéniable la possibilité de la coïncidence de la fièvre typhoïde avec la gangrène sèche. Quant à l'explication de cette coïncidence, elle est encore à trouver.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 décembre 1877. — Présidence de M. Empis.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORTS

M. AUDHOUY lit un rapport sur la vérification des comptes de M. le trésorier. Il propose, en terminant, de voter des remerciements à M. Dujardin-Beaumetz, trésorier.

M. LABOULBÈNE fait un rapport sur la demande de M. Barthez à l'effet d'obtenir le titre de membre honoraire; il propose d'accorder, à l'unanimité, ce titre à M. Barthez.

Cette proposition est acceptée.

M. BESNIER, secrétaire général, lit son rapport annuel sur les travaux de la Société pendant 1877. Ce rapport se termine par l'éloge des membres défunts, qui sont : Barth, Bouvier, Hervez de Chégoin et Vernois. Chacune de ces notices nécrologiqnes est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

PRÉSENTATION

M. LE PRÉSIDENT, au nom de M. Roger, présente l'éloge de M. Barth, qu'il a lu à l'Académie de médecine.

COMMUNICATIONS

Gangrène spontanée dans le cours de la fièvre typhoïde. — M. LEREBOULLET fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

M. POTAIN a observé deux faits analogues à ceux que vient de rapporter M. Lereboullet. Il les communiquera dans la prochaine séance.

ÉLECTIONS

La Société procède au renouvellement du bureau et des commissions pour l'année 1878.

M. Labric, vice-président, passe de droit président.

M. Hervieux est élu vice-président.

M. Besnier est maintenu dans ses fonctions de secrétaire général.

MM. Martineau et Duguet sont maintenus dans leurs fonctions de secrétaires annuels.

Le conseil d'administration se compose de MM. Laillier, Guyot, Blachez, Decroizilles, Gérin-Roze.

Le conseil de famille : de MM. Empis, Gallard, Vidal, Constantin Paul.

Le comité de publication : de MM. Grancher et Lereboullet.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend une lettre par laquelle M. le ministre de l'instruction publique avertit M. le président que la subvention annuelle, qui est accordée à la Société de chirurgie, lui est renouvelée pour 1878.

RAPPORTS

M. DELENS, au nom de la commission dont il fait partie avec MM. Marjolin, Guéniot, Lannelongue, lit le rapport sur les prix à décerner par la Société en 1877. Ce concours, comme on le sait, a pour but de récompenser la meilleure thèse parue dans l'année et traitant d'une question de chirurgie. Autant que possible, le travail ne doit comprendre qu'un seul sujet.

Cette année, six thèses ont été adressées. Trois, ne répondant pas entièrement aux conditions du concours, ont dû être éliminées. Voici les noms des auteurs et les titres des trois autres :

N° 1. *De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations*, par M. Valta;

N° 2. *Du pied plat simple et du pied plat valgus*, par M. Charcot, ancien interne des hôpitaux de Montpellier;

N° 3. *Traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie*; conclusion en faveur de la lithotritie comparée à la taille, par M. Henriet.

Le rapporteur, après avoir constaté que chacune de ces monographies représente une étude sérieuse et fort intéressante, déclare que le travail de M. Valta est celui qui a paru à la commission le plus digne d'être récompensé; aussi cette dernière propose-t-elle de lui décerner le prix.

M. PÉRIER, au nom et en l'absence de M. Farabœuf, rapporteur, lit un rapport sur les candidatures au titre de membre correspondant national.

Les compétiteurs sont nombreux; il n'y en a pas moins de quarante. Après avoir apprécié les titres et les nombreux travaux scientifiques des candidats, la commission fait la liste de présentation suivante : en première ligne, M. Villeray (de Vincennes); en deuxième, M. Poinsot (de Bordeaux); en troisième, M. Roux (de Brionne); en quatrième, M. Paquet (de Lille).

M. LE DENTU termine la lecture de son rapport *sur les localisations des centres nerveux dans leurs rapports avec la trépanation.*

Cette longue étude ne saurait se prêter à une tentative d'analyse après une simple audition. Disons, toutefois, qu'il y a là toute une mine d'observations et de recherches, dont bénéficieront sûrement un jour et la physiologie et la chirurgie. C'est cette pensée que M. Le Dentu a voulu exprimer par cette phrase, qui termine son travail : « Cette étude des localisations cérébrales ne doit pas être exclusivement abandonnée à la médecine », et par ce conseil final, donné sous une forme quelque peu humoristique : « Localisons! localisons! il en restera toujours quelque chose! »

M. le rapporteur propose, en terminant, d'insérer l'observation de M. Terrillon dans les bulletins de la Société et de déposer honorablement son travail dans les archives. (Adopté.)

COMMUNICATION

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne peut laisser passer sans mot dire le rapport si complet et si intéressant présenté par M. Le Dentu à l'occasion du travail de M. Terrillon.

Après l'avoir entendu, il n'y a plus à revenir sur la partie technique qui s'y trouve magistralement exposée; mais M. Lucas-Championnière désire soulever une question personnelle. Les développements et l'ampleur donnés par M. le rapporteur au travail de M. Terrillon pourraient avoir pour résultat, très-involontaire d'ailleurs, de faire oublier des lecteurs et des auditeurs, moins au

courant de la question, que ce sujet a déjà été traité par M. Championnière. Le but poursuivi n'était pas identique, il est vrai; mais, dans les deux cas, les sujets sont tellement connexes, qu'il peut y avoir nécessité à préciser les dates. M. Lucas-Championnière établit donc que la priorité lui est acquise. « Lorsque j'ai dit ici, il y a deux ans, fait-il remarquer, les réflexions que m'inspirait l'observation de M. Marvaud, insistant sur cette indication : pariétal antérieur, zone motrice ; j'avais déjà trouvé et donné la formule capitale pour cette recherche des centres moteurs. » M. Lucas ne connaissait pas alors et n'a eu connaissance qu'à cette époque de l'observation de M. Broca. Depuis, il a mis à profit les beaux travaux de ce dernier, et c'est même à son instigation qu'il a nommé ligne Rolandique le sillon de Rolando, qu'il avait appelé jusque-là la ligne de Rolando. Ainsi, tout en émettant une réclamation en sa faveur, M. Lucas-Championnière ne veut pas oublier que M. Broca est le véritable initiateur de la méthode.

Passant ensuite à l'examen de l'observation de M. Terrillon; il y voit deux choses : une application de trépan heureuse, parfaitement indiquée, sagement faite, aboutissant à un beau succès; mais, au point de vue des localisations motrices, l'observation ne lui paraît plus avoir la même valeur, puisqu'il s'agissait de phénomènes secondaires, que ceux-ci étaient peu accusés et que les paralysies ne pouvaient guider le chirurgien, ou, du moins, ne l'ont guidé que dans une certaine mesure.

Quittant l'observation de M. Terrillon, M. Lucas-Championnière en vient aux parties du rapport où l'auteur aborde successivement les deux questions des localisations cérébrales au point de vue du diagnostic chirurgical et du trépan.

D'abord la question physiologique. L'excitabilité de l'écorce du cerveau se manifeste-t-elle suffisamment dans les lésions de l'organe pour servir de guide au chirurgien? Nous savons que cette partie du diagnostic peut être faite en médecine; à plus forte raison peut-elle être acquise par le chirurgien qui, envisageant surtout les plaies de la convexité, risque beaucoup moins d'errer et d'être abusé par les lésions des parties profondes ou centrales du cerveau, qui sont si communes en médecine.

De là, une première acquisition pratique : les fractures accompagnées de paralysies primitives siégent toujours dans la même région; on les trouvera toujours sur la convexité du crâne et à la région pariétale correspondant à la ligne des centres moteurs. Quand, avec la lésion d'un autre os, il y a paralysie, c'est qu'il s'agit d'une plaie largement pénétrante ou de troubles secondaires.

Il est donc indubitable, pour le chirurgien, que la région motrice existe. Mais la distinction des centres est-elle assez nette pour qu'on puisse se diriger avec précision dans cette région? La médecine a déjà apporté quelques notions sur ce point; en s'aidant de ces connaissances, M. Lucas-Championnière admet *a priori* que le chirurgien peut arriver à découvrir les parties lésées.

Les paralysies primitives sont le meilleur guide pour cette recherche. Les paralysies secondaires peuvent être utiles, mais le chirurgien sait d'avance que la surface atteinte peut être beaucoup plus large.

Les convulsions peuvent-elles servir de guides? Oui, si elles sont localisées; non, si elles sont générales.

Ainsi, dit l'auteur en terminant, il n'est pas douteux, que, par l'étude des localisations cérébrales, le chirurgien n'ait acquis de précieux éléments de diagnostic.

M. Lucas-Championnière en vient à la deuxième question abordée par M. Le Dentu : faut-il trépaner? C'est une question délicate à résoudre avec les idées actuelles. La trépanation est en elle-même une opération de peu de gravité, ce qui la rend redoutable; ce sont les complications hospitalières et de contamination. Or, l'auteur croit que, grâce à la méthode antiseptique, on peut faire perdre à la trépanation beaucoup de sa gravité. C'est ce qui le porte à entrevoir pour cette méthode un avenir beaucoup plus large qu'il n'ose même le formuler. Maintenant, sur quel ensemble de signes se décider à pratiquer cette opération? On conçoit qu'il serait prématuré de vouloir les formuler tous. Mais parmi eux, il en est un, la paralysie primitive, qui est le plus sûr et le meilleur. Ce signe est tellement précieux qu'il est le seul qui indique formellement l'opération et qui permette de la diriger à coup sûr. Mais, qu'on y prenne garde, avant de le décider à obéir à l'indication qu'il fournit, il faut bien avoir le soin de s'assurer que la paralysie est dans la dépendance du traumatisme et non liée à une lésion interne et non-traumatique, un ramollissement cérébral par exemple, qui pourrait coïncider avec une lésion des parties molles du crâne.

M. Lucas-Championnière termine en disant que, pour lui, le siége des paralysies constitue un grand progrès pour le diagnostic des lésions du crâne; que grâce au procédé qu'il a fait connaître, la trépanation ne lui paraît pas une opération qui l'emporte en difficulté sur la ligature d'un gros tronc artériel; que les observations publiées établissent que la trépanation est le meilleur moyen pour la limitation des accidents paralytiques et pour leur disparition rapide; il ajoute enfin que, grâce à la méthode antiseptique, on peut considérer comme inoffensives des actions chirurgicales qui avaient été réputées, avec raison, jusqu'ici, comme exceptionnellement redoutables.

COMMISSION DU PRIX GERDY.

Après deux tours de scrutin, la commission du prix Gerdy est ainsi constituée : MM. Marjolin, Houel, Perrin.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

372. Laffont. Recherches expérimentales sur l'anesthésie par le tétrachlorure de carbone.

373. Robert. Essai sur les procédés opératoires en usage pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Méthode éclectique.

374. Buès. Considérations sur deux cas de pustule maligne observés à l'hôpital Saint-Louis.

375. Billet. Des lymphangites de la verge d'origine vénérienne.

376. Defaut. Histoire clinique de l'hôpital maritime de Gorée (Sénégal), pendant l'année 1871.

377. Capron. Des anomalies de la sécrétion mammaire.

378. Arnaud. Des états pathologiques pouvant simuler la grossesse.

379. Hirtz. De quelques manifestations cérébrales dans les affections cardiaques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital Cochin. — M. le docteur Desprès, chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 9 janvier 1878, et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine à neuf heures et demie.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Les mutations suivantes sont annoncées dans le service des hôpitaux.

M. Lanelongue est prorogé de cinq ans, à l'hôpital Saint-André. — M. Solles est nommé médecin titulaire des Incurables, à Pellegrin; M. Vergely, médecin titulaire de l'hospice des vieillards, et M. Négrié, médecin titulaire des Enfants-Trouvés.

— M. le docteur Henri Huchard, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de pathologie interne, à l'École pratique (amphithéâtre n° 3), le lundi 7 janvier à trois heures, et le continuera les mercredis et lundis suivants à la même heure.

Il traitera, en premier lieu, des fièvres éruptives.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Agenda médical pour 1878, contenant : 1° un Formulaire magistral; 2° un Mémorial thérapeutique du médecin praticien;

3° Code médical et professionnel ; 4° Premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie ; 5° Résumé pratique des eaux minérales ; 6° Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger ; plus, un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes. — Prix : broché, 1 fr. 75 ; cartonné à l'anglaise, 2 francs ; divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 francs.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier, 3 francs. — N° 2, maroquin à patte, avec crayon doublé en papier, 3 fr. 50. — N° 3, id., l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75. — N° 4, id., en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille, 4 fr. 50. — N° 5, id., l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en soie, 4 fr. 75. — N° 6, id., et petite trousse, doublé en soie, 5 francs. — N° 7, id., et petite trousse, doublé en maroquin, 7 francs. — N° 8, id., et petite trousse, avec fermoir en maillechort, 9 francs. — Asselin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 2. — SAMEDI 5 JANVIER 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 5 JANVIER 1878. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Bouley, dans une improvisation imagée, a su relever par des mots heureux, des appréciations et des réflexions pleines d'esprit et de malice, la très-longue énumération des travaux que l'Académie avait accomplis sous sa présidence. L'année 1877 a été féconde : et on se demande, en vérité, comment on va pouvoir mener à bonne fin toutes les discussions actuellement pendantes.

L'allocution de M. Bouley et celle de M. Baillarger, qui l'a remplacé au fauteuil, ont été vivement applaudies : puis M. Briquet a pris la parole pour continuer la lecture du rapport sur les épidémies, et la séance s'est terminée sans autre incident.

Dr Victor REVILLOUT.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie agitante ou maladie de Parkinson forme fruste.

Pendant quelque temps, c'est-à-dire durant cette période que l'on peut appeler la première phase historique de la paralysie agitante, maladie relativement récente, comme tout le monde le sait, on n'a connu qu'un type unique caractérisé dès son début par le tremblement ou l'agitation, ce qui a fait donner à cette affection le nom sous lequel elle a été désignée jusqu'à présent. Ce type, que MM. Vulpian et Charcot, dans leurs premières recherches faites en commun sur ce sujet à la Salpêtrière, ont dégagé de quelques autres états pathologiques analogues, avec lesquels on l'avait d'abord confondu, a servi jusque dans ces derniers temps à la description régulière, classique en quelque sorte, de la paralysie agitante. Cependant, les observations se multipliant, il s'est présenté successivement plusieurs cas qui, s'éloignant plus ou moins de ce type, soit par l'inversion de l'ordre dans lequel se manifestent en général les symptômes caractéristiques, soit par l'absence même de l'un de ces symptômes, ont obligé à admettre des exceptions à ce que l'on avait considéré jusqu'alors comme la règle, et, à placer, à côté du type primitif, des variétés ou des cas frustes. C'est ainsi que M. Charcot, dans ses leçons à la Salpêtrière de 1872-1873, disait avoir observé quelques cas dans lesquels on avait à peine constaté le tremblement; tel, en particulier, le cas d'un homme chez lequel le tremblement, très-peu intense d'ailleurs, était limité à l'une des mains seulement, bien qu'il eût cependant à un haut degré l'attitude du corps et la démarche spéciale à ces malades. Dans d'autres cas, c'était la rigidité musculaire qui avait été à la fois le symptôme des premiers temps de la maladie et le phénomène prédominant. Dans ses conférences de 1876, et enfin dans l'une des plus récentes auxquelles nous avons assisté, celle du 7 décembre dernier, M. Charcot a rapporté de nouveau ou montré plusieurs exemples de même genre, dans lesquels le tremblement était presque insignifiant ou borné à une très-minime partie du corps, aux mains par exemple, et le phénomène dominant consistait dans la rigidité musculaire. D'où cette conséquence, que la dénomination de *paralysie agitante* appliquée à ces cas, où il n'y a ni paralysie ni tremblement, est impropre, et la proposition faite par M. Charcot de désigner désormais cette affection sous le nom du médecin qui l'a fait connaître le premier, Parkinson.

A l'appui de ces faits, M. le docteur Boucher en a rapporté de nouveaux qui sont pleinement confirmatifs à cet égard, dans sa thèse inaugurale ayant pour sujet et pour titre : *De la maladie de Parkinson* (paralysie agitante), et en particulier de la forme fruste. Voici le résumé de l'une des observations les plus remarquables sous ce rapport que renferme ce travail :

Un homme de cinquante-quatre ans, maçon, sans antécédents pathologiques héréditaires ou personnels, ayant été obligé pendant le siége de se réfugier dans un rez-de-chaussée humide et froid et exposé, pendant la Commune, à de mauvais traitements, à des menaces de mort, suivies d'un commencement d'exécution, commença à éprouver dès la fin de mai 1871 les phénomènes insolites suivants : il remarqua d'abord que ses deux mains tremblaient; une sensation de faiblesse et de gêne dans les membres l'obligea bientôt à renoncer à ses travaux habituels. Le tremblement des mains alla rapidement en croissant, en même temps qu'il survint de la douleur dans les reins, s'étendant plus tard au dos et au cou, et de la raideur dans les quatre membres s'opposant à toute espèce de mouvements étendus. Enfin, il ne tarda pas à s'apercevoir que sa démarche devenait de plus en plus embarrassée et bizarre.

Voici ce que l'on constate à son entrée à l'hôpital de la Charité, le 20 septembre 1876.

Dans la station verticale, son attitude frappe par sa singularité. La tête demi-fléchie, légèrement inclinée sur l'épaule droite, regarde en avant; le tronc est incurvé en avant; les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin; les coudes sont accolés au corps, les avant-bras, en pronation incomplète, sont à demi-fléchis sur les bras; les mains en demi-flexion sont déjetées vers le bord cubital; la situation générale des doigts est telle qu'elle rappelle la position de la main de l'accoucheur dans la version.

Lorsque le malade marche, il se porte tout d'une pièce en avant; qu'il marche, qu'il s'assoie ou qu'il soit debout, il conserve toujours la même attitude, la même fixité générale, il a l'air *soudé*.

Son facies n'est pas moins singulier. La peau du visage, d'un blanc jaunâtre, les yeux immobiles, la bouche entr'ouverte, les traits fixes, la position immuable de la tête, lui donnent un air d'étonnement béat.

La difficulté et la roideur des membres existent aussi bien dans les mouvements provoqués que dans les mouvements spontanés. Ce n'est pas de faiblesse qu'il se plaint, mais de roideur de ses membres. Les sensations douloureuses qu'il perçoit sous forme de piqûres et de crampes, sont plus accusées dans le décubitus ou dans la position assise que dans la station verticale et dans la marche. Il se plaint aussi d'avoir toujours trop chaud, surtout dans son lit.

Levé, jamais il ne reste en place, il trotte sans cesse, ni trêve, du matin au soir, il va toujours en avant comme poussé par une main invisible; mais il peut régler son pas, l'accélérer ou le ralentir, il peut l'arrêter au commandement. Un obstacle rencontré sur sa route ne le fait pas reculer, il n'y a pas chez lui de rétropulsion spontanée ou provoquée.

Lorsqu'il est couché, il est le plus souvent dans le décubitus latéral droit. Le cou est allongé et fléchi en avant, le menton est déjeté à gauche. Les mouvements de rotation de la tête sont presque abolis, ceux de flexion, d'extension et d'inclinaison latérale sont peu diminués. Les avant-bras sont fléchis à angle droit sur les bras, et dans la pronation les mains étendues reposent sur la région ombilicale.

Les mains font presque corps avec les avant-bras, elles sont le siége de deux tremblements distincts : l'un très-faible, qui affecte les doigts, n'est bien visible que lorsqu'ils sont tenus écartés les uns des autres, il consiste en de petites trémulations. L'agitation des mains est plus étendue, elles décrivent, suivant un plan vertical, de petites courbes elliptiques rendues irrégulières par les oscillations des doigts.

Les membres inférieurs sont animés sur place de très-légers mouvements d'ascension et de descente qui sont le résultat de l'agitation du buste et des membres supérieurs. Le tremblement de la tête, aussi bien que celui de toutes les parties du corps, hormis les membres supérieurs et le buste, n'est pas autonome. Si l'on fixe les épaules et le torse du malade, il disparaît partout excepté dans les mains, les avant-bras et les bras.

L'intensité du tremblement varie suivant le jour et l'instant où on l'observe; quelquefois il est à peine perceptible; des émotions pénibles l'exagèrent. Les émotions agréables ont pour effet de l'amoindrir.

Le décubitus prolongé dans la même situation est douloureux; le malade accuse un malaise général, et au niveau des points comprimés une sensation de fourmillement, de coups d'épingle qui l'oblige à modifier fréquemment sa position.

Les fonctions digestives, la circulation et la respiration sont normales; les organes des sens sont intacts, ainsi que l'intelligence.

Ce malade soumis au traitement des bains sulfureux, trois fois par semaine, de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, a vu son état s'amender d'une manière lente, insensible, de l'époque de son entrée en septembre 1876, jusqu'en janvier 1877, au point qu'à cette dernière époque il n'avait presque plus de tremblement et peu d'agitation; de sorte qu'il présentait encore en réalité les symptômes de la paralysie agitante, sans tremblement ni agitation; c'est-à-dire la forme fruste.

Cystite d'origine obscure probablement tuberculeuse.

Un malade couché au n° 49 de la salle des hommes dans le service de M. Gosselin présente un cas d'un diagnostic difficile et dont la situation nous a paru assez intéressante pour la faire connaître et pour exposer ici les motifs de l'hésitation et du doute dans lesquels est resté M. Gosselin à son égard. Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans qui souffre de la vessie et qui est tourmenté par des envies d'uriner très-fréquentes et très-douloureuses, qu'il ne peut satisfaire qu'incomplètement et par une émission d'urine en très-petite quantité chaque fois. Ces envies d'uriner se reproduisent toutes les vingt ou vingt-cinq minutes. Le malade est tenu presque constamment en éveil dans la nuit, par ces fréquents besoins d'uriner. Les urines contiennent une proportion notable de mucus.

Il n'est pas douteux qu'il y ait une cystite. Mais n'y a-t-il que cystite simple? Il s'agit de chercher à quelle variété de cystite on a affaire; est-ce à une uréthro-cystite, à une cysto-prostatite ou à une cysto-néphrite? M. Gosselin en explorant la prostate a cru sentir un certain degré de ramollissement de la prostate, mais rien ne démontre qu'elle soit le siége d'un phlegmon. La pression exercée par le doigt ne fait point sortir de pus par l'urèthre. D'un autre côté il n'y a ni rétrécissements ni blennorrhagie récente.

Est-ce une cystite calculeuse ou symptomatique de la présence d'un corps étranger quelconque? Le cathétérisme pratiqué à plusieurs reprises n'a fait constater la présence d'aucun corps étranger.

On pouvait penser encore à la valvule de Mercier. Mais ce qui éloigne de cette idée, c'est la facilité avec laquelle les sondes pénètrent, ainsi que l'absence de rétention et la facilité avec laquelle se fait l'émission de l'urine, malgré la douleur qui la provoque et qui l'accompagne. La même raison empêche de s'arrêter à l'idée d'une contraction spasmodique du col, comme on en voit dans certaines névralgies vésicales.

Existerait-il, dans ce cas, des incrustations calcaires des parois de la vessie, ayant entraîné l'inflammation des parois vésicales? Mais les parois de la vessie ne donnent nullement lieu, quand on l'explore, à la sensation que produirait une induration. D'ailleurs les urines ne sont point ammoniacales. Il faut encore renoncer à cette idée.

En résumé, élimination faite de toutes ces hypothèses, dont aucune n'est justifiable, M. Gosselin s'est arrêté à la seule idée qui lui semble possible et qui lui paraisse à craindre dans ce cas, c'est celle d'un commencement d'affection tuberculeuse de la prostate et du col de la vessie. Il y a, en effet, dans la science, des exemples de cette localisation de l'affection tuberculeuse, avec des symptômes assez sembla-

bles à ceux que présente ce malade. Ce ne sera que par la marche ultérieure de la maladie que l'on pourra être éclairé plus ou moins prochainement sur ce point, cette affection tendant, comme on le sait, à se propager et à envahir les autres dépendances de l'appareil génito-urinaire. En attendant et jusqu'à ce que le jour se fasse sur ce cas obscur et difficile, M. Gosselin a soumis ce malade à l'usage du bromure de potassium, du laudanum en lavement, des suppositoires de belladone et des injections morphinées pour calmer les douleurs qui le tourmentent et atténuer la sensibilité de la vessie. Ces moyens seront continués tant que le malade en éprouvera du calme et du soulagement et jusqu'à ce que l'observation attentive dont il va être l'objet mette en évidence de nouvelles indications.

C'est ce que nous apprendrons plus tard.

Lithiase urique de la vessie. — Modification en deux jours par le traitement alcalin.

M. le docteur Ch. Liégeois (de Beauville aux Saules (Vosges), nous transmet l'observation suivante, qui fait ressortir la prompte efficacité du traitement alcalin dans un cas de lithiase urique de la vessie.

M.., âgé de vingt ans, enrégimenté en qualité d'engagé volontaire, consulta M. Liégeois en février 1876, voici les renseignements recueillis tant sur les antécédents que sur l'état actuel de ce jeune homme.

Le jeune malade a été boulanger jusqu'à l'âge de 15 ans, puis a exercé la profession de garçon épicier jusqu'à son entrée au régiment.

Pendant son enfance et surtout vers l'âge de douze ans, il a eu de fréquentes hémorrhagies nasales et souvent mal à la tête. Ces hémorrhagies paraissent avoir été fréquentes dans sa famille. Jamais, dit-il, il n'a eu une bonne santé, ce qu'on a peine à croire en voyant sa taille, son embonpoint, sa musculature en apparence des plus robustes: toutefois, sa figure est pâle, anémique, les muqueuses sont un peu décolorées.

Au mois de décembre 1875, étant au régiment, le malade eut une forte diarrhée avec selles sanguinolentes, un peu de ténesme, quelques épreintes. Cette dysenterie légère combattue par un traitement approprié, dura dix jours. M... était complétement rétabli au 1er janvier : il se sentait seulement un peu faible.

Au nouvel an il obtient une permission de quatre jours ; pendant le voyage, l'émission des urines est douloureuse, mais le malade ne sait trop dire la couleur des urines à ce moment.

A son arrivée dans sa famille, le symptôme douleur pendant la miction, persiste : Cette douleur se propage jusqu'au méat, les envies d'uriner deviennent très-fréquentes ; l'urine conservée dans un vase est très-rouge, le malade croit qu'il a de l'hématurie. Il s'alite pendant un mois, a de temps en temps de la fièvre, son appétit est perdu et, pendant plus de huit jours, il vomit presque tous les aliments qu'il prend : il aurait volontiers mangé des viandes vinaigrées. Pas plus alors que maintenant, aucune manifestation morbide du côté des poumons ni du côté du cœur.

Il ne suit à cette époque aucun traitement pharmaceutique et ne se décide à consulter que le 24 février 1876, c'est-à-dire deux mois seulement après l'apparition des premiers symptômes de son mal.

Voici ce qu'on constate :

La pression sus-pubienne est légèrement douloureuse : il n'y a pas et il n'y a jamais eu de douleurs lombaires. Le cathétérisme ne révèle rien de particulier, le toucher rectal pas davantage. En admettant avec le malade l'existence de l'hématurie, on ne saurait en invoquer comme cause une affection prostatique. Et, du reste, y a-t-il réellement hématurie? On examine à cet égard les urines des 25, 26 et 27 février.

L'émission moyenne des 24 heures est de 300 grammes : acidité prononcée, absence d'albumine, absence de sucre. On étudie chaque jour le dépôt qui est au fond du vase, on trouve :

1° Des cellules petites, globuleuses, qui, imprégnées d'eau ou d'acide acétique, laissent apparaître plusieurs noyaux très-réfringents qui disparaissent par l'addition d'ammoniaque, ce sont des globules de pus ; 2° des cristaux formant, les uns des aiguilles blanches soyeuses, les autres des sabliers, ceux-ci des prismes à quatre ou six côtés avec deux faces obliques, ceux-là des barrillets, ce sont des calculs d'acide urique et d'urates sur la nature commune desquels la réaction de la murexide ne laisse aucun doute ; 3° du mucus contenant les cristaux uriques dans ses mailles ; 4° des cellules épithéliales de forme variée, irrégulière, biscornue, (Morel), épithélium vésical.

On ne rencontre pas la moindre trace de globules rouges.

On diagnostique : lithiase urique de la vessie ; cystite légère consécutive.

Le traitement institué alors est le suivant : Un pot de tisane de chiendent avec nitrate de potasse, 4 grammes ; une bouteille d'eau de Vichy, à prendre dans la journée.

Le 29 février, même traitement.

Après ces deux journées du traitement alcalin, les urines redeviennent claires, aussi abondantes que normalement, exemptes de dépôts uriques, de pus, de mucus et d'éléments épithéliaux. L'examen microscopique le plus soigneux ne put en faire découvrir la moindre trace.

On continue toutefois le même traitement le 2, le 3, le 4 et le 5 mars; le 4 mars, on ajoute un bain alcalin : ce jour-là le malade accuse un peu de céphalalgie frontale, il a l'air mou. L'amélioration du côté des urines persiste.

Le 6 mars, un nouveau phénomène se présente : dans la nuit du 5 au 6 apparaît à la partie interne de la racine de chaque cuisse une surface rouge, couverte de vésicules; cette surface est le siége de chaleur et de démangeaisons. Chacun de ces placards est un peu moins large que le creux de la main, à contour assez régulièrement ovoïde. Le 6 mars au soir, beaucoup de vésicules, déjà rompues, laissent suinter un peu de sérosité qui se concrète à sa surface sous forme de croûtelles molles et couleur terre de sienne. En certains endroits les vésicules sont remplacées par des fissures dont le fond rouge laisse également suinter de la sérosité. Au traitement déjà institué on ajoute : poudre d'amidon; bain alcalin).

Le 7 et le 8 mars, aucune modification dans cet eczéma intertrigineux (car tel est le diagnostic). Le même traitement est continué.

Le 9 mars, l'eczéma a pris de chaque côté un peu d'extension, en bas, en dedans et en dehors. Même traitement auquel on ajoute deux vins de quinquina à 100 grammes, additionnés chacun de 50 centigrammes de citrate de fer ammoniacal.

Du 11 au 14 mars, la sécrétion eczémateuse devient de moins en moins abondante, des cataplasmes de fécule font tomber les croûtelles, il n'y a plus que quelques vésicules périphériques.

Mais, le 14 mars, apparaît une petite plaque eczémateuse comprenant la face inférieure de cette partie du fourreau qui recouvre le gland : le 15 et le 16, deux nouvelles plaques sur

les bourses. Celles-ci laissent voir sur un fond moins rouge des vésicules moins suintantes qui sont remplacées plus tard par de petites croûtelles blanchâtres.

Le 20 mars, les surfaces eczémateuses se détergent et le malade est perdu de vue. Du 6 mars au 20 mars, rien d'anormal ne s'est présenté du côté des urines. Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Lancereaux.

Deux observations de diabète sucré à marche rapide avec destruction presque complète du pancréas (1).

II.

Obs. II. — *Diabète sucré, polyphagie et polydipsie, glycosurie, amaigrissement rapide, pneumonie lobulaire avec large excavation pulmonaire. Mort. Obstruction des deux canaux pancréatiques par des calculs de carbonate de chaux; dilatation de ces canaux et atrophie du tissu glandulaire; hypertrophie des glandes de l'estomac et du duodénum.*

J. G..., ébéniste, âgé de quarante-deux ans, né en Belgique, domicilié à Paris, père de quatorze enfants, a perdu sa mère d'aliénation mentale, son père vit toujours. Quant à lui, à part la syphilis contractée à vingt ans et une perforation du voile du palais survenue un an plus tard, il s'est fort bien porté jusqu'au printemps de l'année 1874, époque à laquelle il fut atteint d'un anthrax du dos. C'est vers la même époque que son appétit augmenta pour devenir peu à peu insatiable, qu'il fut pris d'une soif vive et vit ses urines augmenter de fréquence. Bientôt après, il remarqua qu'il perdait ses forces et s'amaigrissait, ce qui ne l'empêcha pas de continuer son travail.

Le 28 novembre 1876, il venait réclamer nos soins. C'est un homme grand, mince, pâle, très-maigre, et qui chaque jour perd ses forces. Il a une soif inextinguible, un appétit insatiable, une polyurie abondante; ces circonstances, jointes à l'examen des urines, rendent évidente l'existence d'un diabète. Aucun organe d'ailleurs ne paraît lésé, le cerveau, le cœur, les poumons sont sains; le foie déborde très-légèrement; il n'y a ni vomissement, ni diarrhée. (Six portions, de 5 à 600 grammes de viande crue, deux litres de lait, bière).

Pendant tout le cours de décembre, le malade rend chaque jour de six à sept et même huit litres d'une urine acide, claire et très-pâle. Ce liquide a une densité qui varie entre 1,030 et 1,039; il renferme une quantité de sucre qui oscille entre 500 à 560 grammes, et une quantité d'urée qui est en moyenne de 20 grammes par litre. Ces variations de quantité paraissent être en rapport, celle des urines avec la quantité de boissons absorbées; celle de l'urée avec la quantité de viande ingérée; en tout cas, elles ne sont pas sensiblement modifiées par l'apparition d'une complication. Vers le 8 décembre, le malade commence à tousser, et au bout de quelques jours, il expectore des crachats colorés, jaunâtres ou verdâtres, peu aérés, visqueux et intimement adhérents au vase. Ces crachats, qui ont tous les caractères de l'expectoration dans la pneumonie franche, nous conduisent à explorer la poitrine, et nous constatons l'existence, au niveau de la région axillaire droite et en arrière, d'un souffle doux et de nombreux râles crépitants.

Néanmoins, pas de réaction sensible, la température ne dépasse pas 37 degrés centigrades, du moins le matin; de telle sorte, que ce nouvel accident est à peine remarqué par le malade. Il est accompagné, au bout de quelques jours, d'un œdème des membres inférieurs et même d'une partie du tronc. L'expectoration continue et les crachats conservent à peu près les mêmes caractères jusqu'à la fin de décembre.

Dans les premiers jours de janvier, expectoration sanguinolente pendant trois jours. A partir de ce moment, les crachats se modifient, ils sont blanchâtres, opaques, peu aérés et beaucoup moins visqueux; ils ressemblent aux crachats de la bronchite et surtout à ceux de la phthisie pulmonaire.

D'ailleurs, à partir du mois de janvier, l'appétit diminue, la viande crue, dont le malade était amateur, est moins bien acceptée; nous la remplaçons par des beefsteacks. L'amaigrissement progresse à vue d'œil; la quantité des urines diminue; des gargouillements sont entendus dans la fosse sous-épineuse du côté droit, qui respire partout assez mal; à gauche, il existe d'abondants râles muqueux, et sur quelques points, un souffle léger, ou du moins une diminution notable du murmure vésiculaire.

Les gencives sont molles, fongueuses, et légèrement saignantes; les dents tendent à se déchausser, et quoique très-belles autrefois, elles sont aujourd'hui pour la plupart altérées. La vue est à peu près normale, le malade ne s'en plaint pas.

Les urines sont moins abondantes, elles dépassent rarement six litres; leur densité, qui était, au commencement de décembre, de 1,038, vers le 15 de 1,035, et à la fin de ce mois de 1,030, n'est plus que de 1,024 à 1,028 dans le courant de février. La quantité de sucre est également moindre de 560 grammes; elle tombe à 460. L'urée, qui diminue sous l'influence de la bière et augmente sous celle de la viande, est, en somme, moins abondante; au contraire, les chlorures et les phosphates sont en augmentation. Les selles n'ont aucun caractère qui frappe; elles sont rares.

A partir du 15 février, la température s'élève à 37°,5 le matin, 38 degrés et quelques dixièmes le soir. La lésion pulmonaire progresse, et s'accompagne d'un dépérissement de plus en plus prononcé; il survient de la diarrhée, de l'œdème, l'appétit diminue; le malade, épuisé, tombe dans un marasme profond, ne peut retenir ni les matières fécales, ni les urines; il devient somnolent, cesse de manger et succombe avec du muguet le 8 mars.

Autopsie. — Boîte crânienne un peu mince, méninges normales, artères cérébrales saines. Le cerveau et le cervelet sont normaux; le plancher du quatrième ventricule n'a rien de spécial, mais le bulbe incisé est le siége d'une vascularisation marquée. La moelle épinière est un peu molle, légèrement injectée.

Le poumon gauche adhère à la paroi thoracique dans la plus grande étendue du lobe inférieur. Il est à sa base parcouru par des tractus membraneux qui le rétractent et lui donnent une apparence lobulée semblable à celle d'un rein de jeune enfant. Ses deux lobes sont réunis par de fausses membranes; le supérieur est fortement pigmenté; intact à son sommet, il est altéré à sa base, dans une grande étendue par la présence de petites masses lenticulaires blanchâtres ou jaunâtres, qui se tranchent au couteau et offrent une surface de section chagrinée. Plus bas, existe une masse caséeuse de 8 centimètres environ de diamètre, également blanchâtre, avec des points de pigmentation et une surface de section légèrement granuleuse, comme celle de la pneumonie lobulaire; ailleurs, le parenchyme est induré, lisse à la coupe, de teinte grise ou verdâtre, semé de points jaunes, caséeux, en voie de ramollissement. Les bronches sont normales, en tout cas, peu dilatées. Le lobe inférieur ne présente aucune masse caséeuse, mais est le siége, à la coupe, de tractus fibreux blanchâtres et de cicatrices rayonnées qui donnent raison des dépressions de la surface.

Le poumon droit, du poids de 1,470 grammes, est le siége d'une hépatisation lobulaire occupant les lobes supérieur et moyen. Le parenchyme offre à la coupe des taches de pigmentation interposées entre les lobules qui sont, les uns rosés ou grisâtres, les autres jaunâtres ou blanchâtres, la plupart peu consistants, légèrement granulés, et par places, des points jaunâtres miliaires très-différents des tubercules. A la partie centrale du lobe supérieur, existe une excavation qui mesure 4 à 5 centimètres de hauteur, 2 à 3 centimètres de largeur, et qui renferme une bouillie blanchâtre, sorte de crème liquide. Le lobe inférieur est crépitant, son parenchyme qui permet la circulation de l'air, est comme celui du poumon gauche parcouru de tractus fibreux entourés d'un pigment noir. Ils irradient pour la plupart de quelques points centraux, et en cela, ils ressemblent assez à la période avancée de l'altération syphilitique, dont il a été question dans une communication récente à l'Académie de médecine. Les bronches correspondantes sont légè-

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 janvier.

rement dilatées. Les ganglions bronchiques sont volumineux, pigmentés et pour la plupart récemment altérés.

Le cœur renferme des caillots cruoriques et fibrineux, d'un volume à peu près normal; il présente une large plaque laiteuse sur sa face antérieure. Son tissu est assez rouge et ferme; il existe un léger degré d'hypertrophie concentrique du cœur gauche, qui est l'indice d'une diminution de la masse sanguine.

Le foie, hyperémié, pèse 1,430 grammes; sa consistance et sa coloration sont peu ou pas modifiées. A sa surface se dessinent un riche réseau lymphatique, la bile est peu colorée. La rate est augmentée de volume, un peu molle et le siége d'une légère dépression transversale. Les reins sont plutôt augmentés que diminués de volume. Le droit pèse 140 grammes; son parenchyme, normal, adhère sur quelques points à la capsule. Le rein gauche est occupé par un kyste, qui a le volume d'un marron; il est d'ailleurs normal. La vessie est large, légèrement hypertrophiée; la prostate est normale.

Les dents restantes sont déchaussées et pour la plupart cariées.

L'estomac est large, manifestement dilaté; ses tuniques, et principalement la membrane muqueuse, sont hypertrophiées. Les glandes font saillie à la surface de cette dernière, qui se trouve recouverte d'un mucus épais, visqueux, très-adhérent. Les glandes duodénales sont saillantes et manifestement hypertrophiées. L'intestin grêle, injecté, contient des matières d'un jaune verdâtre, ayant l'aspect de matières grasses, mais qui sont principalement composées de mucus coloré par la bile.

Le pancréas, siége de la principale altération, dut être cherché pendant quelque temps, et ce n'est qu'avec grand peine que je parvins à le trouver, de sorte que si je n'avais eu à l'avance l'intention d'examiner cet organe, il m'eût certainement échappé. Il est, en effet, considérablement diminué de volume, jaunâtre, très-mince, aplati, d'aspect rubané. La substance parenchymateuse a disparu, et ce qui en reste se trouve transformé en granulations moléculaires grisâtres ou graisseuses. Par contre, son canal principal, qui va se jeter dans le duodénum au-dessus de l'ampoule de Water, est élargi, au point de présenter plus que le calibre de l'uretère; son canal accessoire est un peu moins large. La cause de la dilatation de ces deux canaux est la présence dans leur intérieur de nombreux calculs d'un blanc brillant et d'un volume variable. Ces calculs possèdent des arêtes nombreuses, ils sont légers, entièrement composés de carbonate de chaux; l'un d'eux, cylindrique et dont le volume dépasse celui d'un gros pois, a une longueur de près de 2 centimètres; les autres sont moins volumineux, mais très-nombreux, de sorte que le canal principal est comme bourré par ces corps étrangers dans toute l'étendue de la tête de l'organe, et le canal accessoire dans toute sa longueur, aussi est-il facile de suivre ces canaux. Les conduits qui viennent s'aboucher dans ces canaux ont pour la plupart leurs orifices bouchés par des calculs, de telle sorte que la glande tout entière se trouvait dans l'impossibilité absolue de sécréter, au moins depuis un certain temps.

Les ganglions semi-lunaires se font remarquer par leur fermeté et leur volume, relativement considérable; en somme, ils paraissent hypertrophiés. Les muscles sont partout décolorés, amincis et réduits à de simples bandelettes. Les os sont manifestement raréfiés, les côtes et les corps vertébraux se tranchent facilement au couteau. Le tissu cellulo-adipeux a totalement disparu.

LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

M. LABORDE.

Troubles trophiques et de la sensibilité à la suite de la lésion expérimentale de la racine descendante du trijumeau dans le bulbe.

Dans notre numéro du 9 décembre 1877, nous avons publié les résultats des recherches expérimentales de MM. Laborde et Mathias Duval sur quelques points de physiologie du bulbe rachidien. Nous résumons aujourd'hui la suite de leurs intéressantes recherches.

Lorsqu'on expérimente sur le bulbe, quelque localisée que soit la lésion produite, il est impossible qu'elle ne dépasse pas la sphère visée; de là, un complexus inévitable d'altérations et de symptômes. Si, par exemple, on voit expérimentalement le point d'origine de la sixième paire, il est à peu près impossible de ne pas toucher le noyau d'origine ou les fibres radiculaires du facial, et il est bien rare qu'il n'y ait pas des symptômes concomitants de paralysie faciale. Si, dans le même voisinage, l'instrument dévie vers la profondeur de la pyramide latérale du corps restiforme, à part les symptômes déjà mentionnés, on voit se produire toujours, et principalement du côté des yeux, un ordre nouveau de phénomènes: l'œil du côté de la lésion bulbaire devient immédiatement insensible, et, si l'animal survit, cet œil devient le siége de troubles trophiques progressifs, suivant l'intensité de la lésion et sa tendance plus ou moins marquée à sa réparation.

Chez le lapin, ces troubles se produisent et s'aggravent très-rapidement; ils se traduisent, après dix ou douze heures, par une injection vive et une forte tuméfaction conjonctivale, en même temps que par une opacité de la cornée. L'œil peut être complétement perdu après vingt-quatre heures, la fonte purulente s'en est emparée. Chez le chien, ces troubles trophiques sont tout aussi nets, mais ils progressent avec moins de rapidité. L'insensibilité du globe est constamment immédiate, et si elle persiste, on voit apparaître les troubles trophiques, qui commencent par une rougeur inflammatoire avec boursouflement de la conjonctive tel, qu'il s'ensuit un ectropion complet, et que la région cornéale est recouverte par le chémosis, puis la cornée se trouble à son tour, et à partir du quatrième jour, elle présente des points d'opacité complète. Jusqu'ici, M. Laborde n'a pas observé chez le chien la fonte purulente de l'œil, probablement parce que ces animaux n'ont pas eu une survie suffisante. Le maximum de cette survie a été, chez un seul chien, de quatorze jours. La rapidité et l'instantanéité de ces troubles vasculaires ne permettent pas de mettre en doute l'influence primitive et essentielle de la lésion expérimentale. Cette influence s'exerce également sur la pituitaire et la membrane qui tapisse l'oreille moyenne. Ces phénomènes signifient, en outre, que dans le point où le bulbe a été attaqué, existent des fibres radiculaires appartenant au nerf qui préside spécialement à la sensibilité et en même temps aux phénomènes trophiques de l'œil, de la pituitaire et de la membrane qui tapisse l'oreille moyenne. Ces fibres sont précisément celles qui constituent la racine de la branche descendante du nerf de la cinquième paire. C'est à M. Mathias Duval, en France, que revient l'honneur d'avoir péremptoirement démontré, au point de vue anatomique, l'existence de cette racine bulbaire du trijumeau. Les données physiologiques résultant de ces expériences confirment donc entièrement celles de l'anatomie, et ces expériences ne font elles-mêmes que compléter celles de Magendie et de Cl. Bernard sur le même sujet. Mais il est un point sur lequel les renseignements fournis par l'anatomie étaient demeurés incomplets; c'est celui qui concerne la limite inférieure exacte des fibres radiculaires de la branche descendante de la cinquième paire. Dans le but d'éclaircir ce point, MM. Laborde et Mathias Duval ont fait des sections successives du haut en bas de la région postéro-labiale du bulbe: ces physiologistes ont pu, de la sorte, s'assurer que les fibres originelles en question ne dépassaient pas certainement, dans leur trajet descendant, le niveau transversal du bec du calamus, et qu'elles ne l'atteignaient même pas.

En résumé, il résulte de ces recherches: 1° que le noyau bulbaire d'origine du nerf de la sixième paire ou moteur oculaire externe contient et envoie des fibres anastomotiques au moteur oculaire commun du côté opposé.

Ces fibres, en rendant solidaire et synergique l'exercice fonctionnel, c'est-à-dire la contraction simultanée des muscles droit externe, d'un côté, et droit interne du côté opposé, assurent les mouvements associés des yeux dans la vision binoculaire.

Ces mouvements associés paraissent avoir leur centre fonctionnel d'origine dans le bulbe rachidien, dans la région où existe le susdit noyau, tandis que c'est dans le cervelet ou dans les prolongements bulbaires des fibres cérébelleuses que semble résider le principe coordinateur des mouvements oculaires en général.

2° La production constante d'une anesthésie complète et de troubles trophiques de l'œil, à la suite d'une lésion expérimentale, intéressant profondément les pyramides latérales dans leur moitié supérieure, démontrent l'existence de fibres bulbaires appartenant à la racine descendante du trijumeau.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

380. Rocher. Étude sur la folie puerpérale.
381. Rey. De la cachexie exophthalmique dans ses rapports avec les affections cardiaques.
382. Barbot. Étude sur le sarcome de l'orbite.
383. Bouffé. Recherches sur l'épistaxis chez les tuberculeux.
384. Boutan. Essai sur la température, le pouls et la respiration dans la méningite tuberculeuse des enfants.
385. Pont. Des hygromas professionnels sus-rotuliens.
386. Garnier. Des accidents des hernies ombilicales.
387. Boh. Quelques considérations sur les polypes du rectum.
388. Gervais. Description anatomique d'un nouveau cas d'hétéradelphie, suivie d'un résumé des caractères propres à ce genre de monstruosités.
389. Bovell. De quelques accidents de l'épilepsie et de l'hystéro-épilepsie
390. Dolbanne. Essai sur quelques accidents produits par la morphine.
391. Servant. Du zona des membres.
392. Lafforgue. Étude sur les rapports des lésions de la couche optique avec l'hémianesthésie d'origine cérébrale.
393. Dugat-Estublier. De l'emploi de l'ailante glanduleux dans la dysenterie et les diarrhées des pays chauds.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Les 24 et 26 décembre derniers ont eu lieu la délivrance des cartes de placement aux élèves internes anciens et nouveaux, et aux provisoires. Le service hospitalier est assuré de la manière suivante pour l'année 1878. Nous ferons suivre le nom de chaque chef de service du nom de l'interne, en les séparant par le signe (;). On sait que les professeurs de clinique médicale n'ont pas d'internes, mais des chefs de clinique.

HÔTEL-DIEU. — Médecins : M. le professeur G. SÉE. — M. GUÉNEAU DE MUSSY; Dejerine. — M. FAUVEL; Boursier. — M. FRÉMY; Clozel de Boyer. — M. HÉRARD; Cossy. — M. OULMONT; Mossé. — Chirurgiens : M. le professeur RICHET; Avezou, Bellouard, Süss. — M. CUSCO; Bruchet, Gauché. — M. A. GUÉRIN; Cruet, Savard.

CHARITÉ. — Médecins : M. le professeur HARDY. — M. BOURDON; Decaisne. — M. BERNUTZ; Benoit. — M. EMPIS; Mercklen. — M. VULPIAN, Hutinel. — M. LABOULBÈNE, Routier. — Chirurgiens : M. le professeur GOSSELIN; Amodru, Legendre, Faisans. — M. TRÉLAT; Brun, Josias.

PITIÉ. — Médecins : M. le professeur LASÈGUE. — M. GALLARD; Segond. — M. DESNOS; Quenu. — M. GOMBAULT; Vermeil. — M. DUMONTPALLIER; Boussi. — M. PETER; Cuffer. — Chirurgiens : M. le professeur VERNEUIL; Redard, Jarjavay, Jalaguier. — M. POLAILLON; Chevallereau, Clément, Gaucher.

BEAUJON. — Médecins : M. GUBLER; Vimont. — M. MOUTARD-MARTIN; Nélaton. — M. MILLARD; Brissaud. — M. GUYOT; Loviot. — Chirurgiens : M. LE FORT; Robin, Langlebert, Barthélemy. — M. TILLAUX; Labbé, Reynier.

LARIBOISIÈRE. — Médecins : M. JACCOUD; Castex. — M. RAYNAUD; Leroux (Ch.). — M. FÉRÉOL; Davaine. — M. PROUST; Berdinel. — M. OLLIVIER; Gille. — M. SIREDEY; De Beurmann. — Chirurgiens : M. PANAS; Maygrier, Lataste, Duvernoy, Nitot. — M. LABBÉ; Levrat, Bide, Paul Boncour.

NECKER. — Médecins : M. le professeur POTAIN. — M. CHAUFFARD; Saint-Ange. — M. DELPECH; Leroux. — M. BLACHEZ; Poulin. — Chirurgiens : M. le professeur BROCA; Boraud, Piéchaud, Marot. — M. GUYON; Jean, Lebec, Carrié.

COCHIN. — Médecins : M. BUCQUOY; Monod. — Chirurgiens : M. DESPRÈS; Mary, Abbadie-Tourné, Boudet de Paris. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE; Hermil.

SAINT-ANTOINE. — Médecins : M. MESNET; Deschamps. — M. C. PAUL; Letulle. — M. BROUARDEL; Marchand. — M. LANCEREAUX; Bazy. — M. BALL; Rivet. — M. BEAUMETZ; Stackler. — M. FERNET; Labat. — Chirurgiens : M. B. ANGER; Comby, Gauthier (provisoire). Barette. — M. LE DENTU; Mayor, Lapierre.

SAINT-LOUIS. — Médecins : M. HILLAIRET; Béringier. — M. LAILLIER; Barth. — M. GUIBOUT; Oudin. — M. VIDAL; Colson. — M. BESNIER; Arnozan. — M. FOURNIER; Chuquet. — Chirurgiens : M. PÉAN; Bulteau, Audouard, Ballet. — M. DUPLAY; L. Weiss, Faucher, Cottin.

MÉNILMONTANT. — Médecins : MM. HAYEM; Châtelin. — M. AUDHOUI; Gauchas. — M. DUGUET; Robert (Alph.). — M. GÉRIN-ROZE, Béclère. — M. D'HEILLY; Aigre. — M. RIGAL; Letousey. — Chirurgiens : M. PÉRIER; Guelliot, Ledoux. — M. Th. ANGER; Havage, Cerné.

HÔPITAL TEMPORAIRE. — Médecins : M. RENDU; Latil (prov.). — M. GOUGUENHEIM; Ménard (prov.). — M. X.....; Haranger (prov.). — M. GRANCHER, Olivier (prov.). — M. GOURAUD; Bruneau (prov.). — Chirurgien : M. NICAISE; Butruille (prov.).

ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT; Raymondaud. — M. LABRIC; Guillermet. — M. ARCHAMBAULT; Petel. — M. J. SIMON, Chambard. — M. MOLLAND; Bastard. — M. DE SAINT-GERMAIN; Weil, Dubar.

SAINTE-EUGÉNIE. — Médecins : M. BERGERON; Dreyfous. — M. TRIBOULET; Talamon. — M. CADET DE GASSICOURT; Golay. — Chirurgien : M. LANNELONGUE; Ramonède, Doleris.

MATERNITÉ. — Médecin : M. HERVIEUX; Blin. — Chirurgien : M. TARNIER; Champetier de Ribes.

CLINIQUE. — M. le professeur DEPAUL, suppléé par M. CHANTREUIL.

MAISON DE SANTÉ. — Médecins : M. LECORCHÉ; Brault. — M. E. LABBÉ; Bar. — Chirurgiens : M. M. SÉE; Laurent (A.-E.), Galliard. — M. CRUVEILHIER; Chauffard, Gichel-Rénoy.

MIDI. — Médecins : M. SIMONET; Robert (Paul). — M. MAURIAC; Bertheux. — Chirurgien : M. HORTELOUP; Rouxeau.

LOURCINE. — Médecins : M. CORNIL; Leloir. — M. MARTINEAU; Hannequin. — Chirurgien : M. DELENS; Boulay (Élie).

SALPÊTRIÈRE. — Médecins : M. CHARCOT; Richer. — M. LUYS; Variaux. — M. VOISIN; Gastard. — M. MOREAU; Regnard. — M. DELASIAUVE; Poirier. — Chirurgien : M. PÉRIER; Ovion.

BICÊTRE. — Médecins : M. BOUCHARD; Galissard de Marignac. — (M. BERTHIER, récemment décédé; Poupinot (prov.). — M. LEGRAND DU SAULLE; Bénard. — M. FALRET; Méricamps, Bowlatt (prov.). — Chirurgien : M. TERRIER; Herbelin, Desnos, de Langenhagen (prov.).

ENFANTS-ASSISTÉS. — Médecin : M. PARROT; Leduc. — Chirurgien : M. GUÉNIOT; Féré.

MÉNAGES. — M. BERNARD; Valude, Labbé (L.) (prov.).

INCURABLES. — M. FERRAND; Laurand, Audouin (prov.), Girou (prov.).

SAINTE-PÉRINE. — Médecin : M. DESCROIZILLES; Laurand, Carafi.

— *Clinique d'accouchement de la Faculté.* — M. le docteur Chantreuil, agrégé, suppléant M. le professeur Depaul, commencera ses leçons cliniques le mardi 8 janvier 1879, à neuf heures, dans l'amphithéâtre de l'hôpital des Cliniques, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Hôpital Cochin.* — M. le docteur Desprès, chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 9 janvier 1878, et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine à neuf heures et demie.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 janvier à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Installation du bureau; 2° nominations de correspondants et d'associés libres nationaux; 3° constitution médicale de décembre. Policlinique; 4° M. Courtaux : morphinisme chronique. Hématémèse. Mort; 5° M. Commenge : rhumatisme arti-

culaire aigu traité par le salicylate de soude ; 6° M. Girault : traitement des hydropisies séreuses.

— *Errata.* — Dans le dernier numéro de l'année 1877, p. 1195, (1re colonne, 4e alinéa), au lieu de « la myocardite, *comme* dans les pyrexies...» lire : « la myocardite *commune* dans les pyrexies. »

Au numéro 1, de 1878, p. 2, titre des observations de M. Lancereaux, au lieu de « avec description, » lisez « avec destruction ».

Guide pratique des goutteux et des rhumatisants, par le docteur J.-H. Réveillé-Parise, membre de l'Académie de médecine. Edition entièrement refondue et mise au niveau des découvertes et des méthodes nouvelles concernant la nature et le traitement de ces deux affections, par le docteur Ed. Carrière, lauréat de l'Institut. — Paris, 1878, 1 vol. in-12 de VIII-310 pages. Prix : 3 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Souffrance et destinée, par le docteur Hugon (de Coltines). — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 3. — MARDI 8 JANVIER 1878. · 51e ANNÉE. MARDI 8 JANVIER 1878. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Revue d'Ophthalmoscopie médicale et de Cérébroscopie pour 1877 (1).

II.

Méningite tuberculeuse. Névro-rétinite. — Marie B.., 26 février 1877, quatre ans, au n° 25 de Sainte-Catherine, malade depuis un mois, et depuis huit jours céphalalgie, un peu de délire, quelques vomissements. Constipation, pouls régulier 106.

Les deux papilles sont gonflées, grisâtres, à bords peu distincts, et comme frangés sous l'exsudation qui les recouvre ; veines peu dilatées ; artères normales. Deux jours après, prolapsus de la paupière inférieure droite et parésie faciale ; rien dans les membres ; somnolence, quelques plaintes.

Méningite. — Mort et signes ophthalmoscopiques de la mort. — Pneumatose des veines rétiniennes. — M.., âgée de quatre ans, entrée le 11 mars 1877 et morte le 12, au moment de ma visite. Elle avait une méningite avec convulsions et paralysie.

N'ayant pu examiner ses yeux pendant la vie, je les étudiai après la mort accomplie depuis cinq minutes.

Le fond de l'œil est encore brillant mais blanc, la papille tout à fait décolorée et le fond choroïdien plan ; les artères ont disparu et les veines sont encore assez larges.

Sous mes yeux, je vis la colonne sanguine veineuse se diviser, et les veines s'interrompre par suite des gaz du sang qui se mettent en liberté.

Autopsie. Thrombose ancienne du sinus longitudinal supérieur et thrombose récente des veines méningées où se trouvent des gaz libres. Hyperémie de la pie-mère très-adhérente et infiltrée de sérosité opaline purulente, surtout à la scissure de Sylvius. Deux ou trois granulations à peine visibles. Hydrocéphalie ventriculaire considérable et ramollissement des parois des ventricules. Le cerveau est fortement hyperémié mais sans tubercules.

Les yeux offrent une notable hydropisie de la gaîne de Schwalbé, mais pas de tubercules de la choroïde.

Méningite. Névro-rétinite. Mort. — Claire L.., âgée de quatre ans, entrée le 19 mars 1877, morte le 21.

Tristesse depuis quinze jours, puis fièvre, douleurs de tête, vomissements, constipation, intermittence du pouls et somnolence. L'enfant resta ainsi, très-calme, pendant deux jours, et mourut sans convulsions ni paralysie.

A l'ophthalmoscope, la partie externe des nerfs optiques est fortement œdématiée et les veines rétiniennes énormément dilatées.

Le lendemain toute la papille est gonflée, diffuse, peu visible et les veines moins dilatées. Ce fut le jour de la mort.

Autopsie. Tuberculose miliaire des poumons, du foie, de la rate et des reins.

Réplétion du sinus et des veines méningées par du sang liquide. Hyperémie énorme de la pie-mère et infiltration opaline purulente générale de l'arachnoïde. Quelques granulations tuberculeuses de la scissure de Sylvius et un tubercule jaune de la pie-mère à la convexité. Hydrocéphalie ventriculaire très-considérable.

Les yeux ne présentent pas d'hydropisie de la gaîne de Schwalbé et pas de tubercules de la choroïde.

Méningite typhoïde. Névro-rétinite. — D.., sept ans, entrée pour une fièvre typhoïde adynamique avec violent délire le 31 janvier 1877. Elle est dans le coma délirant et les deux yeux présentent une hyperémie papillaire rouge, sans exsudat, qui en masque les contours et les rend peu visibles; on ne voit le fond de l'œil que par le point d'irradiation des vaisseaux. *Mort.* A l'*autopsie*, méningo-encéphalite générale avec épaississement opalin de l'arachnoïde et de la pie-mère à la base du cerveau, adhérence de la pie-mère aux circonvolutions de la convexité et ramollissement de la substance corticale.

Les intestins offrent les lésions des plaques et follicules appartenant à la fièvre typhoïde.

Méningite typhoïde. Névro-rétinite. Hémorrhagie rétinienne. — M.., quatorze ans, entrée le 28 janvier 1877, pour une fièvre typhoïde adynamique avec délire.

Les papilles sont rouges, diffuses, peu visibles, les veines très-dilatées, et dans l'œil droit en dedans de la papille, près de la macula, une forte hémorrhagie qui n'existe pas à gauche.

Mort. Opposition à l'autopsie.

Hallucinations de la vue, de l'ouïe et du toucher. — X.., âgé de dix ans, entré le 11 février à la salle Saint-Jean, chez M. Labric.

A la suite d'une frayeur d'incendie au théâtre, cet enfant avait, depuis onze jours, tous les soirs, des hallucinations d'incendie; il voyait le feu, sentait la chaleur à la peau et croyait entendre crier au feu, de sorte qu'il criait lui-même et était fort effrayé.

Douleurs de tête vives, sans vomissements ni constipation, ni intermittences du pouls; bon appétit. Cet enfant que j'avais vu en ville avec le docteur Despaulx-Ader, est amené à l'hôpital par mes soins.

A l'ophthalmoscope, papille congestionnée d'un côté, ou peu diffuse, et gonflée, avec un peu d'atrophie sur le bord interne. Nombreux dépôts de pigment sur la choroïde à la périphérie. Cet enfant a guéri au bout de deux mois et est rentré chez ses parents.

Chorée. Épilepsie. Névrite optique. — B.., âgée de dix ans, entrée

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 janvier.

le 19 mars 1877, pour une seconde attaque de chorée compliquée d'épilepsie.

L'épilepsie dure depuis l'âge de deux ans, la première attaque de chorée qui a duré trois mois l'an dernier, occupait le côté droit. Celle-ci qui est très-forte dure depuis quinze jours et occupe le côté gauche. Elle s'accompagne de souffle aortique, mais il n'y a pas de douleurs de tête, de troubles visuels ni aucun autre symptôme.

Les deux papilles sont tuméfiées, rougeâtres, voilées par l'hyperémie et leurs bords sont peu distincts. Il n'y a rien dans les vaisseaux.

Chorée. Seconde attaque. Névrite optique. — L. L..., âgée de neuf ans, entrée le 19 mars 1877, à Sainte-Catherine, pour une seconde attaque de chorée venant une année après la première. Les mouvements assez forts occupent le côté gauche du corps; pas de douleurs de tête ni de troubles visuels; bon appétit, pas de fièvre. Léger souffle aortique.

Les deux papilles sont rouges, gonflées, diffuses et voilées par une hyperémie très-considérable. Les veines et les artères de la rétine sont à l'état normal.

Chorée. Névrite congestive. — T..., âgée de neuf ans, entrée le 5 janvier 1877 à Sainte-Catherine, pour une chorée datant de quinze jours. Première attaque. Pas de rhumatismes ni de cause appréciable. Mouvements généralisés aux quatre membres avec fort embarras de la langue. Pas de troubles visuels.

La seconde dentition est très-irrégulière. A l'*ophthalmoscope*, tout le fond de l'œil est très-rouge, la papille est gonflée, presque invisible sous la rougeur qui cache ses contours, et on n'aperçoit bien le fond de l'œil que par le point d'irradiation des vaisseaux. Les artères et les veines n'offrent pas d'altération.

Chorée. Névrite congestive. — P..., âgée de dix ans, entre, le 4 janvier 1877, pour une hémichorée violente produite par frayeur, au lendemain d'un incendie développé près d'elle. Elle ne peut se tenir et la parole est très-embarrassée. Les mouvements sont très-violents et ne cessent que dans le sommeil, pas d'anesthésie. Rien au cœur.

Les deux papilles sont très-rouges, voilées sur les bords et peu distinctes dans leur contour, qui est très-nébuleux. Les artères et les veines n'ont rien de particulier.

Tremblement des mains. — Jeanne L..., âgée de onze ans, entre au n° 46 de la salle Sainte-Catherine, le 12 mars 1877, pour un tremblement considérable des mains seulement, sans intoxication saturnine, alcoolique ou mercurielle. Ce mal est venu, dit-on, à la suite d'une frayeur.

Il n'y a aucun autre symptôme et pas de troubles visuels.

Les deux yeux présentent en dedans de la papille une altération semblable plus marquée à gauche qu'à droite. Près du bord interne, il y a une petite ligne blanche opaque, un peu courbe comme le bord papillaire, et bordée d'un côté par un liséré grisâtre ardoisé, et la substance nerveuse est altérée sur ce point. Aucune altération des artères ou des veines ni des membranes de l'œil.

Des cautérisations pointillées épidermiques sont faites le long du rachis, et trois jours après, l'enfant cesse de trembler. Elle sort guérie le 1er avril.

Épilepsie. Névrite optique. — M..., douze ans, entre, le 19 mars 1877, à Sainte-Catherine.

Elle a, depuis six jours, des crises nerveuses caractérisées par la perte de connaissance avec convulsion et cyanose pendant quelques minutes, puis elle reste endormie pendant une heure et tout revient à l'état normal.

Les deux papilles sont gonflées, très-rouges, peu visibles, tout à fait diffuses, et les boutons presque effacés. Les veines sont dilatées, nombreuses, les artères fines et la choroïde ne présente rien de particulier.

Hypertrophie du cœur. — Hémiopie subite. Hémorrhagie rétinienne. — X..., venu de Saint-Denis dans mon cabinet pour un asthme cardiaque, avec emphysème pulmonaire, est pris tout à coup d'hémiopie de la partie supérieure des objets.

Il a eu une hémorrhagie rétinienne linéaire de petit volume au-dessous de la papille.

Huit jours après, cette hémorrhagie était résorbée.

Je l'ai revu chez lui un mois après dans un état d'anasarque général, et il a succombé.

Paralysie diphthéritique récente. Guérison par les cautérisations au fusain. Névrite optique. — R..., dix ans, entrée le 23 octobre 1877, n° 10, pour paraplégie diphthéritique datant de un mois, suite d'angine couenneuse guérie dans mes salles, et accompagnée de nasonnement, de paralysie incomplète du voile, de mydriase légère et de titubation. L'enfant a, en même temps, un mal de Pott guéri. A l'ophthalmoscope, les deux yeux présentent une hyperémie œdémateuse du côté externe des pupilles, qui en cache le contour, et en dedans, il y a une pâleur extrême, avec un croissant mince blanc nacré, qui annonce un début d'atrophie. Rien dans les vaisseaux. Autour de la papille, il y a un commencement d'atrophie choroïdienne.

Des cautérisations au fusain le long du rachis ont guéri cette enfant, qui est sortie n'ayant plus rien dans les yeux.

Myélite aiguë subite. Commencement de névrite optique. Guérison par les cautérisations au fusain. — V..., dix ans, entrée le 19 septembre 1877, au n° 17, pour une paralysie subite des quatre membres venue sans cause et pendant que l'enfant jouait avec ses camarades. Pas d'anesthésie.

A la suite de cautérisations spinales au fusain, le mouvement est revenu dans les bras, mais pas dans les jambes. En continuant les cautérisations, l'enfant a pu marcher et elle a guéri. Pas d'atrophie musculaire.

A l'ophthalmoscope, héminévrite double caractérisée par la diffusion du contour externe des deux papilles, qui est caché par une forte hyperémie rouge grisâtre. Rien aux vaisseaux.

L'enfant sort guérie.

Paralysie agitante. Névro-rétinite. Tubercules énormes de la couche optique. — E..., trois ans, entrée le 17 octobre 1877 au n° 48 de la salle Sainte-Catherine, pour une paralysie incomplète des quatre membres avec tremblement des bras et des mains sans atrophie, avec conservation de la sensibilité et de l'intelligence.

A l'*ophthalmoscope*, elle présente une double névro-rétinite caractérisée par la diffusion rougeâtre de la papille, débordant les contours, qui sont à peine visibles et s'étendant sur la rétine voisine. Rien de particulier dans les vaisseaux.

Une angine gangréneuse ayant fait mourir cette enfant, nous avons trouvé, à l'*autopsie, deux énormes tubercules*, occupant chacun une couche optique dont ils avaient pris la place. Ils avaient chacun le volume d'une petite noix, et ne laissaient de la couche optique qu'une petite zone de 4 millimètres, et ils étaient séparés de la substance nerveuse par une petite zone mince du tissu nerveux rouge ramolli. Ces tubercules étaient durs, jaune verdâtre et très-résistants. Pas d'hydrocéphalie du ventricule, ni de méningite. Il y avait quelques granulations miliaires dans la pie-mère de la convexité du cerveau. Tubercules des poumons et des ganglions bronchiques.

Ramollissement du cerveau. Anémie et œdème papillaires.—Homme de cinquante-six ans, alcoolique, pris tout à coup d'aphasie et d'hémiplégie gauche, qui disparurent au bout de quinze jours.

Une nouvelle attaque vint au bout de deux mois. C'est alors que je le vis, il ne peut parler, mais tire la langue. La sensibilité est intacte; il n'a pas perdu connaissance, mais l'intelligence est lourde et paresseuse. L'hémiplégie dure depuis trois jours et commence à disparaître. Il se tient debout, remue un peu les jambes, parle à peine et reconnait confusément les personnes.

Les deux papilles sont œdémateuses, pâles, d'un blanc grisâtre et confuses sous le nuage qui les couvre. Les vaisseaux très-minces et filiformes.

Péri-encéphalite diffuse. Paralysie générale commençante. Névrite optique double. — Un enfant de quatorze ans, très-petit, ayant la taille d'un enfant de douze ans, a, depuis un an, des maux de tête et, au début, quelques vomissements.

Il a aujourd'hui de l'embarras de la parole, marche difficilement, comme dans l'ivresse et déraisonne de temps à autre. Souvent il a des accès de colère et veut battre sa mère. Il a les pupilles très-inégales, peu contractiles, et la droite plus large que la gauche.

Les deux papilles sont gonflées, rouges, nuageuses, diffuses, peu apparentes, et du côté gauche il y a autour du nerf une atrophie scléroticale très-prononcée. Il n'y a rien aux vaisseaux.

Ce qu'il faut remarquer dans ces cas de cérébroscopie, en dehors des faits de méningite tuberculeuse où la névro-rétinite est chose désormais classique, ce sont les cas de méningite typhoïde et les cas de tuberculose miliaire générale simulant la fièvre typhoïde, et dans lesquels le diagnostic n'a pu être fait que par l'ophthalmoscope.

Nous signalerons aussi les observations relatives à la névro-rétinite de la chorée, — de la myélite aiguë simple, — de la myélite due au mal de Pott, — de la paralysie diphthéritique, et enfin le fait des signes ophthalmoscopiques de la mort, sur lesquels nous avons déjà, tant de fois, appelé l'attention de nos lecteurs.

DES PHÉNOMÈNES CONVULSIFS D'ORIGINE CORTICALE

Par MM. Pitres et François-Franck.

1° *De quelques phénomènes consécutifs à la destruction partielle de la zone motrice corticale chez le chien.* — Si on détruit, sur le cerveau d'un chien, le territoire de substance grise dont l'excitation détermine des mouvements limités dans un des membres du côté opposé du corps, et si, quelques jours après l'opération, on excite le faisceau de substance blanche privé de ses connexions avec la substance grise qui le reconnaît, on constate que ce faisceau est devenu complétement inexcitable (Albertoni et Michieli).

MM. Franck et Pitres ont cherché à déterminer au bout de combien de temps survenait cette perte de la contractilité des fibres nerveuses. Dès le lendemain de l'opération, ils ont constaté un affaiblissement notable de leur excitabilité : le deuxième et le troisième jour, il faut employer des courants énergiques pour provoquer des mouvements très-faibles dans le membre correspondant, et vers la quatre-vingt-dixième ou la centième heure, l'excitabilité est totalement abolie. Chez le chien, c'est également dans le courant du quatrième jour que le bout périphérique d'un nerf sectionné cesse d'être excitable (Waller, Longet, Ranvier, etc.). Il n'est pas sans intérêt de noter cette analogie dans la persistance des propriétés des fibres nerveuses centrales et périphériques séparées de leurs centres trophiques.

Tandis que la substance blanche sous-jacente au centre détruit, perd progressivement son excitabilité, la substance grise des centres voisins devient turgescente, s'enflamme, et si l'inflammation n'est pas assez intense pour altérer profondément sa structure, on peut constater une augmentation considérable de son excitabilité. L'épilepsie partielle se produit alors avec la plus grande facilité. Il suffit souvent, pour provoquer les accès convulsifs, de faire marcher l'animal, d'exercer une pression sur la peau qui recouvre la plaie cérébrale, de passer une éponge sur la portion du cerveau qui est à découvert, etc. Il est même fort curieux de voir la substance grise réagir par des phénomènes convulsifs, sous l'influence d'excitations mécaniques qui, à l'état physiologique, ne donnent lieu à aucune réaction motrice appréciable.

Dans ces conditions l'épilepsie partielle peut rester limitée aux parties du corps dont les centres sont devenus anormalement excitables et respecter le membre correspondant au centre détruit. L'expérience suivante en est une preuve. Le 13 décembre MM. Franck et Pitres ont mis à découvert la circonvolution marginale postérieure droite d'un gros chien adulte, et ont enlevé avec une curette toute la zone de substance grise dont l'excitation provoquait des mouvements limités dans le membre antérieur du côté gauche. Le lendemain, l'animal présentait dans ce membre les troubles de la motilité et de la sensibilité qu'on observe toujours chez le chien à la suite de l'ablation des centres moteurs corticaux. Après qu'on l'eut fait marcher un moment, il fut pris d'une attaque d'épilepsie partielle caractérisée par des secouses convulsives siégeant dans le membre postérieur gauche et dans le côté gauche de la face et du cou. Le membre antérieur gauche dont le centre moteur cortical avait été enlevé la veille reste flaque et immobile pendant toute la durée de l'attaque.

La perte rapide de l'excitabilité de la substance blanche sous-jacente à un centre cortical détruit et l'exagération de l'excitabilité de la substance grise au voisinage d'une lésion circonscrite expliquent un certain nombre de faits pathologiques.

Le premier de ces phénomènes permet de comprendre pourquoi les lésions destructives très-étendues, comprenant toute la substance grise de la zone motrice corticale, ne donnent pas lieu à de l'épilepsie partielle, et démontre que lorsqu'une lésion destructive limitée siége sur la zone motrice elle-même, l'épilepsie partielle n'est pas le résultat d'une irritation transmise par les vaisseaux blancs sous-jacents, mais qu'elle est due à l'augmentation de l'excitabilité des centres voisins.

Le second rend compte de ce fait en apparence contradictoire que, la plupart du temps, les lésions qui donnent lieu chez l'homme à l'épilepsie partielle siégent au voisinage de la zone motrice mais en dehors d'elle, et explique pourquoi dans certains cas de monoplégies d'origine corticale, accompagnées d'épilepsie partielle, les convulsions respectent le membre paralysé ou tout au moins débutent par d'autres parties du corps.

2° *De quelques mouvements associés bilatéraux provoqués par des excitations unilatérales du cerveau.* — Lorsqu'on électrise la zone motrice corticale d'un chien dont les circonvolutions sont très-excitables, il arrive assez souvent que les mouvements provoqués par cette excitation ne restent pas limités au membre correspondant au côté excité. Si on place, par exemple, les rhéophores sur le centre des membres antérieurs gauches, on peut obtenir des secousses musculaires non-seulement dans le membre antérieur du côté gauche, mais encore dans le membre antérieur du côté opposé et quelquefois même chez les deux membres postérieurs.

Ces mouvements, associés ou généralisés, ne peuvent pas être attribués à l'intensité trop grande du courant excitateur, car on les obtient avec des courants très-faibles, à peine sensibles à la langue. Il est certain aussi qu'ils ne sont pas le résultat d'une secousse transmise mécaniquement au reste du corps par la contraction brusque des muscles d'un membre, car MM. Franck et Pitres les ont fait disparaître dans une patte par la section des nerfs se rendant à cette patte. Quelle est donc la signification de ces mouvements?

On peut, pour expliquer leur production, avoir recours à l'une des trois hypothèses suivantes :

1° On peut supposer que de chaque centre partent des fibres nerveuses destinées à transmettre directement les excitations aux membres des deux côtés. Mais cette hypothèse est en désaccord avec une foule de faits physiologiques ou pathologiques, et en particulier avec celui de l'hémilatéralité constante et absolue des phénomènes consécutifs à la destruction unilatérale des centres corticaux.

2° On pourrait penser que les centres corticaux des deux côtés du cerveau sont réunis par des fibres commissurales et que l'excitation portée sur un centre peut gagner d'une part le membre correspondant du côté opposé du corps, et d'autre part le centre cortical du côté opposé du cerveau. Mais cette hypothèse est détruite par l'expérience suivante : MM. Franck et Pitres ont enlevé sur l'hémisphère droit d'un chien le centre cortical pour le membre antérieur gauche. Quatre jours après, ils ont mis à découvert, sur l'hémisphère gauche, le centre pour les mouvements du membre antérieur droit et, en excitant ce centre, ils ont obtenu des mouvements bilatéraux.

3° La troisième hypothèse est la plus vraisemblable. Il est probable qu'il existe en dehors du cerveau, dans la protubérance ou dans la moelle, des centres d'association motrice, dans lesquels une excitation unilatérale, partant d'un point limité, peut se trans-

mettre au côté opposé du corps ou même se généraliser. C'est très-vraisemblablement par un mécanisme analogue que se généralisent les attaques d'épilepsie partielle. M. Albertoni a montré qu'après la destruction de la zone motrice corticale d'un côté et la perte de l'excitabilité de la substance blanche sous-jacente, on pouvait déterminer chez le chien, par l'excitation de l'hémisphère du côté opposé, des attaques épileptiformes généralisées. MM. Franck et Pitres ont répété cette expérience et ont obtenu les mêmes résultats. Sur un chien, six jours après l'ablation complète du centre gris cortical pour le membre antérieur gauche, ils ont mis à découvert la zone motrice du côté opposé, et ont provoqué une attaque d'épilepsie partielle qui s'est généralisée, et dans le cours de laquelle ils ont pu constater que le membre antérieur gauche dont le centre cortical était détruit depuis six jours, était le siége de convulsions toniques très-marquées.

Ces faits semblent donc démontrer que les convulsions d'origine corticale ne sont pas directement produits par les lésions du cerveau, mais que ces lésions agissent sur des centres placés en dehors du cerveau, de centres dans lesquels des excitations partant de points limités peuvent étendre et généraliser leurs effets. Ces explications laissent du reste à l'épilepsie partielle toute son importance clinique et toute sa valeur diagnostique; elles font seulement comprendre la complexité des éléments qui entrent en jeu dans sa production et ceux qui permettent sa généralisation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 décembre 1877. — Présidence de M. Laborde.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Des signes tirés de l'examen du pouls radial dans les anévrysmes du tronc brachio-céphalique. — M. François-Franck, en son nom et au nom de M. Bellouard, interne des hôpitaux, communique les résultats fournis par l'étude comparative du pouls radial des deux côtés dans un cas d'anévrysme du tronc brachio-céphalique. Le malade qui fait le sujet de eette observation a été examiné par les deux auteurs dans le service du docteur Panas, à l'hôpital Lariboisière.

L'exploration du pouls artériel au-dessous d'une tumeur anévrysmale fournit ordinairement deux signes diagnostiques importants : une *diminution de l'amplitude* et une *exagération du retard* du pouls du côté correspondant à l'anévrysme.

De ces deux signes, le plus important, parce qu'il est plus constant, c'est le *retard exagéré* du pouls artériel sur le début de la systole cardiaque. Ce signe, en effet, ne peut être supprimé par l'intervention de conditions étrangères à la présence de l'anévrysme. Quant au signe diagnostique tiré de la moindre amplitude du pouls artériel, il est variable, comme le montre l'examen fait sur la malade du docteur Panas, le 12 décembre 1877 et sur un malade du docteur Bucquoy, à l'Hôpital Cochin, le 8 mai 1875, par M. François-Franck.

Chez la malade de M. Panas, le pouls du côté *droit* présente une amplitude considérable, tandis que celui du côté gauche est assez petit pour être difficile à recueillir au sphygmographe. Il en était de même, quoique à un degré moins accusé, chez le malade de M. Bucquoy. Cette amplitude exagérée du pouls radial droit s'explique par l'existence d'une paralysie vaso-motrice du membre supérieur correspondant, paralysie due, selon toute probabilité, à la compression et à la suppression fonctionnelle du premier ganglion thoracique par la tumeur anévrysmale très-développée. L'opinion qui vient d'être admise repose à la fois sur l'examen des phénomènes présentés par la circulation du membre supérieur droit et par l'étude des troubles circulatoires et oculaires dans la moitié droite de la face.

Il est noté, dans l'observation de la malade recueillie par M. Bellouard, qu'elle présente depuis longtemps un léger enfoncement du globe de l'œil droit, une diminution notable de l'ouverture palpébrale et un rétrécissement papillaire très-accusé, tous phénomènes qui existent encore au moment de l'examen, le 12 décembre 1877. La comparaison des champs visuels des deux yeux a été faite avec soin, et les courbes qui limitent chacun d'eux sur les cercles divisés sont soumises à la Société. Le champ visuel de l'œil droit est réduit presque à zéro du côté nasal; ceci s'accorde, du reste, avec la constatation faite antérieurement d'une atrophie partielle de la papille du même côté.

L'acuité visuelle est aussi fort différente des deux côtés.

Œil droit : sans verre, 7 1/2; avec verre convexe, + 15, nº 4.

Œil gauche : sans verre, 10; avec verre convexe, + 7, nº 3.

Il y aurait lieu d'étudier le rapport qui peut exister entre la paralysie du sympathique, les troubles nutritifs du fond de l'œil et l'atrophie partielle de la papille qui détermine la diminution du champ visuel et de l'acuité visuelle; mais ce qui n'est pas douteux, c'est qu'il existe chez cette malade une paralysie des filets sympathiques qui proviennent des ganglions premier thoracique et cervical inférieur et remontent dans le cordon cervical.

Les filets qui se détachent du premier ganglion thoracique et qui accompagnent les vaisseaux du membre supérieur droit étant paralysés comme ceux du sympathique cervical, on comprend l'existence du signe paradoxal fourni par l'examen du pouls radial du côté de l'anévrysme.

Les vaisseaux du membre supérieur droit étaient très-dilatés, l'artère explorée présentant un calibre plus considérable; les effets mécaniques des variations de la pression sont beaucoup plus accusés que du côté opposé. Les tracés que montre M. Franck accusent, en effet, une brusquerie d'impulsion, une ampleur du pouls de la radiale droite, qui font complétement défaut à gauche, aussi bien chez la malade de M. Panas que chez celui de M. Bucquoy.

Comme conséquence de cette circulation activée dans l'extrémité droite, et contrairement à ce qui s'observe d'habitude dans les cas d'anévrysme, la malade de M. Panas présente de ce côté une élévation de température dont elle a parfaitement conscience et dont les chiffres suivants peuvent donner une idée :

1º Dans la main : à droite, 36º,2; à gauche, 35º,6. — Différence : 6/10 de degré en faveur de la main droite.

2º Dans l'aisselle : à droite, 36º,8; à gauche, 36º,3. — Différence : 5/10 en faveur de l'aisselle droite.

On peut donc conclure que la petitesse du pouls et l'abaissement de la température au-dessous d'un anévrysme peuvent être remplacés par des signes inverses, si la tumeur anévrysmale comprime et paralyse les ganglions ou filets sympathiques de la région. Donc ces signes peuvent manquer, et leur variabilité, leur subordination à des conditions étrangères, doivent les faire passer au rang de signes de second ordre : la première place doit être accordée à l'exagération du retard du pouls qu'aucune influence nerveuse n'est capable de supprimer, et qui ne peut qu'être rendue moins accusée par la dilatation vasculaire périphérique et la pénétration plus facile du sang dans l'extrémité.

M. Franck montre les tracés superposés des pulsations totalisées de la main, obtenues avec son appareil à changements de volume, et ces expansions de la tumeur anévrysmale : on voit que le retard du pouls de la main droite est de 1/3 plus considérable que celui du pouls de la main gauche sur l'expansion de la tumeur. Il montre ensuite les tracés superposés du pouls de l'artère radiale et des battements du cœur obtenus chez le malade de M. Bucquoy; le retard est aussi plus considérable à droite.

Donc, quoique les valeurs absolues du retard du pouls soient nécessairement variables avec les sujets et suivant une foule de conditions accessoires, l'augmentation du retard du pouls au-dessous d'un anévrysme par rapport au retard du pouls de l'artère symétrique restée saine, constitue, par son existence constante, un signe diagnostique d'une valeur de premier ordre.

Des phénomènes convulsifs d'origine corticale. — M. Pitres, en son nom et au nom de M. Franck, fait une communication sur les conditions de production et de généralisation des phénomènes convulsifs d'origine corticale. (Voir plus haut.)

Rhythme cardiaque. — MM. Dastre et Morat ont étudié le rhythme cardiaque. Les mouvements du cœur persistent après que l'organe a été séparé de l'animal. Mais si on détache la partie inférieure du ventricule par une section pratiquée un peu au-dessous du sillon auriculo-ventriculaire, la pointe de ce ventricule est immobile comme un muscle au repos. On peut essayer sur elle l'action des excitants artificiels (courants continus, décharges d'induction, courants induits fréquemment répétés ou tétanisants), on a vu un terme de comparaison dans l'action connue de ces stimulants sur les muscles ordinaires.

1. *Courants continus.* — La fermeture donne lieu à une contraction unique (systole), à un tétanos incomplet si le courant est fort. L'ouverture ne détermine jamais qu'une seule systole. La fermeture a un effet prédominant sur l'ouverture à intensité égale du courant. Le courant, pendant son passage, donne lieu à des contractions rhythmiques, à des systoles qui s'espacent progressivement, tout en devenant plus amples. Au début, elles sont souvent assez rapprochées pour simuler un tétanos imparfait. Si un stimulant continu comme le courant de la pile peut donner lieu dans le tissu du cœur à un travail discontinu, à des contractions rhythmiques, il est donc possible que l'excitant physiologique du cœur soit lui-même continu. Le rhythme ne paraît dépendre ni des centres nerveux ni des ganglions de la base, mais d'une propriété des terminaisons nerveuses ou du muscle cardiaque.

2. *Courants induits.* — Chaque décharge donne lieu à une systole quand l'intensité est suffisante à intensité égale du courant. L'ouverture a un effet prédominant; une série de décharges lancées dans le cœur augmentent son aptitude à se contracter, au point qu'un courant, inefficace au début, devient efficace à l'ouverture d'abord, puis à l'ouverture et à la fermeture. Les contractions vont croissant en amplitude jusqu'à une limite qu'elles ne dépassent pas.

En augmentant la fréquence des excitations (20 à 12,000 par minute), le nombre des systoles croît d'abord proportionnellement, pour s'arrêter à un chiffre variable, suivant les conditions. Les contractions restent toujours distinctes des rhythmiques.

Lorsque la pointe a été épuisée par une série d'excitations, on lui rend pour un moment son aptitude à se contracter par l'addition de quelques gouttes de vératrine au sérum, dans lequel elle est baignée. Elle augmente l'excitabilité du cœur comme elle augmente celle des muscles; mais tandis qu'elle déforme et allonge la secousse des muscles ordinaires, elle ne déforme nullement les systoles du cœur, elle n'en augmente que le nombre pour un excitant d'une intensité donnée.

L'ammoniaque tétanise la pointe du cœur, comme elle le fait d'un muscle ordinaire, et le maintient en rigidité.

MM. Dastre et Morat signalent également le fait suivant : après curarisation de l'animal, la ligature du cœur au niveau des oreillettes (ligature de Stannius) ne détermine plus l'arrêt du cœur. Si l'on rapproche ce fait de cet autre fait bien connu, qu'après curarisation l'excitation du vague est inapte à arrêter ou ralentir le cœur, on sera conduit à admettre que, dans l'expérience de Stannius, c'est sur des terminaisons du vague qu'on agit par la ligature en les excitant, et non pas en séparant des parties inférieures un centre automoteur, comme quelques-uns l'ont soutenu.

DISCUSSION

M. RABUTEAU dit que, d'après M. Dastres, la vératrine serait une substance excitante; or, on sait que toute substance appliquée directement sur le cœur donne lieu tout d'abord à une excitation fugace, passagère qui doit être laissée de côté, et ce sont les effets consécutifs qu'il faut enregistrer. Prevost (de Genève) a démontré que la vératrine était, au contraire, un poison musculaire; elle produit donc d'abord de l'excitation, puis de la paralysie ; c'est un paralyso-musculaire. On arrive donc ainsi à des conclusions tout à fait opposées. De même pour l'action de l'électricité, M. Rabuteau croit qu'elle exerce d'abord une action purement mécanique, puis que, consécutivement, il se fait une double décomposition, et que la fatigue musculaire est le résultat d'une décomposition des substances salines de l'économie au contact de l'électricité.

M. DASTRES répond qu'il n'a pas eu pour but d'étudier la vératrine, mais bien le cœur, et qu'il ne s'est pas occupé de la question de savoir si la vératrine était un excitant ou un paralysant du cœur, mais qu'il a seulement constaté qu'elle seule avait sur le cœur l'action qu'il a indiquée.

M. MALASSEZ rappelle des expériences de M. Ranvier qui ont conduit aux mêmes résultats que celles de M. Dastres.

M. MATHIAS DUVAL fait observer que les expériences de M. Dastres se rapprochent de celles qu'on fait sur des cœurs d'embryons de poulet, et qui permettent de constater l'influence de la chaleur sur l'accélération des battements du cœur.

M. LABORDE reconnaît qu'il y a toujours une période d'excitation dans l'action des diverses substances sur le cœur; mais il n'en est pas moins vrai que la vératrine exerce sur cet organe une action toute particulière. Il en est de même de l'ésérine. Chez les animaux qui ont été soumis à l'influence de la vératrine, les muscles, après la mort, conservent bien plus longtemps que chez les autres leur pouvoir de contraction.

Lésions de l'oreille moyenne chez les pendus. — M. GELLÉ présente des pièces qui permettent de constater qu'à la suite de la pendaison on trouve des ecchymoses et même de petites hémorrhagies dans la caisse du tympan, tandis que, d'après les recherches de M. Fieuzal, la rétine s'anémie dans le même temps.

M. LABORDE fait ressortir tout l'intérêt de cette communication au point de vue médico-légal.

ÉLECTION

La Société procède au renouvellement de son bureau pour l'année 1878.

Sont élus : vice-présidents, MM. Houel et Luys; secrétaires annuel, MM. Galippe, Duret, Bochefontaine et Robin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 janvier 1878. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

Dans la correspondance, M. le secrétaire général signale une observation de *luxation de la symphyse pubienne*, adressée par M. Surmay (de Ham), dont il donne lecture.

M. LE DENTU rapporte, à ce propos, qu'il a observé récemment un fait analogue sur un garçon de quatorze ans et consécutivement à une chute. La disjonction de la symphyse était complète; l'écartement était considérable. Il était évident qu'il existait des déchirures étendues; pourtant il n'y eut pas d'hématurie, pas d'accidents du côté de la vessie. mais il survint de la gêne dans les mouvements des membres inférieurs. Au contraire, il y eut des phénomènes congestifs intenses du côté de la tête et du tronc : hémorrhagies multiples par le nez, la bouche, les oreilles, ecchymoses sous-conjonctivales, purpura. Très-probablement, tous ces accidents furent la conséquence d'une compression de l'aorte. La guérison fut obtenue au moyen d'un appareil immobilisant les jambes et d'une bande de caoutchouc roulée autour du bassin.

PRÉSENTATIONS

M. VERNEUIL présente, au nom de M. Delaunay, une observation de *genu valgum*. Cette observation, ajoute-t-il, est doublement intéressante en ce qu'elle se rattache à une récente discussion agitée par la Société et, d'autre part, parce que M. Delaunay a pu obtenir la guérison du malade à l'aide d'un simple bandage et sans recourir aux moyens de violence.

M. GIRAUD-TEULON, au nom de M. Gillet de Grandmont, présente un nouvel ophthalmoscope optomètre à réfraction.

Cet ophthalmoscope se compose d'une lame de verre plane, argentée, formant miroir et percée d'une série de trous très-rappro

chés derrière lesquels, par un mécanisme spécial, apparaît à volonté la série progressive des verres dioptriques concaves ou convexes, le plus généralement usités dans la recherche de la ré-



fraction oculaire. Cet ophthalmoscope offre l'avantage de permettre la détermination précise du degré de réfraction par la comparaison successive et rapide des images du fond de l'œil. Cet instrument est, en outre, muni d'un miroir concave destiné aux autres examens.

COMMUNICATION

M. LANNELONGUE lit un travail sur cette question : *Des épanchements articulaires dans la fracture de cuisse.* Voici d'abord, très-brièvement, l'observation de la malade qui a été le point de départ de cette communication :

Le 3 décembre dernier, B... Sophie, âgée de quatre ans, étant debout sur une table, fit une chute de cette hauteur sur le parquet. Portée à l'hôpital, M. Lannelongue constata, le lendemain, un engorgement considérable de la cuisse gauche. Au milieu de cet engorgement, il put acquérir la certitude que le fémur était fracturé à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs. Il y avait en même temps un épanchement assez notable dans le genou du côté affecté ; pourtant, aucune trace de contusion à ce niveau. Application d'un appareil de Scultet, renouvelé tous les deux jours. L'épanchement a toujours persisté, augmentant d'abord, diminuant un peu ensuite. Le 7 décembre, l'enfant est prise de diphthérite ; elle succombe le 10 à cette complication.

Or, dans un récent travail, M. Berger a soutenu l'opinion que toute fracture de la diaphyse du fémur, si elle est complète, s'accompagne d'épanchement articulaire. Cette opinion, très-absolue et trop générale, n'a pas été adoptée par la plupart des chirurgiens et M. Hennequin a pu réunir un certain nombre de faits dans lesquels l'épanchement n'a pas existé.

Quoi qu'il en soit, cet épanchement, qui existe fréquemment, devient un bon signe des fractures de la diaphyse fémorale. M. Lannelongue désire s'attacher à en découvrir la cause.

Deux théories restent actuellement en présence, et l'auteur estime que chacune d'elles répond à une catégorie particulière de faits.

D'après l'une, défendue par MM. Gosselin et Berger, l'épanchement du genou est le résultat de la transsudation, à travers la membrane synoviale, de la partie séreuse du sang épanchée dans les tissus. Ce que M. Lannelongue a rencontré à l'autopsie de sa petite malade, lui paraît venir à l'appui de cette opinion.

En effet, en examinant l'articulation du genou avec le plus grand soin, il n'a pu découvrir aucune trace de déchirure. Dans la cavité il a rencontré un liquide abondant, filant, peu épais, de couleur foncée. Au microscope, ce liquide présentait beaucoup de globules rouges du sang, les uns normaux, les autres déformés. Une partie de la surface externe de la synoviale était environnée d'une couche sanguine prise en un caillot noir lamellé. Pour M. Lannelongue en même temps que s'effectuait la transsudation séreuse, il y avait passage des éléments rouges. A ses yeux, ce fait est significatif.

D'autre part, on constatait un certain degré de vascularisation de la synoviale ; dans les liquides, avec les globules rouges, on trouvait un certain nombre de globules blancs et des cellules épithéliales altérées. Ceci indique un certain degré d'arthrite. Mais quelle cause assigner à celle-ci ? M. Berger la placerait sûrement dans le passage du liquide sanguin ; M. Lannelongue ne partage pas la même certitude.

En pratiquant l'autopsie de tout le membre, on constatait, en effet, de profonds délabrements musculaires au voisinage de la fracture, de nombreuses déchirures profondes, des foyers sanguins multiples isolés se montraient jusque dans les muscles de la partie supérieure de la cuisse. C'en est assez pour qu'on se demande s'il n'y a pas eu contre-coup, ébranlement articulaire intense, entorse du genou, en un mot, qui, en provoquant le commencement d'arthrite, est devenue la cause de l'épanchement constaté dans le genou? A l'appui de son dire, M. Lannelongue note ce fait qu'il existait une infiltration sanguine sur une partie de la capsule fibreuse de l'articulation coxo-fémorale, mais que là il n'y avait pas d'épanchement.

« En résumé, dit M. Lannelongue, ce fait constate le passage des éléments solides du sang à travers la synoviale du genou, mais il n'infirme pas autant qu'on pourrait le croire tout d'abord l'opinion, à mon avis très-plausible, que l'épanchement est le résultat indirect d'un traumatisme. »

DISCUSSION

M. VERNEUIL s'est montré toujours très-réfractaire à la théorie présentée par M. Gosselin. Il tient l'hydarthrose du genou pour un signe précieux de fracture du fémur. Il a pu même, en le constatant, soupçonner une fracture du col du fémur. Il a vu aussi que la partie moyenne de la cuisse pouvait alors n'être atteinte d'aucun épanchement. Or, dans ce cas, la distance entre le siége de la fracture et le genou n'est-elle pas trop grande pour que l'hydarthrose ait pu se produire suivant la théorie de M. Gosselin et de M. Berger. C'est pourquoi il préfère reconnaître pour cause la contusion indirecte des surfaces articulaires tibio-fémorales. Comme autre preuve, il cite ce fait que l'épanchement n'est pas rare dans la fracture du tibia, et c'est là un argument important. Autre argument, il croit avoir remarqué que ces épanchements se faisaient toujours quand il y avait eu chute de haut ou choc, et qu'ils manquaient dans les fractures par écrasement. Il n'affirme pourtant pas l'absolue exactitude de cette dernière remarque, mais l'explication donnée par M. Gosselin et par M. Berger ne lui paraît pas acceptable.

M. DESPRÈS. Il y a deux espèces d'hydarthrose : l'une qui se montre dès le début, l'autre qui apparaît du cinquième au dixième jour. Pour la production de la première. il admet l'explication de M. Verneuil, pour la seconde celle de MM. Gosselin et Berger. Les fractures par cause indirecte s'accompagnent d'épanchement et d'hydarthrose ; au contraire, dans celles par cause directe, il n'y en a pas.

M. NICAISE croit que chez le malade de M. Lannelongue, il y a eu entorse du genou, et il croit d'autant plus à cette violence qu'on a constaté une ecchymose sur un point de la capsule coxo-fémorale. Dans ces conditions, l'observation lui paraît venir beaucoup plutôt à l'appui de l'opinion de M. Verneuil que de celle de MM. Gosselin et Berger. Ce qu'il faudrait rechercher, c'est si l'épanchement se produit encore dans les fractures du corps qui se font sans ébranlement violent des surfaces articulaires, à la suite d'un coup de feu, par exemple. Dans l'observation de M. Lannelongue, l'épanchement devait avoir plutôt pour cause une déchirure de la synoviale que la transsudation.

M. MARJOLIN. Il est difficile de se rendre compte de la cause des épanchements articulaires. Il a recherché, avec M. Coulon, s'il n'y avait pas un rapport entre l'abondance de l'épanchement et la violence de la contusion, et il a vu des cas où celle-ci avait été peu intense et où l'épanchement était considérable. Quoi qu'il en soit, il résulte du travail de M. Berger, que l'épanchement a acquis une grande valeur comme signe diagnostique des fractures.

M. LANNELONGUE reconnaît le bien fondé de l'interprétation de M. Verneuil dans certains cas, mais il en est d'autres où celle de MM. Gosselin et Berger se trouve vérifiée. Elle repose, du reste, sur des faits bien observés d'anatomie pathologique et sur des expériences sur les animaux. Répondant à M. Nicaise, il déclare qu'il n'y avait nulle déchirure de la synoviale et qu'il s'en est assuré axec le plus grand soin. Quant à l'épanchement qui, suivant M. Desprès, pourrait se faire parfois vers le dixième jour, il objecte qu'il lui paraît imputable à l'immobilité et à la compression des appareils, mais non à la fracture. En somme, M. Lannelongue pense que l'opinion défendue par M. Berger est applicable à un petit nombre de faits, et que celle proposée par M. Verneuil convient dans un nombre de cas beaucoup plus grand.

RAPPORT

M. POLAILLON donne lecture du rapport sur le concours pour le prix Laborie.

Un seul mémoire a été adressé, il a pour sujet : *De la gastrostomie pratiquée pour les rétrécissements de l'œsophage.*

Dans son historique, l'auteur a consigné tous les faits connus : quarante-trois n'ayant donné que trois décès, il recherche la cause de cette mortalité énorme. La péritonite n'a été constatée que deux fois. Les autres insuccès paraissent imputables à l'épuisement et à l'époque tardive où on opère.

La gastrostomie peut être tentée : 1° contre les rétrécissements cancéreux, moyen palliatif et résultat momentané ; 2° contre les rétrécissements cicatriciels, les résultats peuvent devenir alors fort précieux.

En somme, la gastrostomie est une opération à encourager, comme le montrent les faits récents de MM. Labbé et Verneuil, et depuis que le manuel opératoire se trouve bien fixé (1876). Il comprend quatre temps : 1° incision de 5 centimètres faite à 1 centimètre en dedans du bord des côtes ; hémostase soigneuse ; 2° attraction, fixation des parois stomacales intactes aux lèvres de la plaie pariétale ; 3° incision de la paroi stomacale et suture ; 4° introduction d'une sonde de caoutchouc dans l'estomac. Comme soins consécutifs, pansement antiseptique, alimentation immédiate.

A quatre heures et demie la société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Association des médecins de la Seine. — L'assemblée générale annuelle aura lieu le 27 janvier 1878, à deux heures dans le grand amphithéâtre de la Faculté. La commission générale a, dans sa séance du 4 janvier, choisi pour être proposés aux suffrages de l'Assemblée comme candidats aux sections du bureau :

Présidence, M. Béclard ; — Vice-présidence, MM. Noel Guéneau de Mussy et Richet.

— *Val-de-Grâce.* — Les concours pour les places d'agrégés au Val-de-Grâce se sont terminés le 2 et le 3 janvier. Sont désignés au choix du ministre : MM. Bussard, pour la clinique médicale ; Charvot, pour la clinique chirurgicale ; Ducazal, pour l'hygiène militaire et Zubler, pour l'épidémiologie.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 4 février 1878, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, n° 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le lundi 7 janvier jusqu'au lundi 21 janvier inclusivement, de onze heures à trois heures.

— M. le professeur Parrot reprendra ses leçons le 8 janvier et traitera de l'inoculation et de la vaccine.

— *Muséum d'histoire naturelle. — Cours d'anatomie comparée.* — M. Paul Gervais, membre de l'Institut, commencera ce cours le mercredi 9 janvier 1877, à deux heures et demie et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Le professeur traitera des divers systèmes d'organisation propres aux animaux, en les envisageant dans les différentes classes ; il en étudiera aussi le mode de développement.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre attenant aux galeries d'anatomie comparée. Des démonstrations pratiques seront faites chaque lundi à midi dans les galeries publiques ou au laboratoire, 55, rue de Buffon.

— M. le docteur Fort commencera la deuxième partie de son cours, le lundi 14 janvier. Ce cours comprendra l'étude de la tête et du cou. On s'inscrit 21 rue Jacob.

Ce cours public d'anatomie de M. Fort, qui avait lieu à l'École pratique à six heures aura lieu désormais à midi et demie, amphithéâtre 3, le lundi, le mercredi et le vendredi.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 4. — JEUDI 10 JANVIER 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 10 JANVIER 1878. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore cette fois, séance nulle au point de vue du compte rendu. Ni discussion, ni communication : un comité secret, proclamé aussitôt après le dépouillement d'une très-maigre correspondance.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Tumeur sarcomateuse de la grande courbure de l'estomac.

Les pièces anatomiques que je fais passer sous vos yeux, proviennent d'une malade que vous avez vue couchée au n° 15 de notre salle Sainte-Adélaïde et dont voici, en quelques mots, l'observation.

C'était une femme de cinquante-quatre ans. Elle avait toujours joui d'une excellente santé quand, vers la fin de l'année dernière, elle commença à éprouver, du côté de l'estomac, quelques symptômes consistant dans une perte de l'appétit, et des digestions lentes, difficiles, accompagnées de quelques éructations.

Quelque temps après l'apparition de ces premiers phénomènes gastriques, elle accusa un affaiblissement qui s'accrut de jour en jour; puis elle maigrit, elle s'anémia et dès lors la maladie marcha avec une telle rapidité que, neuf mois après le début des premiers symptômes, cette femme dut entrer à l'hôpital.

Le ventre était alors considérablement augmenté de volume, par le fait d'un épanchement péritonéal parfaitement caractérisé par les signes ordinaires : la sensation de fluctuation et le changement de place de la matité produite par la présence du liquide, suivant les positions que l'on faisait prendre à la malade.

Outre ce gonflement du ventre, il existait un œdème notable aux membres inférieurs; d'autre part, la pâleur des téguments et la décoloration des muqueuses indiquaient une anémie extrêmement marquée.

En présence de ces phénomènes, et, en tenant compte surtout des déclarations de cette femme, qui affirmait, d'une manière bien positive, que l'œdème des membres inférieurs n'était venu que consécutivement à l'ascite, nous devions naturellement penser à l'existence d'une cirrhose hépatique, et, dans ces conditions, nous étions amenés à rechercher le volume du foie et l'état des urines.

Mais, contrairement à nos prévisions, nous n'avons rien trouvé de ce côté, qui justifiât cette manière de voir. Le volume du foie était, en effet, tel qu'on le trouve à l'état normal et, de leur côté, les urines étaient blanches, décolorées, d'une densité très-faible et ne présentaient aucun des caractères que l'on rencontre chez les cirrhotiques. Il fallait donc tourner nos recherches d'un autre côté, et c'est ainsi qu'en explorant l'abdomen nous avons trouvé, dans la région de l'hypochondre droit, entre le foie et l'estomac, une tumeur mal circonscrite, dure, rénitente, déterminant à la pression des douleurs très-vives, et paraissant avoir son siége au-dessous de l'estomac, dans cette portion de l'épiploon qui s'insère à la grande courbure de cet organe.

Néanmoins, nous n'avions sur cette tumeur que des notions très-incertaines quand, l'ascite faisant des progrès de plus en plus rapides, et entravant la respiration au point de menacer sérieusement la vie de la malade, nous dûmes pratiquer la paracentèse. Elle donna issue à huit litres environ d'un liquide très-transparent, contenant une forte proportion d'albumine et se rapprochant tout à fait, par ses caractères, de celui que l'on trouve dans l'ascite.

Le ventre débarrassé, nous pûmes nous rendre complètement compte de l'état des viscères. Nous avons constaté alors, d'une manière bien positive, l'existence d'une tumeur allongée ayant la forme apparente du pancréas, mais beaucoup plus superficiellement située, semblant longer la grande courbure de l'estomac et dont nous avons placé le siége dans le grand épiploon. Nous admettions de plus, pour expliquer l'abondance du liquide épanché dans la cavité péritonéale, que cette tumeur s'étendait jusque dans les ganglions mésentériques voisins, lesquels, en comprimant les radicules de la veine-porte avaient amené le développement de l'ascite. Quant à sa nature, nous pensions qu'elle devait être nécessairement un cancer et nous trouvions les éléments de ce diagnostic dans la marche même de la maladie, dans la teinte jaune subictérique des téguments et enfin dans ce gonflement œdémateux des membres inférieurs.

Enfin, les raisons qui nous portaient à croire que cette masse cancéreuse ne devait pas avoir son siége dans l'estomac, c'est que nous ne constations chez cette malade que des troubles gastriques très-légers, et surtout qu'elle n'avait

ni vomissement, ni vomituritions même, ni diarrhée. Elle nous avait bien dit, il est vrai, avoir eu quelques mois auparavant une selle sanglante, mais la présence accidentelle du sang dans une garde-robe n'a rien d'extraordinaire et nous n'avions attaché aucune importance à ce fait.

Mais l'autopsie devait bientôt venir nous éclairer sur la nature de l'affection dont cette femme était atteinte. En effet, malgré nos soins, elle continua à s'affaiblir de plus en plus; et trois semaines s'étaient à peine écoulées après la première ponction, que l'ascite s'était reproduite en telle abondance qu'il fallut de nouveau pratiquer la paracentèse. Cette fois nous recueillîmes sept litres et demi de liquide; mais l'évacuation du ventre ne donna lieu qu'à un soulagement momentané : l'ascite reparut, quoique un peu plus lentement; le gonflement persista aux membres inférieurs, revêtant les caractères de l'œdème véritablement cachectique; la malade accusa un goût acide dans la bouche; puis, sur la langue et les parois buccales, on vit se développer les concrétions blanchâtres du muguet. Enfin, cette femme tomba dans une adynamie profonde et, après être restée cinq ou six jours dans un état intermédiaire à la vie et à la mort, elle succomba samedi dernier.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin, nous permet de constater, à la grande courbure de l'estomac et au dessus de la partie supérieure du grand épiploon, une tumeur dure, épaisse, résistante, constituée par un tissu blanchâtre, peu vasculaire rappelant, quant à l'extérieur, l'aspect du squirrhe et présentant à la coupe les caractères histologiques du sarcome fasciculé. Cette tumeur qui, ainsi que je viens de vous le dire, occupait la grande courbure, laissait complétement libres les orifices de l'estomac dont l'intégrité expliquait l'absence de vomissements pendant la vie. En outre la cavité stomacale était singulièrement rapetissée, réduite tout au plus au cinquième de sa capacité normale et cette diminution de volume permettait de comprendre l'inappétence complète, ainsi que la lenteur et la difficulté des digestions que nous avions observées chez cette malade.

Un tel exemple de tumeur, ou pour me servir d'une expression générale, de cancer de l'estomac, siégeant à la grande courbure de cet organe est tout à fait insolite. En effet, sur un relevé de cent deux observations, le cancer n'a été observé en un tel point que deux fois seulement; tandis qu'on a noté soixante fois celui du pylore et quinze fois celui de la petite courbure.

Mais, si ce siége nous explique cette sensation de tumeur allongée que nous avions perçue à la palpation; s'il nous permet d'interpréter la difficulté des digestions et l'absence d'appétit, il est tout à fait insuffisant pour nous faire comprendre l'ascite considérable que présentait cette malade. Je vous ai dit, en effet, que nous avions admis pendant la vie, pour expliquer ce phénomène, que les ganglions mésentériques, augmentés de volume, comprimaient les radicules de la veine-porte. Or, ces ganglions sont à peine hypertrophiés, de telle sorte que l'interprétation, que nous avions émise, est loin de satisfaire l'esprit, et qu'elle ne saurait s'imposer par elle-même.

A côté du cancer de l'estomac, bien évident, bien caractérisé par les symptômes ordinaires de cette affection, il est donc une autre variété dans laquelle tout se borne à quelques phénomènes gastriques, avec cet aspect particulier qui caractérise la cachexie cancéreuse. Dans ces cas, que l'on a appelés latents, rappelez-vous que la lésion ne siége pas aux orifices, mais qu'elle occupe le plus souvent, soit la petite courbure, soit le grand cul-de-sac, ou, ce qui est extrêmement rare, la grande courbure de l'estomac. De plus, n'oubliez pas que ces caractères appartiennent plutôt au sarcôme qu'au véritable cancer. Ce fait, il est vrai, au point de vue du traitement, importe peu pour le médecin; cependant, il est bon de savoir reconnaître la nature de la tumeur à laquelle on a affaire, car lorsqu'il s'agit d'un sarcôme, la maladie est plus longue à évoluer, et l'ulcération se fait plus longtemps attendre que dans le cancer proprement dit.

HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

Des indications de l'uréthrotomie externe sans conducteur.

L'uréthrotomie externe, sans conducteur, peut être appliquée à des cas traumatiques ou à certains rétrécissements blennorrhagiques de l'urèthre. Mais pour ceux-ci, il faut que la notion de l'impossibilité de franchir le rétrécissement soit parfaitement acquise. Or, rien n'est plus rare qu'un rétrécissement d'origine blennorrhagique qui soit réellement infranchissable; vous en rencontrerez fréquemment qui exigeront beaucoup de patience, pour lesquels il vous faudra plusieurs jours, plusieurs semaines même, de tentatives, avant de pénétrer dans la vessie, mais il arrivera très-rarement que le rétrécissement résiste à vos efforts. Ceci est tellement vrai que, depuis dix ans que j'exerce dans cet hôpital, où les rétrécissements d'origine blennorrhagique abondent, j'ai eu l'occasion deux fois seulement de les combattre par l'uréthrotomie externe, sans conducteur, tandis que trois cent cinquante ou quatre cents fois j'ai dû leur appliquer l'uréthrotomie interne.

Mais en est-il de même pour les rétrécissements traumatiques, et ici encore, l'uréthrotomie externe, sans conducteur, doit-elle être une opération exceptionnelle? Ceux d'entre vous qui suivent mon service doivent déjà présumer le contraire.

Mais, même dans ces cas, le procédé dont nous nous occupons en ce moment n'est pas constamment indiqué et le chirurgien doit, avant d'y avoir recours, tenir compte des circonstances dans lesquelles il est placé.

En effet, les rétrécissements consécutifs au traumatisme se divisent en deux catégories, suivant qu'ils sont anciens ou récents, et chacune de ces catégories comprend elle-même deux subdivisions : l'une s'appliquant aux cas dans lesquels le traumatisme a porté exclusivement sur les parties molles; l'autre, à ceux dans lesquels la lésion a atteint à la fois les parties molles et les parties dures.

Examinons d'abord les cas qui rentrent dans la première catégorie, c'est-à-dire ceux dans lesquels la lésion est récente, et parmi ces derniers, étudions, en premier lieu, ceux dans lesquels les parties molles ont seules été affectées. Prenons, si vous voulez bien, l'exemple le plus commun, celui qui est représenté par la chute à califourchon. L'urèthre est rompu à peu près complétement soit au niveau du bulbe, soit un peu en avant de cet organe. Votre première idée est évidemment d'essayer le cathétérisme. Mais, prendre la sonde dans ces conditions est toujours une faute; d'abord, parce que c'est en vain que vous chercherez à l'introduire dans la vessie et que vous échouerez; ensuite parce que, alors même que vous réussirez à faire le cathétérisme, vous ne mettrez pas votre malade à l'abri des accidents immédiats ou consécutifs de la rupture de l'urèthre; parce qu'enfin, en cherchant à

enfiler avec votre instrument le bout postérieur du canal, vous risquerez de provoquer une hémorrhagie. N'oubliez pas, en effet, que la rupture s'est faite au niveau de la région bulbaire, dans laquelle de nombreux vaisseaux se distribuent, et que, si avec le bec de la sonde vous venez heurter ces parties déchirées, vous avez de grandes chances pour déplacer les petits caillots qui obstruent les orifices divisés des nombreux rameaux de l'artère centrale du bulbe, et par conséquent pour faire naître une hémorrhagie que vous aurez les plus grandes peines à arrêter.

Aussi, lorsque vous êtes en présence d'un homme qui a subi une chute à califourchon ou qui, à la suite d'une contusion violente sur le périnée, se trouve dans l'impossibilité d'uriner; qui a pissé du sang par l'urèthre; qui a, au périnée, une tumeur constituée par du sang pur, car, dans ces cas, l'urine ne s'infiltre pas primitivement, le bout postérieur de l'urèthre se recoquevillant et empêchant la sortie de l'urine; dans ces cas-là, dis-je, votre devoir est de songer immédiatement à pratiquer l'uréthrotomie externe et sans conducteur, dans le but de rechercher d'abord le bout postérieur de l'urèthre, puis, celui-ci étant retrouvé, d'y passer une sonde.

Voyons, maintenant, comment vous devez intervenir quand, au lieu d'une simple déchirure des parties molles, vous aurez affaire en même temps à une fracture des os du bassin.

Ici, l'urèthre étant infiniment moins compromis que dans la chute à califourchon, à cause de la distance assez notable qui la sépare des os du bassin, la première indication à remplir est, au contraire, de pratiquer le cathétérisme. Pour cela, il faut d'abord chercher à s'éclairer sur le siége de l'obstacle uréthral et sur celui de la fracture du bassin; puis, ces points reconnus, on essaye de pénétrer dans la vessie, soit d'après l'endroit où siége l'obstacle, en faisant suivre à l'instrument la paroi supérieure de l'urèthre, soit en longeant la paroi inférieure de ce canal, ou bien, enfin, en se servant d'une petite bougie armée, à laquelle on adaptera, plus tard, une sonde d'un plus gros calibre, et que l'on fera pénétrer, en tâtonnant, à travers le rétrécissement.

Si vous n'arrivez pas dans la vessie, la recherche du bout postérieur sera-t-elle indiquée? En aucune façon. Mais, direz-vous, il faut pourtant que le malade urine. C'est vrai. A cet effet, vous pratiquerez la ponction sus-pubienne, qui est infiniment moins grave ici que dans certains autres cas dans lesquels les chirurgiens pratiquent cette opération, et notamment dans les rétrécissements de l'urèthre de cause prostatique.

Voyons, maintenant, la conduite que l'on doit suivre pour les traumatismes anciens. Ici encore, vous pouvez vous trouver en présence de deux éventualités, soit que la rétention d'urine ait succédé à la simple déchirure de l'urèthre, sans lésion osseuse, soit que cette impossibilité d'uriner soit la conséquence d'une rupture avec déplacement des os du bassin. Quelles indications pouvez-vous tirer de ces lésions au point de vue de l'application de l'uréthrotomie externe sans conducteur, dans les cas où l'on ne peut franchir l'obstacle?

Examinons d'abord les cas dans lesquels les parties osseuses étant intactes, les parties molles seules ont été lésées.

Pour moi, il n'est pas douteux que, quand il y a simple rupture de l'urèthre, sans lésion traumatiqne du côté du bassin, on ne doive pratiquer l'uréthrotomie externe. Il n'y a aucune objection à faire à cette manière d'agir. Certains chirurgiens sont même disposés à traiter tous les rétrécissements traumatiques par cette méthode : que l'obstacle soit ou non infranchissable. Je ne partage pas cette opinion, car bien souvent j'ai fait l'uréthrotomie interne pour des rétrécissements traumatiques anciens, consécutifs à la chute à califourchon, qui en est l'origine la plus habituelle, et, dans ce cas, ce procédé m'a donné des résultats tout aussi satisfaisants que lorsque j'ai pratiqué cette même uréthrotomie interne dans des cas de rétrécissements d'origine blennorrhagique.

Mais si l'uréthrotomie externe sans conducteur est ainsi formellement indiquée dans les rétrécissements traumatiques infranchissables, en est-il de même lorsqu'il y a fracture des os du bassin? Il y aurait lieu de la pratiquer s'il n'était impossible, le plus souvent, d'échouer complétement dans la recherche du bout postérieur. J'ai voulu, en effet, m'éclairer sur ce sujet, et malgré des recherches très-étendues et très-complètes, je n'ai pu trouver que deux cas dans lesquels cette méthode ait réussi. L'un appartient à Nélaton; l'autre est emprunté à la pratique d'un médecin étranger, à Bush.

Dans le premier cas, l'urèthre était bien réellement rompu, mais sous l'influence du traumatisme, il s'était produit une inflammation considérable de la loge antérieure de l'urèthre, puis, consécutivement à celle-ci, des nodosités qui, seules, empêchaient la sonde de pénétrer dans la vessie. Il suffisait donc de les faire disparaître pour rétablir la perméabilité du canal, et il n'était pas besoin, en définitive, de faire l'uréthrotomie externe. Ce cas ne prouve donc rien.

Le cas de Bush est plus concluant. Il y avait huit mois que l'accident s'était produit quand on soumit le malade pour la première fois à la recherche du bout postérieur. Après de nombreuses tentatives, on parvint à retrouver cette partie de l'urèthre; mais dix mois plus tard, il y eut récidive, production d'une fistule inflammatoire, et les recherches durent être recommencées. Après trois heures d'effort, on fut obligé de renoncer à rechercher le bout postérieur. Cinq jours après, nouvelles recherches, et cette fois, le chirurgien se guidant sur la fistule qui aboutissait près du rectum, parvint à pénétrer dans la vessie. Ce fait montre, il est vrai, qu'on ne doit pas désespérer de trouver le bout postérieur, alors même que, comme c'était le cas ici, c'est la portion membraneuse qui est atteinte, mais il montre que cette recherche est extrêmement difficile, non-seulement à cause de la déformation qu'a subie l'urèthre, mais encore par le fait des adhérences qui s'établissent à la suite de l'inflammation et altèrent la situation des parties.

Ne pourrait-on pas, me direz-vous, dans ces cas anciens, pratiquer la ponction sus-pubienne, laisser une sonde à demeure dans la vessie, puis par la fistule résultant de la ponction, faire le cathétérisme rétrograde. Mais la difficulté reste la même, puisqu'il s'agit non-seulement d'aller à la recherche de parties ayant subi un certain degré de déformation, et même de déplacement, mais qu'en outre, le rétrécissement profondément situé est, par cette raison même, à l'abri des explorations les plus patientes.

En résumé, voici la conduite que je vous propose de tenir dans les différents cas en présence desquels vous vous trouverez :

1° Il y a indication de pratiquer l'uréthrotomie externe sans conducteur dans les cas de rétrécissements d'origine blennorrhagique absolument infranchissables;

2° Il y a indication absolue dans les cas de traumatisme récent défini, ainsi que je vous l'ai indiqué, à savoir quand il y a, à la fois, hémorrhagie, tumeur périnéale et rétrécissement uréthral;

3° Indication non moins absolue, quand il s'agit d'un rétré-

cissement traumatique ancien ne s'accompagnant pas de fracture du bassin.

4° Indication discutable dans les cas de traumatisme ancien avec lésion des parties molles;

5° Enfin, il y a contre-indication toutes les fois qu'on peut pénétrer à travers le rétrécissement, sauf, je le répète, dans les cas de traumatisme récent, avec lésion seulement des parties molles, comme dans la chute à califourchon.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. LANCEREAUX.

Deux observations de diabète sucré à marche rapide avec destruction presque complète du pancréas (1).

III

Tels sont les deux faits qui se sont présentés à notre observation. Ces faits ont un grand nombre de points qu'il importe de faire ressortir dès maintenant avant de rechercher ce qu'ils peuvent avoir de spécial. Chacun de nos malades jouissait de la plus parfaite santé; ni l'un ni l'autre n'avait l'embonpoint exagéré, quand survint un déréglement de l'appétit, qu'ils ne parvenaient plus à satisfaire. La femme prétendait même que ce déréglement était survenu d'une façon presque subite à la suite de coliques et de vomissements, et son mari, qui se trouve dans nos salles, insistait hier encore sur cette particularité. Par conséquent, chez lui comme chez l'autre, le début du mal a été pour ainsi dire brusque et s'est révélé par de la polyphagie et de la polydipsie. Mais en même temps, au lieu d'àcquérir l'embonpoint, ce qui est assez habituel au début du diabète, nos malades remarquèrent qu'ils s'amaigrissaient chaque jour, perdaient leurs forces. Ces phénomènes, sur lesquels ils ne manquèrent pas d'attirer l'attention des médecins qui eurent à les soigner à cette époque, conduisirent à examiner l'urine, qui fut trouvée non-seulement abondante, mais sucrée. C'est d'ailleurs ce que confirma l'examen que nous fîmes de ce liquide, qui était, en outre, peu coloré et notablement augmenté de densité. La quantité des urines rendues dans les vingt-quatre heures a toujours été abondante, excepté dans les derniers moments; elle a varié dans les vingt-quatre heures, chez l'un de nos malades entre six et huit litres, chez l'autre entre quatre et six litres. Le sucre a toujours existé dans ces urines, il était en quantité considérable, et cette quantité n'a diminué d'une façon sensible que dans les derniers jours. Jusque-là, nous avons trouvé par litre d'urine chez l'un de nos malades de 80 à 100 grammes de sucre, chez l'autre, de 60 à 80 grammes. Il est digne de remarque que celui des deux malades qui buvait et mangeait le plus était celui qui rendait la plus grande quantité d'urine et la plus grande quantité de sucre; de même, il y a lieu de noter que, dans les derniers instants de l'existence, lorsque l'appétit disparaissait, le sucre diminuait de quantité; c'est, qu'en effet, le rapprochement de ces deux faits semble indiquer l'existence d'un rapport entre la quantité d'aliments ingérés et la quantité de sucre excrétée. Le dépérissement, dans nos deux cas, a suivi la même marche. En même temps que survenait un amaigrissement rapide et considérable, portant à peu près indistinctement sur tous les systèmes, les malades perdaient leurs couleurs et leurs forces; ils pouvaient à peine se traîner, alors même qu'ils ne présentaient aucune altération pulmonaire.

Des désordres matériels qu'il faut considérer comme secondaires, ont été rencontrés dans nos deux cas : ce sont la chute des cheveux, la carie des dents et une altération des poumons qui, sans être identique, a du moins de grandes analogies avec la tuberculose pulmonaire. Nos patients se plaignaient de perdre leurs cheveux depuis leur maladie, et ceux-ci, d'ailleurs clairsemés, tombaient avec la plus grande facilité, sous l'action d'un faible tiraillement. Les dents, qui étaient bonnes chez l'une et chez l'autre avant l'apparition du mal, ne tardèrent pas à se carier, à se déchausser et enfin à tomber en partie. Les poumons offrirent, dans les deux cas, des altérations qui peuvent servir à caractériser la dernière phase du mal, au dénouement duquel elles parurent contribuer. Survenues vers la deuxième année, ces altérations eurent, dans un cas, un début presque brusque; ils se révélèrent par de la toux, des signes physiques et des crachats ayant les caractères de ceux de la pneumonie franche; dans l'autre cas, ils présentèrent un début beaucoup plus insidieux, peu différent de celui de la phthisie pulmonaire.

L'évolution du mal a été relativement rapide dans nos deux cas; la durée a varié entre deux et trois ans, elle a été dans l'un et l'autre d'environ deux ans et demi. C'est là un fait sur lequel nous devons insister, car un grand nombre de diabètes sucrés ont, comme on sait, une durée qui n'est pas moindre de vingt à trente ans; j'ajouterai que le diabète de nos malades était un diabète essentiellement maigre, et que les diabètes à longue échéance sont toujours gras, au moins pendant leur première période. En conséquence, la maladie à laquelle nous avons affaire diffère, sinon par ses symptômes, du moins par son évolution, du diabète gras; nous allons voir qu'elle en diffère encore par ses lésions anatomiques.

Nos deux faits sont, à ce point de vue, extrêmement remarquables, car les altérations que nous y avions constatées avaient la plus complète ressemblance.

Le pancréas, organe plus spécialement affecté dans nos deux cas, était atrophié et pour ainsi dire totalement détruit. La cause de cette atrophie était, dans le premier cas, l'obstruction du canal de Wirsung et du canal accessoire par de nombreux calculs de carbonate de chaux, lesquels en amenant la rétention du liquide sécrété, avaient fini par altérer les cellules sécrétoires et les transformer en granulations moléculaires et graisseuses, à peu près comme celà se passe lorsqu'à l'exemple du professeur Cl. Bernard, on vient à injecter des corps gras dans les mêmes conduits. Cette cause, dans le second cas, était peu différente; le résultat, du reste, était identique. Effectivement, si, cette fois, nous n'avons pas trouvé de calculs dans le canal de Wirsung, le canal n'était pas moins bouché dans son tiers moyen, tellement qu'il était impossible de le retrouver, et que la substance glandulaire faisait entièrement défaut. L'organe tout entier se trouvait ainsi composé de trois parties: la tête, qui était atrophiée et dont le canal se terminait par un cul-de-sac à 4 ou 5 centimètres de son embouchure; la portion moyenne absolument détruite, à la fois atrophiée et sclérosée, et dont le canal était complétement oblitéré vers son union avec la partie moyenne. Les ganglions semi-lunaires, examinés avec soin dans les deux cas, n'ont pas paru altérés; une fois pourtant ils étaient volumineux; l'autre fois plutôt petits. Au contraire, l'estomac était manifestement dilaté dans les deux cas; sa membrane muqueuse, épaissie, se trouvait couverte d'un mucus blanchâtre et visqueux; ses glandes, étaient pour la plupart hypertro-

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 janvier.

phiées, principalement celles de la région pylorique; de même, les glandes duodénales se faisaient remarquer par une saillie exagérée.

Une autre lésion, commune à nos deux cas et qui s'est montrée avec des caractères semblables ou identiques, est celle des poumons. Ces organes étaient le siége d'une pneumonie lobulaire ayant envahi les deux poumons dans une plus ou moins grande étendue et les ayant même détruits sur quelques points, ce qui lui donnait un certain air de ressemblance avec certaines formes de phthisie pulmonaire.

Le parenchyme pulmonaire, friable et imperméable à l'air dans les points altérés, laissait voir à sa surface les lobules grisâtres, saillants et altérés; tandis qu'à la coupe il présentait un tissu blanchâtre, semé de taches ou de raies noirâtres pigmentaires, qui lui donnait un aspect marbré. Sur quelques points, il existait de simples noyaux blanchâtres, du volume d'une lentille, semblables à de gros tubercules, mais s'en distinguant par ce fait qu'ils se tranchaient au couteau et présentaient une surface grenue et chagrinée. Nulle part, je ne parvins à découvrir manifestement à l'œil nu des granulations tuberculeuses miliaires; au contraire, j'observai à la surface du poumon, dans le second cas, des points d'hépatisation disséminés en forme de coin, et par cela même, assez semblables à des infarctus.

En résumé, début brusque, amaigrissement rapide et considérable, atrophie générale de tous les tissus, à l'exception peut-être du système nerveux. Appétit et soif insatiables, sécrétion d'une grande quantité d'urine et de sucre; durée de la maladie relativement courte, et terminaison fatale dans l'espace de deux à trois ans. Puis, à l'autopsie, atrophie ou mieux destruction presque totale du pancréas avec l'hypertrophie des glandes de l'estomac et du duodénum. Voilà en quoi consistaient les désordres présentés par ces deux malades.

REVUE DE LA PRESSE

Empoisonnement par le bichromate de potasse. (Metcalfe Johnson). — Le nommé A. P..., désirant prendre une certaine dose d'un médicament, choisit par mégarde une bouteille contenant une solution de bichromate de potasse, destinée à nettoyer le bois. Il absorba environ un verre à Bordeaux du liquide. L'auteur s'est assuré depuis, par l'analyse, que cette quantité contenait 2 scrupules du sel. Il éprouva, bientôt après, une sensation de brûlure à l'épigastre, accompagnée de douleur et de chaleur dans tout l'estomac. C'est alors qu'il reconnut sa méprise et courut chez M. Metcalfe Johnson où il arriva au bout de deux minutes environ. Comme celui-ci était absent, le malade dut revenir chez lui et ne sachant que faire, il prit coup sur coup trois œufs frais, espérant neutraliser ainsi en partie l'action du poison. L'auteur le vit vingt minutes environ après l'ingestion du liquide toxique. Il vomissait de temps en temps et se plaignait d'une douleur épigastrique terrible. La peau était couverte de sueurs : P., 120. — Administration immédiate de moutarde vomitive (mustard emetic). Une cuillerée à bouche de moutarde en poudre dans une demi-pinte d'eau chaude. De plus, eau tiède en grande quantité, vomissements faciles et abondants. On trouva dans le vase un fragment de la muqueuse gastrique, large de 1 pouce 1/2. Dans le cours de la journée, il rendit par la bouche dix à douze fragments de même nature, et, de plus, une grande quantité de mucosités mélangées d'un peu de sang. Il commençait à éprouver une sensation de douleur et de constriction dans les intestins.

Application de liquide vésicant sur une surface carrée large de 6 à 8 pouces, des deux côtés de l'abdomen.

Lavement de 3 ou 4 pintes d'eau chaude. Évacuation abondante au bout d'une demi-heure. On distingue dans les matières rendues des débris organiques renfermant des villosités de la muqueuse de l'intestin grêle. Un quart de grain d'acétate de morphine en injection sous-cutanée. Le lendemain matin, douleur stomacale et vomissements diminués, douleurs intestinales disparues; on prescrit au malade de sucer de petits morceaux de glace et on lui donne une légère décoction d'arrow-root, afin d'empêcher que le suc gastrique sécrété exerce une action funeste sur les parois de l'estomac.

« Il est inutile, ajoute M. Metcalfe Johnson, de décrire en détail la guérison. Elle survint sans interruption, à part une menace de paralysie générale vers le troisième jour. Accident qui, du reste, disparut bientôt. On n'eut recours à d'autre traitement qu'à une alimentation liquide avec abstinence complète de boissons alcooliques.

Au bout de quelques semaines l'estomac reprit sa vigueur, et aujourd'hui les fonctions digestives s'exécutent aussi bien qu'avant l'accident : celui-ci ne semble avoir laissé aucune suite fâcheuse, et pourtant il eût pu avoir rapidement une issue fatale, si l'on n'eût pris des mesures énergiques et promptes. » — (*Medical Times and Gazette*, 20 octobre 1877. Page 447).

Énorme kyste hydatique du péritoine pris pour un kyste multiloculaire de l'ovaire. — Opération. — Mort. (Richard Geissel). — La femme S...., d'Essex, aujourd'hui âgée de quarante-six ans, a été réglée pour la première fois à quinze ans. Elle a eu, il y a quatorze ans, une grossesse terminée par un accouchement normal.

Depuis quelque temps, molimen menstruel. Il y a neuf à dix ans, elle remarqua que son ventre devenait saillant. A la même époque, elle eut deux évacuations copieuses d'un liquide clair, mélangé à des fragments solides qu'elle compare à des lambeaux de peau. A la suite de cet accident, le gonflement du ventre disparut en partie. La malade et son mari, doués l'un et l'autre d'une intelligence très-faible, ne peuvent donner aucun renseignement utile sur la nature de l'évacuation.

Geissel vit pour la première fois cette malade vers l'époque de Noël de l'année 1876. A ce moment, les forces étaient notablement diminuées; elle était amaigrie, anémiée. Pas de phthisie, pas d'albuminurie ni de glycosurie; pas d'hyperthermie. Menstruations douloureuses revenant toutes les six à huit semaines et durant une demi-journée. — Sang peu abondant, leucorrhée dans l'intervalle des règles. L'abdomen présentant le même volume que dans une grossesse, arrive à son terme à une forme tubéreuse et peu régulière. A travers ses parois amincies on sent nettement de petites tumeurs très-nombreuses et deux d'un grand volume.

L'une d'elles, située à droite et à gauche de la ligne blanche, part de l'ombilic et s'enfonce dans le petit bassin. A la percussion, une matité absolue jusqu'à deux travers et demi de doigt au-dessus de l'ombilic. Sonorité complète dans les deux régions lombaires.

Les zones de matité et de sonorité ne se déplacent point dans les changements de position de la malade. Au niveau des points mats, la fluctuation est manifeste. On ne peut donc songer à une simple ascite. Le cœur est déplacé en haut. — Choc de la pointe dans le troisième espace intercostal. Matité hépatique commençant au niveau du quatrième espace intercostal. — Dyspnée mécanique, fonctions gastro-intestinales gênées; constipation permanente; défécation pénible. Au toucher vaginal, on constate que le col de l'utérus se trouve derrière la symphyse pubienne et peut être difficilement atteint. L'hystéromètre ne montre point d'augmentation de volume de l'utérus. On sent des deux côtés de cet organe des tumeurs fluctuantes : en combinant le toucher, la palpation et le toucher rectal, on perçoit les ondulations. Par le dernier mode d'exploration, on rencontre deux tumeurs fluctuantes qui paraissent avoir l'ovaire pour origine.

Après cet examen, Geissel crut, comme l'avait déjà fait un de ses collègues, à un kyste multiloculaire de l'ovaire. Il eut bien l'idée qu'il pourrait y avoir là un kyste hydatique; la forme tubéreuse du ventre, l'évacuation séreuse, qui auraient eu lieu longtemps aupa-

ravant, s'expliquaient facilement par cette hypothèse; mais l'auteur n'avait jamais eu l'occasion de voir un kyste hydatique aussi volumineux de la cavité abdominale. Il négligea même de s'assurer par une ponction exploratrice, des qualités chimiques et microscopiques du liquide. Cette faute eut pour la malade des conséquences désastreuses, car Geissel se décida, sur ses instances réitérées, à pratiquer l'ovariotomie.

Le 4 janvier 1877, sa température était de 37°,5. — On vide la vessie avec un cathéter laissé à demeure. Chloroformisation. Opération dans une atmosphère antiseptique (eau contenant 1 1/2 pour 100 d'acide phénique vaporisée). Incision sur la ligne blanche de l'ombilic à la symphise. On éprouve de grandes difficultés pour ouvrir la cavité péritonéale, avec laquelle le kyste a contracté partout des adhérences. On élargit l'incision du côté gauche de la cicatrice ombilicale, de manière à ne blesser ni le ligament falciforme du foie ni la veine ombilicale oblitérée.

On trouve alors de nombreuses vésicules dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une châtaigne. Il n'était pas douteux que l'on n'eût affaire à un kyste hydatique et l'on se serait probablement abstenu de toute opération, si l'on eût fait auparavant une ponction exploratrice. Au lieu de se contenter de ce qu'il avait fait jusque-là, Geissel s'efforça d'enlever, en déchirant les adhérences, une tumeur molle de la grosseur d'une tête d'enfant. Il se proposait, du reste, de faire la ponction après avoir enlevé une partie des adhérences. Le sac se rompit par les tractions, et une partie de son contenu qui était purulent, s'épancha dans la cavité péritonéale. Les parois du kyste étaient donc moins résistantes que les adhérences. Le péritoine fut nettoyé avec une éponge neuve imprégnée d'acide phénique. La paroi kystique fut saisie avec la pince de Nélaton, et on détacha les adhérences. L'hémorrhagie fut très-légère. On ponctionna une seconde tumeur de même volume, située du côté droit de la ligne médiane. Son contenu était également purulent et de mauvaise odeur. Cette fois, rien ne fut déversé dans le péritoine. On détacha les adhérences sans trop de peine et l'hémorrhagie fut assez légère pour qu'on ne fût obligé que de placer trois ou quatre ligatures perdues de *catgut*. Malheureusement on aperçut alors 25 kystes, au moins de la grosseur du poing, dont les uns occupaient l'épiploon, les autres les circonvolutions intestinales et l'aponévrose pelvienne. Quelques-uns pénétraient dans le cul-de-sac recto-utérin, d'autres étaient attachés à la vessie. On put les enlever sans trop de difficulté; les petites hémorrhagies qui se firent pendant les opérations furent aisément arrêtées par des ligatures en catgut. Le cathéter placé dans la vessie servit de guide pour l'enlèvement des kystes attachés à cet organe, sans qu'on le blessât. Après avoir enlevé ainsi vingt-sept kystes, Geissel amena en avant les deux gros kystes purulents vidés d'abord, fit la ligature en masse de leur pédicule avec le catgut; puis il l'attira vers l'angle inférieur de la plaie et la saisit avec le clamp de Spencer Wells. Il fit ensuite le drainage de la fosse de Douglas; le drain avait 80 centimètres de long, 1 centimètre de diamètre, il pénétrait au-dessous du clamp, dans la cavité péritonéale.

La plaie qui avait 18 centimètres de long, fut fermée par huit sutures profondes en catgut, comprenant le péritoine dans leurs anses.

Pansement de Lister. L'opération avait duré deux heures un quart et la malade était exténuée. Vin. Injections sous-cutanées d'éther et de camphre, bouteilles d'eau chaude pour élever la température qui était tombée à 35°,5. Cette chute de la température montre la justesse de l'opinion de G. Wegener, qui l'attribue au refroidissement énorme produit par une ouverture de longue durée du péritoine.

La malade ne se remonta pas, elle devint agitée et succomba cinq heures après la fin de l'opération, la température ne s'éleva pas au-delà de 36°.

Le pouls resta petit et filiforme. L'autopsie ne put être complète, on dut se borner à examiner la cavité abdominale. Pas d'hémorrhagies secondaires, pas de plaies de l'intestin. Utérus normal. Vaste cavité kystique à la place des ovaires. Rien dans le foie, la rate et les reins.

Le professeur Köster, de Bonn, qui examina dans la suite les deux restes de kystes ainsi que l'utérus et le vagin, constata les phénomènes suivants :

Les deux ovaires ont complétement disparu. On ne distingue même plus les parties entourant l'ovaire droit. A la place de l'ovaire gauche, on trouve un gros kyste hydatique. On ne peut dire toutefois s'il s'est développé tout d'abord aux dépens de l'ovaire. Dans le voisinage, on trouve encore de petits kystes hydatiques avec des vésicules secondaires, elles occupent le péritoine; probablement que les sacs situés entre le péritoine et les intestins, avaient la même origine. Il s'agirait donc d'un kyste hydatique du péritoine qui a détruit tardivement les ovaires.

Les parois des deux kystes purulents avaient une épaisseur de 4 à 5 millimètres : elles étaient de nature conjonctive, leur surface interne était tapissée d'une pseudo-membrane vascularisée par places. Rien de particulier pour les vésicules secondaires qui contenaient des crochets.

Examen chimique du liquide neutre : $D = 1009$. — Glycose, inosine, peu de chlorures et pas d'albumine.

L'erreur de diagnostic eût certainement pu être évitée par une ponction exploratrice et l'on eût trouvé dans le liquide des scolies et des crochets. Konig a bien dit qu'ils disparaissent dans les kystes ainsi dégénérés, mais la preuve de cette assertion reste à donner.

Il est peu probable que pour ponctionner le gros kyste purulent, on eût eu le même accident que Spregelberg, qui, n'ayant point enfoncé son trocart assez profondément, pénétra dans le foyer d'un abcès péri-utérin. (*Arch. f. Gynach.*, Bd III. — P. 272).

Le diagnostic eût été certain, si le trocart eût pénétré dans un des kystes secondaires qui avaient le volume du poing.

Des erreurs, semblables à celle de Geissel, ne sont point rares.

Spiegelberg, Baum, Dumreicher ont confondu des kystes hydatiques et des tumeurs de l'ovaire.

Scherenberg commit, en 1869, et malgré une ponction exploratrice, une erreur de même nature pour un kyste de l'épiploon. L'opération fut suivie de mort.

De plus, le frémissement hydatique n'existait point : le toucher rectal permettait de croire à une tumeur ovarique. Du reste, l'examen fait par Köster a montré que les deux ovaires étaient détruits, de sorte que l'erreur portait surtout sur le point de départ de la tumeur.

Spencer Wells et Spiegelberg prétendent que les kystes hydatiques ne peuvent se développer dans le tissu de l'ovaire. Jusqu'en 1872, Spencer Wells n'en a pas vu un seul cas dans toute sa pratique.

Quand, après l'opération, Geissel montra au mari de sa malade, plusieurs parois kystiques, celui-ci se rappela que les lambeaux de peau qu'elle avait rendus à une certaine époque, leur ressemblaient parfaitement.

Quand bien même le diagnostic eût été fait, eût-on dû ne pas opérer. Je crois que les deux gros kystes purulents eussent pu être enlevés, mais les vingt-cinq autres petits ne devaient point être touchés.

L'auteur ne veut point aborder la discussion des diverses méthodes de traitement des kystes hydatiques. Il croit pourtant que la double ponction avec incision de Simon, ou la double ponction avec ligature élastique de Fischer, de Breslau, eussent pu être employés dans ce cas.

Spencer Wells et Fischer ont enlevé des kystes hydatiques du péritoine. A la dernière séance de la Société de chirurgie de Berlin, R. Volkmann a fait une communication sur la gastrotomie faite avec l'emploi de la méthode antiseptique. Geissel espère que cette opération se vulgarisera pour le traitement des kystes hydatiques péritonéaux. — (*Deutsch med. Wochenschrift,* 27 octobre 1877.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 janvier 1878. — Présidence de M. Bouley.

En l'absence de M. Baillarger, président, et de M. Richet, vice-président, M. Bouley occupe le fauteuil.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet ampliation du décret approuvant l'élection de M. Panas comme membre titulaire de l'Académie de médecine.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Charbonnières pour l'année 1877.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail manuscrit de M. le docteur Latapie, intitulé : *De la ventilation des hôpitaux, procédé pour empêcher la diffusion des maladies contagieuses.* (Commission : MM. Bergeron et Hillairet.)

2° Une lettre de M. Grostros, étudiant en médecine, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

3° Une lettre M. le docteur Demarquette, qui sollicite le titre de correspondant national.

A quatre heures vingt minutes, l'Académie se forme en comité secret pour discuter les titres des candidats à une place vacante dans la section d'hygiène.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'enregistrer l'arrêté suivant que vient de prendre la mairie de Bordeaux. Cet hommage d'une grande ville aura un retentissement dans le monde médical où la perte de M. Élie Gintrac, a excité les plus unanimes regrets.

Voici le texte de l'arrêté :

« Considérant que M. le docteur Élie Gintrac, décédé à Bordeaux le 5 décembre 1877, a rendu à la science des services éminents;

Que l'enseignement de l'art médical a largement profité des travaux de ce savant professeur et que l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de notre ville lui doit la juste réputation dont elle a joui;

Considérant que la faculté de médecine, créée à Bordeaux par la loi du 8 décembre 1874 a trouvé surtout sa raison d'être et son origine dans le niveau élevé des études médicales dont M. Élie Gintrac a été le propagateur le plus émérite et le plus justement réputé;

Considérant que M. Élie Gintrac, administrateur des hospices pendant dix-huit années, a rendu à l'assistance publique et à l'organisation de nos hospices et hôpitaux des services dont le souvenir doit être perpétué;

Article 1er. — La rue des Incurables prendra désormais le nom de rue Élic-Gintrac.

Art. 2. — Notre division des travaux publics demeure chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera inséré au Bulletin administratif de la ville de Bordeaux.

Art. 3. — Le présent arrêté sera soumis à la sanction du gouvernement.

Fait à Bordeaux, le cinq janvier mil huit cent soixante dix-huit. »

— *Faculté de médecine.* — MM. les docteurs en médecine qui désirent faire des cours libres à l'école pratique de la Faculté pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1877-1878, sont priés de vouloir bien en faire la demande avant le 15 janvier courant.

La demande doit être adressée à M. le ministre de l'instruction publique, par l'intermédiaire du doyen de la Faculté.

— La Société de statistique de Paris vient de renouveler son bureau pour l'année 1878; il est composé comme il suit :

Président : M. le docteur Lunier; vice-présidents : MM. Bertillon, Vacher et Bourdin; secrétaire général : M. T. Loua; trésorier : M. Jules Robyns.

— Le « Journal officiel » annonce que dans le courant de cette année, un hôpital, avec médecins du sexe féminin, sera ouvert à Berlin, si l'administration le permet. Déjà une clinique, dirigée par des femmes médecins, existe dans la capitale de la Prusse.

— *Clinique des maladies des yeux.* — Le docteur Carré recommencera ses conférences mardi prochain 15 janvier, à trois heures, à sa clinique, rue Git-le-Cœur, 11 (près la place Saint-Michel), et les continuera les vendredis et mardis suivants.

Examen des malades tous les jours de deux heures à quatre heures.

Étude médico-légale sur les épileptiques, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50.

Étiologie de la fièvre typhoïde, par le docteur Ch. Bouchaud, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de Bicêtre. — Paris, 1877, in-8° de 20 pages. Prix : 1 fr. 25. — F. Savy.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Fumouze — Albespeyres

FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe.

Vésicatoire d'Albespeyres.

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière. — Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres*.

Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sûre et régulière. — Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyres*.

Capsules de Raquin

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,

Approuvées par l'Académie de médecine.

Les Capsules Raquin à enveloppes de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine*. — Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin*.

Papier et Cigares ANTI-ASTHMATIQUES de Bin BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica*.

Cataplasme Jouanique

en feuilles minces, légères, souples, inaltérables.

Sa souplesse et sa légèreté permettent de l'appliquer sur toutes les parties du corps, et dans tous les cas où le poids d'un cataplasme est difficilement supporté par les malades.

Pulvérisateur Marinier,

admis dans les hôpitaux.

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons; — la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

Dépôt à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis; vente des pulvérisations chez FUMOUZE frères, 78, faubourg Saint-Denis.

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Dujardin-Beaumetz, Nicaise*, etc.

Toujours supportée par l'estomac, *Gaz. des Hôp.*

Une cuillerée à chaque repas.

A la phie, 20, fbg Poissonnière, Paris, et dans toutes les pharmacies.

Bourboule,

GRANDE SOURCE PERRIÈRE

(PROPRIÉTÉ COMMUNALE)

Les autres sources arsenicales de la BOURBOULE, toutes moins minéralisées, permettront aux médecins de varier leurs prescriptions sur place, mais c'est la GRANDE SOURCE PERRIÈRE qui devra toujours être préférée pour le traitement à domicile.

Guérison radicale : *scrofules, lymphatisme, syphilis tertiaire, maladie de la peau, des os, de la poitrine, fièvres intermittentes, anémie, diabète, névralgies diverses, névroses, maladies de l'utérus*, etc.

S'adr. : Compagnie fermière de la Bourboule, à Clermont-Ferrand; Pharmacie centrale de France et chez tous les pharmaciens et marchands d'eaux minérales.

Épilepsie. Traitement efficace

par les Granules à 1/2 milligramme et l'Élixir du Dr PENILLEAU à base de *Picrotoxine* (1 mill. par cuillerée. DOSES : De 1/2 à 6 milligr. par jour. LEPINTE, pharm., 148, rue St-Dominique, Paris.

Papier Rigollot ET Cataplasme Lelièvre.

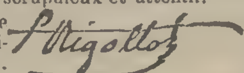
Approuvé par l'Académie de médecine.

Les succès immenses de ces deux excellentes inventions ont eu pour effet immédiat d'exciter les *appétits de lucre* d'une foule de *contrefacteurs* ou *imitateurs*, dont l'indignation publique en différents pays a fait invariablement justice.

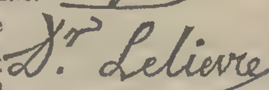
Mais malheureusement, il se trouve dans le commerce des détaillants *assez nécessiteux* et *assez peu scrupuleux* pour vouloir réaliser *quand même de plus grands bénéfices*, et qui, à une demande clairement formulée de PAPIER RIGOLLOT ou de CATAPLASME LELIÈVRE, répondent en donnant à l'acheteur un des produits dont nous venons de parler plus haut.

Nous engageons vivement Messieurs les médecins à se tenir en garde et à n'accepter que les produits véritables, après examen scrupuleux et attentif.

Sur chaque feuille de PAPIER RIGOLLOT, exiger la signature ci-contre.



Exiger sur chaque paquet de CATAPLASME LELIEVRE le cachet rouge et la signature.



Maladies de poitrine.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES

Sirops du Docteur CHURCHILL

à *l'hypophosphite de soude* ou *de chaux*.

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du Dr CHURCHILL et l'étiquette *marque de fabrique* de la pharmacie SWANN, rue Castiglione, 12, Paris. — 4 fr. le flacon. (*Notice franco.*)

Papier Lardy A L'EXTRAIT DE piment

Puissant révulsif bien supérieur au Thapsia, à l'huile de Croton, etc., dont il n'a pas les inconvénients.

Intermédiaire entre le Sinapisme dont l'action est rapide, mais fugace, et le Vésicatoire dont l'énergie ne convient qu'à certains cas. — Action IMMÉDIATE et CONTINUE, n'occasionnant ni DOULEURS ni DÉMANGEAISONS, mais seulement de la chaleur, une cuisson légère, et consécutivement une vive rougeur et une éruption bénigne.

Indiqué dans tous les cas où une dérivation énergique est nécessaire. — Inflammation de la poitrine, de la gorge, congestions, douleurs diverses, etc.

1 fr. 50 la boîte dans toutes les pharmacies.

Anti-goutteux à l'iodure de LITHIUM FERRUGINEUX du Dr Ate LACOTE

Dragées contenant chacune 0,10 centigrammes de principe actif. — Brochure explicative.

Vente en gros : HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.

Vente en détail : dans toutes les bonnes pharm.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble

de A. CLERMONT

Licenciéès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble**.

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, l'*anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble**.

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50. Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

Salicylate de soude

du Dr CALMANN.

Lauréat des hôpitaux de Paris. — Spécifique de la GOUTTE et des RHUMATISMES. — Prises de 2 grammes. — Sel chimiquement pur; exempt de phénates, de carbonates et de toutes les substances empyreumatiques. — Pharmacie des Spécialités, 11, boulevard de Strasbourg, et principales pharmacies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure,

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

Constipation guérie

sans purger par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes. — Il guérit radicalement en peu de jours les constipations habituelles les plus opiniâtres.

Prix : 3 fr. — GROS : 79, rue du Cherche-Midi; DÉTAIL : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

Granules antimoniaux du

docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies; 1, rue des Tournelles; 141, r. Montmartre.

Tamar indien Grillon.

(Électuaire lénitif no 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris. Bte, 2 fr. 50.

N° 5. — SAMEDI 12 JANVIER 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 12 JANVIER 1878. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des altérations histologiques du cœur et des muscles volontaires dans les fièvres pernicieuses et rémittentes.

Les très-intéressantes leçons cliniques de M. Fabre (de Marseille) sur la myocardite palustre et la myocardite puerpérale, qui sont en cours de publication (voir les numéros des 20, 25, 27 et 29 décembre dernier), ont naturellement reporté nos souvenirs sur les recherches que M. Vallin a faites sur les altérations histologiques du cœur dans les fièvres pernicieuses et rémittentes, il y a quelques années, pendant qu'il était médecin de l'hôpital militaire de Constantine ; recherches qu'il a consignées dans un mémoire inséré en 1871 dans le *Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, et dont il a fait, dans la même année, l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux. On nous permettra de revenir rétrospectivement sur cette communication qui, en même temps qu'elle faisait connaître d'une manière nette et précise, des caractères histologiques de lésions qui n'avaient encore été que soupçonnées, ou à peine entrevues jusque-là, plaçait sur un terrain nouveau la question des altérations du myocarde chez les fébricitants, ainsi que l'a fait remarquer, à cette occasion, son collègue M. Léon Colin. On avait, en effet, beaucoup et souvent parlé de la flaccidité, de la coloration, et du ramollissement du tissu du cœur dans les fièvres pernicieuses. M. L. Colin avait parlé lui-même, dans son *Traité des fièvres intermittentes*, non-seulement du ramollissement et de la décoloration appréciable à l'œil nu, mais encore de l'altération granuleuse des fibres du myocarde. Mais personne n'avait encore songé avant cette époque à ajouter à ces nombreux témoignages d'une altération macroscopique du cœur, chez les sujets morts de fièvres pernicieuses, l'examen histologique de son tissu. C'est ce qu'a fait M. Vallin dès qu'il s'est trouvé dans les conditions favorables à ce genre de recherches. Et comme on le verra par ce qui va suivre, il ne s'est pas borné à l'examen du cœur, il a étendu cet examen à d'autres muscles, et notamment aux muscles des membres, présumant avec raison que la myocardite ne devait pas être, dans ce cas, un fait isolé, mais bien une des manifestations d'une désorganisation plus générale. Il n'a pas tardé à se convaincre, ainsi qu'on l'avait déjà constaté pour la variole et pour la fièvre typhoïde, que le microscope révèle souvent une altération manifeste, alors même que l'examen à l'œil nu laissait supposer l'intégrité du tissu.

Voici, d'une manière sommaire, le résumé de ses études histologiques sur ce point.

M. Vallin distingue deux degrés dans les lésions qu'il a constatées au microscope. La description de ces lésions peut se résumer comme il suit :

Dans un premier degré, absence de striation, transformation du protoplasma interfibrillaire en granulations protéiques, solubles en partie dans l'acide acétique, mais transformation aiguë, brusque, nullement comparable à cet état granuleux vague, traduisant sur un cœur normal ou bien une désagrégation cadavérique commençante, une coagulation de la myosine, ou bien un léger retard de la désassimilation.

Dans un second degré, qui coexiste souvent avec le premier, transformation graisseuse des granulations protéiques, insolubles désormais dans l'acide acétique ; accumulation anormale de pigment au centre de la fibre, au voisinage des noyaux, surtout quand l'intoxication palustre était ancienne ; friabilité exagérée des fibres granulo-graisseuses ; prolifération réelle des cellules musculaires.

Ces lésions existent toujours disséminées en petits foyers dans la masse charnue du cœur ; elles n'ont pas semblé moins fréquentes aux oreillettes qu'à la paroi interventriculaire et à la pointe des ventricules ; c'est toujours à la surface interne du cœur, à la section des muscles papillaires, que M. Vallin a rencontré le plus promptement des spécimens complets de la lésion.

Dans les muscles volontaires, les caractères se sont montrés notablement différents. Ici encore, M. Vallin distingue deux formes.

Dans une première forme, les fibres sont granuleuses comme celles du cœur, les stries ont disparu et reparaissent à peine par l'acide acétique ; la prolifération des noyaux musculaires est active, générale, et les noyaux volumineux deviennent rapidement granuleux ; ces fibres sont déjà inégales : ici renflées, fusiformes, là atrophiées et amincies.

Dans une seconde forme, on trouve tous les degrés de la dégénérescence cireuse de Zenker, ou vitreuse des auteurs français : aspect éclatant des fibres, rapprochement très-serré, puis disparition des stries, formation de rides à la

surface des fibres, soit par plissement du sarcolemme, soit par tassement de son contenu; transformation de ce contenu en une masse amorphe, vitreuse, très-fragile, formant, dans l'intérieur des gaînes, des blocs volumineux, semblables à une injection mal réussie de gélatine ou d'empois d'amidon; morcellement indéfini et désagrégation de cette matière vitreuse qui, expulsée peu à peu sous forme de détritus, laisse la gaîne du sarcolemme vide et à moitié revenue sur elle-même.

Ce sont les muscles droits abdominaux et pyramidaux, psoas, adducteurs fémoraux qui sont le siége de prédilection de ces altérations.

Ces lésions, que M. Vallin croit devoir rattacher à un trouble profond de la nutrition des tissus, semblable à celui que M. Hayem a désigné sous le nom de dystrophie dégénérative, ont été constatées dans dix cas qui ont été l'objet d'un examen histologique complet du cœur et des muscles des membres : six fois, la dégénérescence granulo-graisseuse du cœur était très-marquée; dans quatre cas, il pouvait y avoir doute. Quant aux muscles, dans trois cas, les fibres étaient normales; trois fois, il y avait dégénérescence granulo-protéique simple; dans quatre cas elle avait subi la transformation vitreuse, et deux fois, elles ne différaient en rien de ce qu'on observe au quinzième ou au dix-huitième jour de la fièvre typhoïde ou de la variole.

Ces cas se rapportent à des fièvres pernicieuses et à des fièvres rémittentes ou pseudo-continues palustres, souvent difficiles à distinguer de la fièvre typhoïde, et qui n'en diffèrent que par l'absence complète de lésion intestinale. C'est, en un mot, à des cas de fièvres palustres aiguës et graves que M. Vallin a eu affaire. C'est en cela surtout que réside l'intérêt de ces recherches.

On a vu, dans les leçons de M. Fabre, que les faits observés par M. Albenois, qui ont fourni à notre savant correspondant de Marseille les éléments principaux de son intéressante dissertation, se rapportaient tous à des cas chroniques, à de véritables états de cachexie paludéenne, C'est aussi un cas de ce genre que M. L. Colin a consigné dans son *Traité des fièvres intermittentes,* comme un exemple de lésion cardiaque consécutive à l'intoxication palustre, et qu'il a rapporté devant ses collègues de la Société médicale des hôpitaux, à l'occasion de la communication de M. Vallin. Il s'agissait d'un sujet en proie à l'anémie palustre contractée dans le voisinage des Marais-Pontins, et qui, entré dans son service de l'hôpital militaire français de Rome, pour y mourir presque aussitôt, non pas à la suite et par le fait d'un accès véritable, mais par le fait d'un trouble fonctionnel brusque du cœur, résultant d'une altération profonde qui avait été amenée lentement sous l'influence de la cachexie palustre.

Dans les faits de M. Vallin, il s'agit exclusivement de la forme aiguë et pernicieuse de la fièvre intermittente, par conséquent d'une maladie de très-courte durée. D'où il résulte qu'à côté du processus morbide commun qui relie la dégénérescence cardiaque par cachexie palustre aux dégénérescences granulo-graisseuses lentes et graduelles d'origines cachectiques diverses, alcoolique, rhumatismale, syphilitique; bien que cette dernière imprime aux lésions un caractère spécial, facile à reconnaître et qui la distingue des autres, il y a un processus beaucoup plus rapide, qui se produit pendant la courte durée des fièvres pernicieuses, et qui est analogue à celui qui a été constaté dans les typhus, dans les fièvres éruptives, dans la diphthérie et dans un grand nombre de pyrexies et d'intoxications aiguës. D'où, enfin, cette dernière conclusion que c'est par le cœur et consécutivement par l'hypostase pulmonaire que la mort a lieu d'ordinaire dans les fièvres pernicieuses ou rémittentes, et qu'il y a un double intérêt pour le praticien à rechercher les signes qui peuvent traduire l'existence de cette myocardite et à chercher autant que possible à en prévenir les funestes effets par l'emploi des stimulants qui ont été proposés dans des circonstances analogues contre l'atonie cardiaque des fièvres typhoïdes, du typhus et des autres affections miasmatiques.

Des indications et contre-indications de l'amputation partielle du pied par la méthode de Chopart.

Les occasions de revoir, à plus ou moins longues distances, les opérés, et d'apprécier les résultats définitifs et les suites diverses des opérations, sont trop rares pour qu'on ne doive pas les saisir avec empressement, quand elles se présentent. Une de ces occasions s'est offerte tout récemment dans le service de M. Verneuil à l'hôpital de la Pitié. Un homme qui avait subi, il y a quelques années, l'amputation partielle du pied par la méthode de Chopart, pour un écrasement de l'avant-pied, s'est présenté dans le service pour se faire enlever un épithélioma qui était survenu sur la cicatrice. M. Verneuil a saisi cette occasion pour étudier les suites de l'opération et se rendre compte de l'état actuel des parties.

On comprendra l'intérêt que pouvait présenter cet examen si l'on se reporte à tout ce qui a été dit et écrit, dans ces vingt dernières années, sur les diverses méthodes d'amputation partielle du pied et en particulier sur la méthode de Chopart. On sait, en effet, que cette méthode a été très-critiquée; on a dit que, par suite de la rétraction du tendon d'Achille, il se faisait un mouvement de bascule du calcaneum qui avait pour résultat de faire marcher les amputés sur l'astragale; d'où une gêne, des douleurs et souvent même des ulcérations qui finissent par rendre la marche impossible. On a proposé, pour remédier à cet accident, la section du tendon d'Achille, qui, le plus souvent, n'y remédie nullement. Cependant, s'il n'est que trop vrai qu'il y a un certain nombre d'amputés chez lesquels on n'a pu éviter l'ascension du talon, on voit de temps à autre de bons résultats de cette opération, L'opéré dont il s'agit est dans ce cas. Son calcanéum est resté en place, il n'a point été entraîné en arrière, bien qu'on n'ait point fait la section dn tendon d'Achille, et le malade s'en sert très-bien comme point d'appui dans la station et dans la marche. A quoi tient la différence des résultats? Évidemment aux conditions mêmes de l'état des parties blessées et à la nature de l'affection qui a nécessité l'opération. La réascension du talon arrive, quoi qu'on fasse pour l'éviter, lorsque l'on a affaire à des lésions chroniques des os, à des sujets scrofuleux déjà épuisés par de longues suppurations, chez lesquels la cicatrisation s'effectue lentement et au prix d'un séjour prolongé au lit. Par le fait seul de ce décubitus prolongé, le pied, placé dans une extension continue, finit par contracter cette attitude de l'extension forcée, d'où l'élévation graduelle du talon et sa permanence dans cette situation anormale. C'est alors que l'on a recours, mais presque toujours en vain, à la section du tendon d'Achille, l'ascension du talon étant due au concours d'action rétractile de tous les muscles profonds.

Les choses se passent ordinairement d'une manière tout autre, lorsque l'amputation partielle du pied est pratiquée pour un traumatisme récent, chez un individu sain d'ailleurs et qui a été surpris par le traumatisme dans un état de forces et de santé normales. Tel était, en effet, le cas de l'opéré en

question, qui jouissait de tous les attributs d'une bonne santé lorsqu'il éprouva l'accident de l'écrasement de l'extrémité antérieure du pied qui nécessita l'opération, suivie, comme on l'a vu, d'un très-heureux résultat.

Telles sont les conditions que ne doit jamais perdre de vue le chirurgien, lorsqu'il a à se déterminer à l'action et à débattre les indications de tel ou tel procédé opératoire.

Cas de double main bote congénitale.

Un cas de difformité assez rare s'est présenté dans le même service, c'est un cas de double main bote congénitale chez un garçon de dix-sept ans, qui est entré dans le service pour une lésion du pied, un séquestre dont M. Verneuil a dû faire, séance tenante, l'ablation.

Les deux mains de ce jeune garçon sont dans un état permanent de flexion forcée, à angle droit, sur l'avant-bras ; les doigts sont fléchis sur le métacarpe, les pouces sont dans une adduction forcée; ces deux mains sont très-atrophiées et représentent, par leur degré de développement des mains d'un enfant de huit ou dix ans. Elles sont d'ailleurs parfaitement symétriques; le degré de flexion des différentes brisures et les déformations qui en résultent étant exactement les mêmes des deux côtés.

En examinant de plus près on voit que les mouvements ne sont pas abolis. L'extension et la flexion des doigts et du poignet sont possibles, mais dans une limite très-bornée. Un seul mouvement paraît complétement aboli, c'est l'abduction du pouce. Les efforts de redressement mécanique sont également limités et ne dépassent pas sensiblement l'étendue des mouvements volontaires. Ils sont manifestement bridés par la contracture des muscles fléchisseurs. Ces derniers, malgré leur état de contracture, n'ont pas perdu complétement, comme on vient de le voir, leur contractilité. Enfin, les os ne paraissent pas être déformés. Ils sont seulement atrophiés comme le sont tous les tissus de cette portion des membres thoraciques.

C'est là un type de la variété de main bote dite palmaire, sans aucune déviation latérale.

Mais la difformité chez ce jeune garçon ne se borne pas là. Les mouvements de l'articulation du coude ainsi que ceux de l'épaule sont très-limités. Il existe de chaque côté une luxation sous-coracoïdienne de la tête de l'humérus et une atrophie presque complète des muscles de l'épaule. Les bras et les avant-bras eux-mêmes sont très-grêles.

Rien de semblable n'existe aux membres inférieurs qui sont normalement développés et proportionnés avec le volume du reste du corps.

Cette difformité complexe paraît dater de la naissance, elle est, selon toute probabilité, congénitale et due à des convulsions intra-utérines. Tout démontre, en effet, cette origine, la symétrie parfaite de la déformation des deux côtés, d'une part, et, d'autre part l'absence de toute trace d'un traumatisme quelconque.

M. Verneuil n'a pas jugé à propos de chercher à remédier à cette double difformité. La seule opération qui serait peut-être praticable ici, serait la section de fléchissure du poignet, la section des tendons dans le creux de la main n'offrant que peu de chances de succès. Ce garçon se sert d'ailleurs assez bien de ses mains pour les divers usages les plus essentiels; il est parvenu, par exemple, à force d'adresse et d'exercice, à écrire très-correctement. Il peut, par conséquent, sans grand dommage, rester dans cette situation.

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

IV

Le cas de Bransby Cooper est donné comme un anévrysme variqueux, mais la tumeur n'est pas suffisamment décrite. Le malade, âgé de quinze ans, était élève dans une école de campagne, et il avait été blessé avec un canif qui avait pénétré la veine fémorale et l'artère. On jugea nécessaire de lier l'artère au-dessus et au-dessous de la plaie, dix jours après la blessure. En incisant sur l'artère il s'échappa un flot effrayant de sang veineux qui rendit l'opération fort difficile. Cette hémorrhagie cessa dès que le chirurgien eut réussi à saisir le vaisseau au-dessus de la plaie; mais l'hémorrhagie artérielle persista jusqu'à ce qu'on eût lié également la partie supérieure, l'hémorrhagie s'arrêta alors. Il n'y eut pas de menace de gangrène, ni d'abaissement appréciable de température, ni œdème à ce qu'il paraît. Mais l'enfant mourut avec des symptômes évidents d'infection purulente, et avec un abcès dans l'articulation du genou que l'on avait pris pour un rhumatisme aigu, erreur qui n'est pas rare de nos jours où quelques praticiens disent que la pyohémie ne se montre jamais dans la pratique privée. L'autopsie montra que la veine fémorale n'était pas tout entière comprise dans la ligature, mais on dit que « sa partie interne et antérieure était imparfaite, avec des bords déchirés, comme si elle s'était ulcérée, de sorte que l'on pouvait voir l'intérieur de la veine, » c'est-à-dire, je suppose, en disséquant à la surface. Il n'y avait pas d'apparence de phlébite dont on n'avait constaté aucun symptôme pendant la vie. Mais on ne peut guère s'empêcher de conclure que ce *flot effrayant de sang veineux* résulta de l'incision du sac formé par la veine dilatée au siége de la blessure, et enveloppant l'artère comme dans le cas de M. Pemberton, et que les produits de la putréfaction ou de l'inflammation ont trouvé là une porte tout ouverte pour pénétrer dans la circulation générale. Du moins ce cas, bien qu'il n'en soit pas fait mention dans le travail de M. Spence, sur le traitement des anévrysmes variqueux de la cuisse, fournit un puissant appui à son opinion d'opérer, quand c'est possible, sans ouvrir la tumeur et de lier l'artère aux points d'entrée et de sortie.

Dans un cas de notre tableau d'hôpital, arrivé en 1870, dans le service de M. Hamilton, à l'hôpital de Richmond, l'ancienne opération fut exécutée avec succès. Le malade avait été blessé par un instrument pointu qui avait lésé l'artère et la veine fémorale (superficielles, je suppose). La compression ne faisait que modérer l'hémorrhagie et il se forma une tumeur présentant le murmure et le thrill ordinaires. L'artère fut liée au-dessus et au-dessous de la plaie qui avait environ un demi-pouce de long et qui était parallèle à l'axe du vaisseau, deux mois après l'accident. Le malade guérit.

Le cas de M. Spence est très-complet et c'est un grand succès. Il a été publié pour montrer l'avantage qu'il y a, dans des anévrysmes artério-veineux, impliquant une aussi grosse veine que la fémorale, à ne pas inciser le sac, — opération dans laquelle la veine doit aussi être nécessairement liée ou oblitérée, — mais à faire à la place une incision suffisamment longue pour permettre de lier l'artère aux points d'en-

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 décembre 1877.

trée et de sortie, en évitant de toucher au sac. Nous pouvons certainement reconnaître que M. Spence a complétement démontré la valeur de sa proposition dans tous les cas où une opération sanglante est nécessaire, où la communication artério-veineuse existe encore et où l'opération elle-même est praticable. Mais c'est évidemment une opération difficile et sérieuse. Le malade de M. Spence était un garçon de quinze ans et chargé de peu d'embonpoint, la tumeur était relativement petite, la blessure pas trop rapprochée de l'aine et l'accident récent, et cependant, pour exposer l'artère en dessus et en dessous sans ouvrir le sac, il fallut faire une incision de sept pouces et demi de long, et la dissection nécessaire pour atteindre la fémorale dans le canal de Hunter, aurait probablement embarrassé un opérateur moins accompli. Si l'artère eût été blessée plus haut, là où le voisinage de l'origine de la profonde eût été une complication, si la tumeur eût été plus volumineuse, ou de date plus ancienne, et par conséquent plus intimement unie aux parties voisines, j'ai à peine besoin de dire, combien plus sérieux eussent été les dangers et les difficultés de l'opération.

Il est donc intéressant d'examiner si la compression ne pourrait pas être appliquée ici avec autant de succès qu'elle l'a été pour la même affection au pli du coude, par Vanzetti et autres. Dans beaucoup de cas où une artère et une veine aussi volumineuses que les vaisseaux fémoraux communiquent ensemble, les symptômes sont très frappants. Si l'on étudie l'observation publiée il y a longtemps par M. Perry, on verra combien il s'approcha de l'idée introduite depuis dans la pratique par le chirurgien italien. Chez le malade de M. Perry, il y avait un murmure fort et un thrill continus et parfaitement distincts, même pour le malade, des pulsations de l'artère. « Dans l'un des nombreux examens que je fis du membre, dit M. Perry, pendant le séjour du malade à l'infirmerie, je découvris par hasard, qu'en appuyant la pointe de mon doigt sur l'artère, immédiatement avant qu'elle ne pénètre dans la gaîne du triceps, je pouvais entièrement faire cesser le bruit sans interrompre la circulation dans le vaisseau. » Après une tentative infructueuse de clore cette communication à l'aide d'une pelote et d'un bandage, M. Perry « leur substitua la pression plus circonscrite d'un ressort, portant à son extrémité une petite pelote destinée à imiter, d'aussi près que possible, la compression exercée par le bout du doigt. Cela réussit si bien à diminuer le bruit, que l'on espéra pouvoir, par l'emploi de cet instrument, obtenir l'oblitération de la communication que l'on présumait exister entre les vaisseaux. » C'était un cas fort compliqué, dans lequel la communication artério-veineuse s'était formée spontanément; toute l'artère était dans un état de dégénérescence avancée jusqu'au niveau de l'iliaque externe, et il y avait un anévrysme à la bifurcation de la poplitée. C'était, en somme, un cas peu favorable à n'importe quel traitement.

Cependant l'emploi de ce bandage (quoique très-inférieur à la pointe du doigt, par suite de l'extrême facilité avec laquelle il pouvait se déplacer) réalisa presque les espérances qu'on fondait sur lui, car le bruit diminua beaucoup, sans disparaître complétement toutefois. Après la mort, on constata que la compression avait déterminé l'occlusion de la veine au-dessous de l'anévrysme. La ligature de la fémorale dégénérée fut suivie, ce qui était inévitable à mon avis, d'une hémorrhagie mortelle.

REVUE DE LA PRESSE

Arthrotomie antiseptique. Mort. — L'observation suivante, publiée par M. le docteur Bœckel (de Strasbourg), montre que si, grâce au pansement antiseptique de Lister, l'ouverture des séreuses tant articulaires que viscérales, si redoutée naguère des chirurgiens, peut être pratiquée aujourd'hui presque impunément, il n'en est pas toujours ainsi, et que la moindre erreur, la moindre négligence peut causer des revers bien pénibles.

La malade qui fait le sujet de cette observation, était une jeune fille de la campagne qui, en travaillant aux foins, avait éprouvé tout à coup, six mois auparavant, une douleur très-vive dans le genou, et qui, en y portant la main, avait cru sentir que quelque chose y bougeait et fuyait sous les doigts. On constatait, en effet, dans le genou gauche, outre un léger épanchement, un corps situé au côté externe et supérieur de la rotule, de la grosseur d'un noyau de mirabelle, très-difficile à saisir entre les doigts, et qui disparaissait quelquefois entièrement pendant un ou deux jours. Au dire de la malade, il existait un second corps beaucoup plus petit au côté inférieur et externe de la rotule.

Comme cette affection était très-douloureuse et que cette jeune fille demandait instamment à en être débarrassée, après avoir d'abord moulé une gouttière plâtrée sur le membre, pour l'immobiliser plus facilement après extraction, M. Bœckel pratiqua l'opération.

Le corps mobile ayant été préalablement refoulé dans l'angle supérieur et externe de la capsule et maintenu en ce point par la main d'un aide, M. Bœckel fit une incision de 3 centimètres, directement sur le corps à extraire, en observant minutieusement les préceptes de Lister; la capsule fut ensuite ouverte, et le corps qui se présentait à l'orifice enlevé avec une curette. Il avait 13 millimètres de long sur 9 de large et 6 d'épaisseur; sa forme était celle d'une dent incisive dont la racine était émoussée; sa partie profonde était lisse, couverte de cartilage; le reste était ossifié.

Passant ensuite l'index sous la rotule, M. Bœckel se mit à la recherche du second corps; mais l'exploration dans tous les recoins accessibles de la capsule n'ayant rien fait découvrir, il se décida à fermer la plaie avec quatre sutures entortillées; puis, après avoir appliqué le pansement de Lister, il déposa le membre dans la gouttière platrée, en ayant soin d'appliquer une vessie de glace sur le genou.

Treize jours après, la malade retournait chez elle complétement guérie; aucune complication ne s'était produite et l'opération n'avait donné lieu qu'à une fièvre très-modérée.

Cinq mois plus tard, cette femme se représenta de nouveau à l'hôpital; sa santé générale était excellente, mais elle se plaignait beaucoup de son corps mobile, qui s'était logé, dit-elle, presque à la place de l'ancien.

Effectivement, en palpant le genou, on trouvait au bord supérieur et externe de la rotule, un peu en arrière de l'ancienne cicatrice, une saillie allongée, qui glissait sous les doigts avec un soubresaut, mais sans qu'on pût la déplacer latéralement de plus de 2 centimètres.

En raison du bon succès de la première opération, M. Bœckel se décida à en pratiquer une seconde. L'incision fut faite à 1 centimètre et demi en arrière de la précédente, sur le trajet même de la saillie, mais il dut appliquer quatre pinces hémostatiques pour arrêter un épanchement sanguin causé par la section de deux artères articulaires. La capsule fut ensuite ouverte, mais on ne trouva qu'un épaississement, une sorte de bourrelet graisseux de la synoviale, que la crainte de provoquer une hémorrhagie dans l'article et de compliquer l'état de la malade empêcha d'extirper. On enleva donc les pinces hémostatiques; on lia avec un fil de catgut un des vaisseaux qui donnait encore du sang, puis, après avoir seringué la plaie avec de l'eau phéniquée, on la ferma avec quatre sutures métalliques et deux épingles; on la couvrit de silk, de plusieurs couches de mousseline phéniquée et d'un imperméable, maintenus par une bande de mousseline. Le membre fut ensuite déposé dans une gouttière plâtrée, préparée d'avance. Mais quelques jours après, la malade succomba à l'infection purulente, après avoir présenté

toutes les phases d'une arthrite suppurée du genou avec ouverture de la synoviale.

C'est qu'en effet, dit M. Bœckel, les conditions n'étaient plus les mêmes que lors de la première opération. Cette fois, l'opération avait été plus laborieuse, les recherches plus longues, trois artérioles étaient restées quelque temps serrées dans les pinces hémostatiques, une quatrième avait été liée. Il aurait donc fallu s'attendre à une sécrétion plus abondante de la synoviale, et insérer immédiatement un tube à drainage dans la ligne de réunion ou peut-être s'abstenir entièrement de sutures. Puis, la suppuration articulaire une fois établie, les incisions et le large débridement auraient dû être pratiqués quelques jours plus tôt, et l'on aurait sans doute prévenu les accidents redoutables qui se sont produits. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Observation de fièvre syphilitique. — M. le docteur Vergely (de Bordeaux) publie l'observation suivante, qu'il considère comme un exemple très-net de la forme exacerbante de la fièvre syphilitique. C'est à ce titre qu'elle mérite d'être rapportée.

Un malade se présente à l'hôpital Saint-André avec un ensemble de symptômes qui fait croire tout d'abord à l'existence d'une fièvre typhoïde. Il a eu, en effet, des épistaxis, de la céphalalgie; la langue est blanche, bordée de rouge; il n'a pas eu de selles diarrhéiques, mais il a été deux ou trois fois à la garde-robe. La face est pâle, abattue; l'intelligence est nette, mais il a de l'insomnie et des rêvasseries le soir. Le ventre souple, non balloné, sans gargouillements, est couvert de nombreuses petites taches roses; la rate est développée, mesure 13 centimètres; la région hépatique est sensible et le foie mesure 16 centimètres. Le cœur a son volume normal; bruit de souffle systolique, doux, léger à la pointe; dédoublement du deuxième; pouls à 74; dicrote. Râles sibilants à la partie postérieure du thorax.

Les jours suivants, la température s'élève à 40 degrés; le pouls à 94; les selles s'établissent sous l'influence d'un purgatif. Insomnie, langue souple, humide; enduit blanchâtre des gencives; gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Le diagnostic restait incertain, quand l'apparition de plaques muqueuses dans la gorge et les caractères de l'éruption, qui est devenue plus tranchée, et n'est autre qu'une roséole syphilitique des plus manifestes, viennent éclairer le médecin sur la nature de l'affection. Il était évident, en effet, que, bien que le malade niât avoir jamais eu de chancre, on avait affaire à une typhose syphilitique. Ce diagnostic fut encore confirmé par la cessation rapide des accidents, sous l'influence du traitement mercuriel. La maladie avait duré un septénaire. (*Bordeaux méd.*)

Empoisonnement par l'alcool méthylique. — M. le docteur Viger dit avoir observé deux fois cet empoisonnement chez des alcooliques invétérés. Dans le premier cas, un détenu arrive à la consultation en se plaignant de violents maux de tête et d'estomac, et tombe peu de temps après dans une prostration complète; il succombe la nuit suivante. Un autre détenu de la même prison présente d'abord à peu près les mêmes symptômes : il est en sueur, a l'air hébété, la pupille très-dilatée, et tombe bientôt dans le coma avec insensibilité complète. Le lendemain, il est pris d'un délire violent, qui ne tarde pas à se calmer. Les pupilles sont encore dilatées et la vue est complétement perdue pour le moment. Cet état ne s'améliore que très-lentement, et vingt jours plus tard, la vue n'est revenue qu'incomplétement.

M. Viger apprit que ces deux malades faisaient usage depuis longtemps d'alcool méthylique (esprit de bois), qu'ils trouvaient non rectifié ou sous forme de vernis dans un atelier d'ébénisterie dépendant de la prison; ils commençaient par précipiter la gomme laque en solution par l'eau et buvaient ensuite l'alcool. M. Viger conclut que les symptômes observés dans ces conditions permettraient de classer l'esprit de bois au nombre des médicaments encéphaliques de l'ordre des narcotiques stupéfiants et délirants, puisqu'on a constaté la dilatation de la pupille, le sommeil, la stupeur, ainsi que l'obscurcissement complet de la vision. Ces propriétés bien tranchées peuvent peut-être faire jouer à cet alcool un rôle thérapeutique. *Ann. méd. de Caen.*)

Rétrécissement infranchissable du rectum. Colotomie. Guérison. — M. le docteur Lanelongue a eu occasion de traiter dans son service, à l'hôpital de Bordeaux, pour un rétrécissement cicatriciel du rectum, un malade chez lequel, un an auparavant, M. le docteur Guinche (de Buenos-Ayres) avait pratiqué un anus artificiel, dans les circonstances suivantes :

M. de Ch.... entre à l'hôpital français de Buenos-Ayres pour une constipation opiniâtre datant de quinze ou dix-sept jours, et contre laquelle les purgatifs de toute nature, les lavements de tous genres, des tentatives répétées d'introduction de sonde avaient complétement échoué. Le malade souffrait beaucoup du ventre et rendait de temps en temps par le rectum des mucosités sanguinolentes. Il était considérablement amaigri, avait le teint plombé, les yeux excavés, des coliques violentes et des vomissements répétés. Il prenait très-peu d'aliments, qui, d'ailleurs, étaient bientôt rejetés.

Le pouls était à 108; le toucher rectal déterminait beaucoup de douleurs, mais le doigt pénétrait librement, aussi loin qu'il pouvait entrer. Les lavements étaient rendus à l'instant et tels qu'ils avaient été administrés. Il était évident qu'il y avait un obstacle situé probablement à l'union de l'iliaque et du rectum.

Une péritonite étant imminente, un anus contre nature fut immédiatement pratiqué. Une incision parallèle au ligament de Fallope fut faite à deux travers de doigt au-dessus de ce ligament et sur une longueur de 7 à 8 centimètres; les parois abdominales furent disséquées couche par couche jusqu'au péritoine, qui fut incisé. Le colon ascendant, qui se présentait à la plaie, fut ensuite fixé soigneusement par de nombreux points de suture et ouvert entre les deux segments qu'ils formaient. Il s'échappa d'abord une énorme quantité de matière fécale et de gaz; mais les jours suivants, les selles se régularisèrent. Les suites de l'opération furent des plus heureuses, l'appétit, les forces revinrent peu à peu, mais jamais il ne passa de matières fécales par l'anus normal, malgré toutes les tentatives qui furent faites pour chercher à franchir l'obstacle.

Le malade revint en France, et c'est alors qu'il entra à l'hôpital de Bordeaux. A ce moment, son état général est excellent, et par l'anus artificiel, qui est absolument constitué, sortent, deux ou trois fois par jour, indépendamment de la volonté, des selles moulées. Quelquefois, il s'échappe par le rectum quelques mucosités, mais jamais de fèces. Il semble pourtant qu'il persiste un petit orifice, car lorsque le matin, le malade prend une injection de propreté, quelques gouttes de liquide s'écoulent par l'anus. Mais comme précédemment, c'est en vain qu'on essaie de franchir l'obstacle; le cathétérisme, essayé et répété tant par le bout supérieur que par le bout inférieur, échoue constamment, et l'olive du cathéter œsophagien que M. Lanelongue emploie, dans la pensée qu'une tige rigide arrivant directement sur l'obstacle, parviendrait peut-être à le franchir, est arrêté à 11 centimètres 50 de l'orifice anal, et à 13 centimètres de l'anus artificiel.

En présence de ces résultats, M. Lanelongue se proposait de pratiquer la dilatation du rectum en distendant la muqueuse avec un spéculum assez long pour arriver sur le rétrécissement, et à rechercher le pertuis s'il en existe, mais le malade se refusa à une nouvelle opération. (*Prov. méd.*)

Des effets de l'insolation. — M. le docteur Viguier expose ainsi les divers accidents auxquels l'insolation peut donner lieu dans les pays très-chauds.

Tantôt l'action nocive du soleil détermine une congestion foudroyante et rapidement mortelle. M. Viguier en a observé un cas dans la mer Rouge. Un matelot étant monté tête nue sur le pont tomba presque aussitôt et mourut au bout d'une demi-heure; les pupilles étaient contractées, le pouls dur et lent, la respiration stertoreuse, la perte de connaissance absolue.

Le plus souvent l'insolation se traduit simplement par une congestion temporaire; le début peut être brusque et accompagné de perte de connaissance, mais il est bien plus souvent insidieux. Après quelques instants, parfois deux ou trois minutes seulement passées au soleil, la tête découverte, ou après un temps plus long, pendant lequel le crâne était insuffisamment protégé, le malade se sent pris de céphalalgie, parfois très-intense, bientôt accompagnée

d'inappétence, d'insomnie et de fièvre ; il y a alors assez souvent quelques vomissements et presque toujours de la constipation. Dans les cas les plus graves, la fièvre est accompagnée de délire. Souvent le début a passé entièrement inaperçu du malade qui nie absolument s'être exposé au soleil. Les accidents se dissipent dès le lendemain ou le surlendemain, mais ils peuvent aussi continuer pendant plusieurs jours, surtout si l'on n'a fait aucun traitement. Du reste un purgatif et un jour de repos suffisent dans les cas les plus légers.

D'autres fois, l'insolation détermine une véritable méningite. M. Viguier en a observé un exemple, au Japon, chez un homme qui, après une journée passée au soleil, fut pris de douleurs de tête intolérables, puis perdit connaissance et mourut le troisième jour. A l'autopsie les méninges furent trouvées très épaissies et infiltrées.

A la suite d'un bain de mer à Hong-Kong, un matelot fut pris de douleurs de tête qui augmentèrent dans la journée et le lendemain, et s'accompagnèrent de photophobie et de vomissements, ainsi que d'une grande excitation cérébrale et d'une fièvre vive. Le malade guérit grâce à l'administration de plusieurs purgatifs et à l'application d'un large vésicatoire sur la nuque préalablement rasée. (*Progr. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier 1878. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL signale, dans la correspondance, une *observation d'élongation de la moelle épinière sans fracture de la colonne vertébrale*, adressée par M. Fleury.

ÉLECTION DE MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

Sont élus : MM. Arlt, Callender, Reverdin.

ÉLECTION DE MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

La Société avait à s'adjoindre quatre membres correspondants nationaux.

Les suffrages se sont portés sur : MM. Roux (de Brignolles) ; Poinsot (de Bordeaux) ; Vedrenne (de Vincennes) ; Paquet (de Lille), qui sont proclamés membres correspondants.

COMMUNICATION

M. VERNEUIL à propos de la lecture du procès verbal, désire présenter un fait nouveau à l'appui de l'opinion qu'il émettait dans la précédente séance, au sujet de la théorie défendue par M. Lannelongue, concernant la formation de l'hydarthrose qui accompagne les fractures de cuisse. M. Verneuil refusait d'admettre la possibilité de la transsudation du liquide séreux formant l'épanchement à travers la synoviale, et il exigeait une déchirure de celle-ci pour expliquer son passage dans l'articulation. Il vient de voir un fait nouveau qui lui paraît confirmer pleinement cette opinion.

Un homme présentait une rupture de l'artère fémorale à sa partie inférieure. Il en résulta un énorme épanchement sanguin et un anévrysme faux consécutif. La synoviale articulaire était intacte. Pendant cinq semaines sa surface resta en contact avec cette énorme masse sanguine. Au bout de ce temps, on fit l'amputation. L'articulation du genou ouverte et examinée avec grand soin, on ne découvrit aucune infiltration dans la cavité séreuse. Les conditions étaient telles que la transsudation du sérum eût dû se faire facilement. L'explication proposée ne paraît donc pas admissible aux yeux de M. Verneuil.

DISCUSSION SUR LA TRÉPANATION

L'ordre du jour portait la suite de la *discussion sur la trépanation.*

M. DESPRÈS commence par quelques mots d'historique sur les applications du trépan. Il cite une observation de Samuel Cooper et lit un passage de cet auteur qui lui paraît représenter encore assez bien, aujourd'hui, l'état de la question. Samuel Cooper disait : La trépanation doit être réservée pour des cas très-graves, s'accompagnant de symptômes portant à admettre des lésions que l'on suppose incurables et capables de résister à tout traitement.

De 1840 à 1848, tous les chirurgiens français étaient d'avis de renoncer à la trépanation ; les Allemands en usaient peu ; les Anglais continuaient à trépaner. Malgaigne disait qu'on ne devait jamais recourir au trépan pour un épanchement dans l'arachnoïde, car, dans ce cas, on n'arrivait à rien extraire, ou du moins, on n'extrayait que peu de chose. Le même auteur ajoutait, au sujet de la trépanation consécutive, que les signes des abcès étaient très-difficiles à saisir ; on n'était jamais sûr de tomber sur le foyer. En somme, la trépanation du crâne était en discrédit.

En 1865, M. Broca publiait une observation. M. Depaul faisait connaître peu après, une statistique de la pratique anglaise. Depuis, deux observations nouvelles ont été publiées par de jeunes chirurgiens. M. Le Dentu a fait une étude de ces observations dans son remarquable rapport. La présente discussion peut donc s'appuyer à la fois et sur des observations et sur des statistiques. M. Desprès va d'abord s'occuper de ces dernières.

Parmi les statistiques, il y a d'abord celle des chirurgiens anglais qu'a fait connaître M. Le Fort. Elle indique une moyenne de 44 pour 100 de guérisons, résultat en apparence très-favorable. Une autre statistique empruntée à l'Allemagne et comprenant 995 cas, donnerait une mortalité de 48 pour 100 seulement. Mais, s'empresse d'ajouter M. Desprès, on est en droit de penser que tous les cas de mort n'ont pas été publiés. Il exprime donc des réserves et des doutes au sujet de sa signification. On a encore la statistique des Américains, citée par M. Lucas-Championnière, qui, examinée de près, ne donne plus des résultats aussi favorables qu'au premier coup d'œil. M. Legouest a fait connaître les résultats de la pratique chirurgicale pendant la guerre de Crimée et il ne paraîtrait pas que les fractures du crâne, chez les soldats français, qui ne furent pas soumis au trépan, et celles des soldats anglais pour lesquelles on recourut plus volontiers à ce moyen, aient donné des résultats différents. Pendant la guerre de sécession, les fractures du crâne, trépanées par les Américains, avaient donné une proportion de 75 pour 100 de guérisons.

A l'aide de toutes ces statistiques, M. Desprès prend une moyenne générale, et il trouve que le chiffre de la mortalité doit être représenté par 53 pour 100. Or, dit-il, si on prend la moyenne de la mortalité des fractures du crâne, traitées dans les hôpitaux de Paris, et qui ne furent pas soumises au trépan, on trouve qu'elle n'est que de 43 pour 100.

M. Desprès voit une différence à établir dans la mortalité causée par les fractures du crâne, suivant que celles-ci résultent d'une plaie de guerre, d'une balle, par exemple, ou d'une chute violente sur la tête ou du choc d'un corps pesant. Cette différence réside dans la commotion cérébrale qui accompagne ou non la fracture, ou, au moins, dans le degré qu'elle atteint. Une balle agit localement, cause peu de contre-coup, partant, peu de commotion cérébrale. C'est peut-être ce qui fait que la chirurgie militaire est plus favorable à la trépanation que la chirurgie civile.

M. Desprès en vient ensuite à l'examen critique des trois observations qui ont été présentées à la Société : celle de M. Broca, en 1865, et les deux observations récentes de M. Lucas-Championnière et de M. Terrillon. La trépanation, dans les trois cas, paraît avoir été motivée par des raisons différentes.

Pour discuter la valeur de la trépanation, il déclare vouloir l'envisager sous quatre points de vue différents et dans ses rapports avec des indications différentes. Il envisagera donc : 1° la trépanation préventive ; 2° la trépanation curative des accidents immédiats ; 3° la trépanation curative des accidents secondaires ; 4° la trépanation curative des accidents tardifs.

En résumé, la seconde partie de la longue argumentation de M. Desprès, dans laquelle il prend à partie les trois observations signalées plus haut, de MM. Broca, Lucas-Championnière et Terril-

lon, où il fait figurer une observation de Dupuytren, trépanation pour des accidents consécutifs tardifs, et dans laquelle il introduit également la trépanation envisagée dans ses rapports avec le traitement des abcès du cerveau, peut se résumer dans les propositions générales suivantes :

La trépanation primitive ou secondaire n'a réussi que sur les jeunes sujets, elle échoue sur les adultes.

La trépanation primitive a réussi pour enlever des esquilles, mais il est évident que la présence d'esquilles n'est pas nécessairement mortelle : le trépan agit alors à la manière d'un débridement.

Venant au trépan consécutif, il déclare que l'indication majeure de son emploi est l'absence de phénomènes fébriles. Mais, se hâte-t-il d'ajouter, il est impossible de reconnaître les lésions cérébrales avant le moment où les accidents indiquent l'existence d'une méningo-encéphalite et celle-ci contre-indique l'intervention du trépan.

En somme, M. Desprès se montre peu partisan de la trépanation, bien que, chemin faisant, il ait tenu à déclarer que la réalité des centres moteurs lui paraissait, dès à présent, établie.

COMMISSION

Par acclamation, la commission chargée de l'examen des titres des candidats au titre de membres correspondants étrangers est maintenue telle qu'elle était composée pour l'année 1877.

SÉANCE GÉNÉRALE ANNUELLE.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la Socié tiendra sa séance générale annuelle, mercredi prochain, 16 janvier.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 29 décembre 1877, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin-principal de première classe : M. Alix.

Au grade de médecin-principal de deuxième classe : M. Sarazin.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Bresson, Naïl et Sommeillier.

Au grade de pharmacien-major de première classe : M. Guériteau.

— La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 16 janvier, à trois heures et demie.

Ordre du jour : Allocution de M. Panas, président. — 2° Compte rendu des travaux de l'année 1877, par M. Cruveilhier, secrétaire annuel. — 3° Éloge de Demarquay, par M. de Saint-Germain, secrétaire général. — 4° Proclamation des prix pour 1878 et 1879.

— Le 16 février 1878, à une heure précise, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à deux places d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le 15 janvier jusqu'au 2 février inclusivement.

L'indemnité annuelle attachée aux fonctions d'interne de cet hôpital est fixée à 1,200 francs, indépendamment des avantages en nature, du logement, de la nourriture, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

— *École de médecine d'Amiens.* — Par arrêté ministériel en date du 8 janvier, des concours s'ouvriront :

1° Le 15 juillet 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de clinique chirurgicale, de pathologie externe et d'accouchements; — 2° Le 5 août 1878, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie ; — 3° Le 2 septembre 1878, pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

Le registre d'inscription de ces divers concours sera clos un mois avant l'ouverture des épreuves.

— La ville de Moirans (Jura) demande un médecin et offre une subvention annuelle de 1,500 à 2,000 francs à celui qui viendrait s'y fixer.

S'adresser à M. le maire de ladite ville.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Huile de foie de morue
BRUNE-CLAIRE
du DOCTEUR DE JONGH,
de la Fac. de méd. de La Haye, chev. de la Légion d'honneur, chev. de l'ordre de Léopold de Belgique.

M. CHEVALLIER, professeur à l'École supérieure de pharmacie, dit :

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwége, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace.

« Notre avis est que cette huile peut être recommandée, nous pensons qu'elle doit avoir la préférence sur les huiles de foie de morue décolorées, sur celles qui ont été traitées par la potasse à la chaux, sur celles qui ont été obtenues à l'aide d'une chaleur élevée, sur celles qui ont été mélangées d'huile de poisson, sur celles qui ont subi un commencement de fermentation, enfin sur celles dont on ne s'est pas assuré de la pureté. »

L'Huile de Foie de Morue brune-claire du docteur DE JONGH se vend en flacons capsulés *seulement*, prix, 3 fr. 50 c. dans les principales pharmacies de France.

SEULS CONSIGNATAIRES :
ANSAR, HARFORD et Cᵉ, 77, Strand, Londres.
DÉPÔT A PARIS :
Pharmacie ROBERTS, 23, place Vendôme.

Pilules du Brésil
(AU JÉQUITIBA).
Contre les accès de **Goutte** et les **Rhumatismes**. Cet agent spécifique (laxatif) élimine vite les produits de ces affections. 4 pilules par jour, à jeun.

Capsules de Hollande
(A L'ÉTHÉROLÉ DE GENIÈVRE)
Contre la **Gravelle**. Cet agent délite les calculs, guérit et prévient les crises néphrétiques. 2 à 4 par jour, matin ou soir.
10 fr. le flac. Ph. MOPPERT, r. du Temple, 51, *Paris*.

Viande crue et alcool.
ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.
Phthisie, anémie, convalescence, épuisement; détail. Phᶦᵉ, 82, rue Rambuteau, Paris.

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dʳ COUTARET
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Vin anti-dyspeptique
ET RECONSTITUANT
A L'IGNATIA AMARA ET AU FER
de **T. F. PAPON**, *ancien professeur suppléant de chimie et de pharmacie à l'École de médecine de Limoges.*

Ce médicament, rigoureusement dosé à 1 milligramme d'alcaloïdes par cuillerée à bouche, est d'une efficacité incontestable dans la *dyspepsie* et l'*anémie*. Stimulant puissant des *fonctions digestives*, il est souverain dans les *pneumatoses*.

Prix du flacon : 3 fr. 50.

Dépôt : Paris, 42, rue Neuve Saint-Augustin, ph. LEROY. Vente en gros à Chalus (Haute-Vienne).

Établissement orthopédique
DE LYON
dirigé par le docteur PRAVAZ, 46, route des Étroits.

Consacré au traitement des *déviations de la colonne vertébrale*, *maladies osseuses et articulaires*, *torticolis*, *pieds-bots*, *paralysies infantiles*. — Vaste gymnase, piscines, bains médicamenteux douches diverses, appareils pour l'application de l'électricité, etc.

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Apiol des Drs Joret et Homolle
Médaille à l'Exposition universelle de Londres de 1862.

Pour éviter au corps médical tout mécompte qui proviendrait de l'emploi des contrefaçons et imitations infidèles de ce puissant emménagogue, nous rappelons les principaux caractères physiques et chimiques de l'*Apiol* pur des Drs **Joret et Homolle**, le seul qui ait été l'objet des rapports favorables, après expérimentation dans les hôpitaux de Paris.

L'**Apiol** pur est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau. La liqueur verdâtre, à odeur térébenthacée, que le commerce délivre sous le même nom, n'a aucune de ses propriétés, et n'offre aucune garantie d'efficacité.

Exiger les signatures : Dʳ JORET et PUJOL. — Dépôt général : Pharm. BRIANT, 150, rue de Rivoli.

Eau de Luchon.
La plus active de toutes les *eaux sulfureuses* (0 gr. 078 de mono-sulfure de sodium par litre).

L'EAU DE LUCHON transportée se conserve indéfiniment et sans altération. Elle s'expédie par bouteilles entières, demi-bouteilles et quarts de bouteille.

Applications. — Affections rhumatismales chroniques, Dartres, Scrofules. Maladies chroniques de la gorge et du larynx. Catarrhe bronchique. Phthisie sans excitation, etc., etc.

DÉPÔT : à Paris, 46, boulevard Haussmann, et chez les principaux pharmaciens et marchands d'eaux minérales.

Coton iodé préparé par J. THOMAS,
pharmacien de 1ʳᵉ classe,

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Chlorose, Anémie. — Pilules
et SIROP FAVROT au pyrophosphate de fer et de manganèse citro-ammoniacal. — Ce sel ne constipe pas.

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Sirop et Pilules de Bromure
DE ZINC chimiquement pur, inaltérable, préparés par FREYSSINGE, pharmacien, 97, rue de Rennes, Paris. — Le Bromure de Zinc produit à doses beaucoup moindres les effets thérapeutiques du Bromure de potassium sans en avoir les nombreux inconvénients. — *Pilules de Bromure de Zinc arsenical.*

Solution Bourguignon
au chlorhydro-phosphate de chaux
Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique
LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Dragées et Sirop dépuratifs
DU Dʳ GIBERT,
anc. secrétaire de l'Académie de médecine
anc. médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations sont inaltérables. Elles sont employées avec succès depuis 1841 dans le traitement des *affections syphilitiques*, des *maladies rebelles de la peau* et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. Deux dragées équivalent à 1 cuillerée à bouche de sirop.

Exiger les signatures GIBERT et BOUTIGNY.

Paris, pharmacie BOUTIGNY, DESLAURIERS successeur, 31, rue de Cléry.

Granules de Garnier-Lamoureux
dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsénieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphure de zinc, etc. Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.*

Dépôt pour le détail, 213, rue Saint-Honoré. Gros, VIÉ-GARNIER et Cᵉ, 73, av. des Ternes, Paris.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina
et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT-ALIMENT, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

N° 6. — MARDI 15 JANVIER 1878. 51e ANNÉE. MARDI 15 JANVIER 1878. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

De la tuberculisation pulmonaire. Difficulté du diagnostic.

Nous avons actuellement dans le service trois malades dont je désire vous dire quelques mots, parce qu'ils se rapportent tous trois à une question extrêmement importante et sur laquelle les médecins sont loin d'être fixés. Je veux parler du diagnostic de la tuberculose pulmonaire et du pronostic de cette affection.

Le premier de ces malades est une jeune femme de vingt-six ans, récemment accouchée et chez laquelle la maladie se révèle par des caractères très-nets, très-précis. Elle a commencé à tousser pendant le cours de sa grossesse, mais n'a jamais craché de sang. On constate, en arrière de la poitrine et à droite, une diminution de sonorité extrêmement manifeste dans la fosse sus-épineuse surtout, d'où elle se propage en s'affaiblissant dans toute l'étendue du côté de la poitrine. Dans ce point aussi, la respiration est affaiblie et l'expiration prolongée. Ces signes ont une grande importance, il n'en faut pas douter. Notez-bien cependant qu'en eux-mêmes ils ne signifient absolument rien, et que leur seule valeur ici, c'est qu'ils prédominent vers la partie supérieure de la poitrine.

Au n° 21 de la salle Sainte-Adélaïde est couchée une autre femme, chez laquelle la maladie existe depuis bien plus longtemps. Ici, les signes rationnels font complétement défaut; l'auscultation de la poitrine ne révèle aucune trace de râles ni d'affaiblissement notable du murmure vésiculaire; la sonorité est également normale dans toute l'étendue des deux poumons. Il y a bien une nuance extrêmement légère au sommet droit, mais elle est si minime qu'on ne saurait se baser sur ce fait pour établir le diagnostic.

Mais cette femme est très-affaiblie, très-anémiée; elle est extrêmement pâle, avec une certaine teinte terreuse de la face; elle a les yeux cernés et enfoncés, le nez un peu pincé, le front légèrement plissé dans sa partie supérieure; en un mot, son faciès se rapproche de celui que l'on observe dans certaines maladies, parmi lesquelles les affections utérines, et que l'on désigne sous le nom de faciès hippocratique.

Cet aspect de la face devait nous conduire naturellement à examiner l'état de la matrice. Jusqu'à présent, cet examen n'a pu être fait; il n'est pas douteux cependant qu'il existe quelque lésion de ce côté, car depuis qu'elle est malade, cette femme a commencé à perdre en blanc; elle se plaint de douleurs dans les reins, dans le ventre, de telle sorte que nous sommes légitimement autorisés à admettre l'existence d'une affection utérine, au sujet de laquelle nous serons édifiés ultérieurement.

Il faut ajouter, enfin, que cette malade est notablement dyspeptique; elle digère mal, a de la constipation, des renvois acides, etc.

Bien qu'ici il nous manque un élément de diagnostic important, l'examen direct de l'utérus, nous pouvons cependant nous demander dès maintenant, en admettant que nous constations plus tard, du côté de la matrice, une altération notable, soit une tuméfaction du col, soit un catarrhe utérin, etc.; nous pouvons nous demander, disons-nous, si cette altération suffit pour expliquer à elle seule l'état de cette femme, ou si nous ne devons pas chercher plus loin et penser que les troubles complexes que nous avons sous les yeux, troubles de l'intestin, de l'utérus et de l'appareil pulmonaire, ne sont pas dominés par un état phthisique supérieur et antérieur à tout cela.

Plusieurs motifs nous autorisent à croire que cette dernière hypothèse est la seule fondée : d'abord, cette femme est de souche tuberculeuse, car sa mère est morte de la poitrine, après une maladie très-prolongée. De plus, étant enfant, elle était un peu sujette à s'enrhumer, et avant de tomber malade, elle était déjà anémiée et affaiblie. De ces commémoratifs, il résulte donc que bien que nous n'ayons pas de signe positif de tuberculisation pulmonaire et que nous soyons actuellement en présence d'une affection utérine, il ne faudrait pas, pour ces raisons, porter un pronostic trop rassurant et se borner à faire le traitement de la maladie dont la matrice est le siége. Il faut penser, au contraire, que l'affection utérine et les accidents qui accompagnent celle-ci du côté de l'intestin, sont sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, et que cette femme rentre dans la catégorie de ces malades chez lesquelles la diathèse tuberculeuse, au lieu de se manifester tout d'abord par des accidents thoraciques, s'accuse par des manifestations du côté de l'estomac, ou des troubles du côté de l'utérus.

Enfin, la troisième malade dont je désire vous entretenir, est cette jeune fille qui est couchée au n° 15 de la même salle, et qui nous a présenté des phénomènes non moins embarrassants, bien qu'ils fussent plus accusés que chez la femme précédente.

Cette jeune fille est entrée à l'hôpital le 17 octobre, avec un mouvement fébrile très-intense. Chez elle on trouvait, à l'auscultation, dans toute l'étendue du poumon droit, en arrière, des râles sous-crépitants nombreux, mélangés de quelques râles sibilants. A la percussion, la sonorité de ce côté était un peu moindre que du côté opposé, mais uniformément diminuée dans toute la hauteur du poumon. Joignez à cela que l'appétit était complétement nul et, comme je vous l'ai dit, qu'il existait un appareil fébrile extrêmement intense, remontant déjà à une dizaine de jours.

En présence d'un état fébrile considérable et des signes d'une bronchite unilatéralisée, quel diagnostic fallait-il poser? En elle-même, la bronchite n'offrait rien de particulier, mais ce qui présentait un grand intérêt, c'était la localisation de l'inflammation dans un seul côté de la poitrine. En effet, la bronchite, en règle générale, envahit à la fois les deux poumons. Il arrive bien quelquefois, quand elle est légère, que l'on ne constate de râles que d'un seul côté. Cela veut dire que, de ce côté seulement, la tuméfaction, l'hyperémie de la muqueuse est portée assez loin pour donner lieu à des bruits stéthoscopiques; mais quand la lésion est plus prononcée, les manifestations de la bronchite sont à peu près constamment doubles. Et d'ailleurs, quand les râles ne s'entendent que dans un seul côté de la poitrine, la facilité avec laquelle ils passent du jour au lendemain, d'un poumon à l'autre, suffit pour établir le diagnostic.

Aussi, quand ces signes sont limités à un seul côté et qu'ils restent limités à ce côté, doit-on toujours penser que des raisons particulières localisent la bronchite dans cette région. Ces raisons sont nombreuses : telles sont, entre autres, les lésions qui, ainsi que les corps étrangers par exemple, portent sur les bronches elles-mêmes, et par leur présence prolongée déterminent une irritation qui se propage peu à peu dans l'arbre bronchique; telles sont également les tumeurs du médiastin, qui, comme les anévrysmes de l'aorte, compriment les bronches et finissent par en déterminer l'inflammation.

Mais ce sont là des faits exceptionnels, et quand la lésion est limitée à un seul côté, la première raison à laquelle on doit penser, c'est à la tuberculisation pulmonaire.

En effet parmi les causes qui peuvent donner lieu à la bronchite unilatéralisée, il faut noter, au premier rang, la tuberculisation pulmonaire; et c'est à elle et à la bronchite que se rapportent les seuls signes objectifs auxquels on reconnaît les tubercules au début. Quant à ces derniers eux-mêmes, ils ne sont capables d'en déterminer aucun.

Ces phénomènes consistent surtout, ainsi que vous le savez, dans l'affaiblissement du murmure vésiculaire, dans la diminution de la sonorité, et enfin dans certaines modifications du rhythme respiratoire, telle que l'expiration prolongée, etc., tous phénomènes qui se rapportent non à la présence des tubercules, mais à la congestion pulmonaire qui accompagne ce produit pathologique. Cela est tellement vrai, qu'on peut avoir des granulations tuberculeuses dans un poumon, sans que l'on trouve aucun signe à l'auscultation si l'hyperémie pulmonaire n'accompagne pas les tubercules.

De même que, d'autre part, on peut avoir des signes de tuberculisation pulmonaire sans tubercules crus ni granulations tuberculeuses.

Cela veut dire que l'hyperémie pulmonaire, quand elle se limite au sommet d'un poumon, peut exister sans granulations et qu'elle y est fixée par quelque chose qui est susceptible de déterminer cette congestion, indépendamment de l'existence de granulations. Cela veut dire, en outre, que les granulations ne sont pas nécessaires à la production de ces signes; que, par conséquent, ceux-ci ne révèlent seulement que l'existence d'une hyperémie pulmonaire, et par leur intermédiaire un commencement de tuberculisation, parce que l'hyperémie pulmonaire, localisée pendant un certain temps, est liée à l'éclosion déjà faite ou en train de se faire des tubercules pulmonaires.

Il en est de même des râles sous-crépitants, des craquements, quand ils sont plus gros. Ils sont, en somme, des signes de bronchite, et il n'est pas nécessaire qu'il y ait des tubercules ramollis ou en voie de ramollissement, pour qu'ils existent. Seulement quand ils sont nombreux, quand ils acquièrent un certain volume, cela suppose que les tubercules ont déjà envahi le sommet du poumon et qu'ils sont peut-être arrivés à l'époque où une certaine portion est en voie de ramollissement. Mais ce qu'ils veulent dire surtout, c'est une bronchite limitée au sommet des poumons, où elle est fixée par une raison quelconque, parmi lesquelles la tuberculisation est une des plus fréquentes et des plus constantes.

Il y avait donc chez cette jeune fille des raisons de penser à la tuberculisation pulmonaire. D'ailleurs, au bout de quelques jours, les signes stéthoscopiques devinrent prédominants à la partie supérieure. La respiration devint vide au sommet du poumon, et en ce point on constata une obscurité du son assez manifeste : le diagnostic se confirmait.

Comme ces signes s'étaient manifestés en très-peu de temps, comme, d'autre part, il existait une fièvre extrêmement intense, on devait se demander si l'on n'était pas en présence de l'un de ces cas de phthisie à forme rapide que l'on a décrit sous le nom de phthisie galopante. Dès le premier jour, il me parut que non. En effet, les signes que nous constations, c'étaient des signes de bronchite simple, généralisée, avec prédominance au sommet, chez une jeune fille autrefois scrofuleuse, descendant d'une mère tuberculeuse, il est vrai, mais chez laquelle rien ne justifiait qu'elle était atteinte d'une maladie à laquelle elle devait fatalement succomber.

C'était d'ailleurs un de ces cas dans lesquels le pronostic est extrêmement embarrassant. Il n'est pas rare, en effet, de voir, chez certains sujets, la maladie évoluer avec une rapidité effrayante, puis, alors que le médecin a prononcé un pronostic fatal, les signes stéthoscopiques disparaissent, laissant même après eux le poumon dans un état d'intégrité parfaite. On comprend combien la responsabilité du médecin est engagée quand, en présence de tels cas, il a annoncé que la maladie devait être fatalement mortelle.

Mais cela ne veut pas dire que les soupçons du praticien étaient mal fondés, et que le malade n'étaient ni tuberculeux, ni en voie de le devenir. La tuberculisation, en effet, n'a pas fatalement une marche progressive, ainsi qu'on le suppose ordinairement; elle est même susceptible de guérison. M. Guéneau de Mussy, dont on ne saurait nier l'autorité en pareille matière, en a rapporté plusieurs cas qui avaient trait à une tuberculisation chronique, il est vrai; mais les choses peuvent se passer également de la même manière pour la tuberculisation à forme aiguë. J'en ai par devers moi des exemples positifs. Il est donc certain que des malades ayant un commencement de tuberculisation granuleuse, peuvent voir leur maladie s'arrêter, quelquefois définitivement, d'autres fois seulement pour un temps plus ou moins long.

Pour en revenir à notre malade, son état s'est amélioré d'une façon assez rapide même. Aujourd'hui, la fièvre a disparu, elle tousse peu et cependant les râles persistent en

avant, ce qui nous oblige à nous demander si elle a des tubercules ramollis ou bien toujours de la bronchite, de la congestion pulmonaire généralisée.

Cette dernière hypothèse est la seule qui soit fondée d'une manière positive, mais derrière y a-t-il des tubercules? Je serais fort embarrassé de répondre par la négative, car, comme je vous l'ai dit plus haut, on doit toujours se tenir sur la réserve, et pour cette raison, j'aime mieux considérer cette femme comme étant sous le coup d'une tuberculisation pouvant évoluer par la suite, sous l'influence d'une cause quelconque, la grossesse par exemple, ainsi que j'en ai observé un exemple.

La tuberculisation pulmonaire est donc, vous le voyez, d'un diagnostic extrêmement difficile. De là, la nécessité pour le médecin de ne pas s'en fier simplement aux signes objectifs qu'il a constatés par l'exploration du poumon, mais de les analyser, de les combiner avec les renseignsments fournis par l'état général du malade, par ses antécédents, ses prédispositions héréditaires, avant de poser ses conclusions, car ce n'est qu'en groupant ensemble tous ces éléments que l'on pourra arriver à établir un diagnostic vraisemblable.

HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

Deux tentatives d'empoisonnement avec 25 centigrammes d'atropine.

Le 21 décembre 1877, le nommé X..., âgé de vingt-quatre ans, et sa maîtresse, voulant en finir avec la vie, ont absorbé chacun 25 centigrammes d'atropine, à une heure après midi.

Pendant une heure environ, ils n'ont ressenti, ni l'un ni l'autre, aucun effet du poison; la femme même a pu écrire trois lettres dans cet intervalle. Puis elle a ressenti des troubles de la vue, des vertiges, des étourdissements. C'est tout ce qu'elle se rappelle des phases de son empoisonnement. Le jeune homme n'en peut raconter davantage : il a éprouvé les mêmes effets après le même temps. Les voisins, n'ayant pas vu descendre de la chambre, y ont pénétré et ont fait transporter les deux malheureux, trouvés dans un état de coma profond, à l'hôpital Cochin, où ils sont tous deux fort étonnés de se retrouver le samedi 22 décembre matin. Ils ne se rappellent rien de ce qui s'est passé. On leur a administré force café, et ils ont repris connaissance rapidement.

Ce jour, à neuf heures du matin, la femme, qui présente un état d'affaissement beaucoup moins considérable que le jeune homme, raconte qu'elle a pris de la « nicotine ». Elle a eu des vomissements le matin (coloration rougeâtre due au café absorbé). Elle se plaint de coliques, vertiges, troubles de la vue. Pupille dilatée très-fortement. Elle a aussi éprouvé des tremblements des mains dans la matinée. Ni selles ni miction. Pas de douleurs. Sécheresse de la gorge, mais pas d'action caustique. La nuit a été agitée; délire. Pâleur de la face. Le pouls est régulier, normal, ample, à 70. Respiration régulière.

L'examen de ces symptômes inspire des doutes à M. Bucquoy, qui ne croit guère à l'empoisonnement par la nicotine, et soupçonne avec raison « l'atropine »; le jeune homme confirme le fait, et dit qu'ils en ont absorbé chacun 25 centigrammes; étonné d'avoir échappé à la mort avec une telle dose, il suppose que le pharmacien n'a peut-être pas délivré les 50 centigrammes demandés.

Le jeune homme n'a repris connaissance que vers neuf heures du matin; il éprouve une très-grande sécheresse de la gorge. Pupille également très-dilatée. Courbature générale. Envies de vomir. Soif vive. Pouls relevé.

M. Bucquoy prescrit : injections hypodermiques de morphine et chloral; limonade, etc.

On n'a pas pu examiner les urines.

Le lendemain, le jeune homme sort de l'hôpital; pupilles encore dilatées. Trois jours après, la femme quitte aussi les salles; ni l'un ni l'autre n'ayant éprouvé d'autres accidents.

Rappelons brièvement qu'on admet un certain antagonisme entre l'atropine, l'opium et la fève de Calabar; que l'innocuité de fortes doses d'atropine s'explique par son élimination rapide par les urines, et aussi par la préparation toujours plus ou moins imparfaite; ajoutons, enfin, sans comparer l'homme à un cobaye, que certains animaux, le cochon d'Inde par exemple, peuvent absorber impunément plus de 50 centigrammes d'atropine.

Toutefois, nous pensons qu'en général on ne doit peut-être pas accepter sans quelque défiance les traitements qui reposent sur l'antagonisme de deux poisons.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 janvier 1877. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

M. G. Delaunay fait une communication sur les éléments anatomiques, les humeurs et les systèmes étudiés d'après la méthode qu'il a déjà exposée devant la Société, et qui consiste à rechercher l'influence exercée sur la nutrition et l'évolution de l'organisme et de ses parties par toutes les circonstances anatomiques, physiologiques, mésologiques et pathologiques, qui peuvent agir en biologie.

Éléments anatomiques. — Considérons les hématies et les leucocytes par exemple.

Le nombre des hématies est plus élevé chez les espèces supérieures que chez les inférieures, chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard, chez le fort que chez le faible. Or, comme les espèces supérieures, l'homme, l'adulte et le fort, sont plus avancés en évolution que les espèces inférieures, la femme, l'enfant, le vieillard et le faible, il en résulte que le nombre des hématies est *en raison directe de l'évolution.*

De plus, le nombre étant accru par les circonstances physiologiques et météorologiques qui augmentent la nutrition : alimentation, fonctionnement organique, hiver, pays froids, séjour à la campagne, au bord de la mer, et diminué par les circonstances qui diminuent la nutrition : jeûne, défaut d'exercice, menstruation, etc., pays chauds, séjour à la ville, est *en raison directe de la nutrition.*

Le nombre des leucocytes étant plus élevé chez les espèces inférieures que chez les supérieures, chez la femme que chez l'homme, chez l'embryon que chez le nouveau-né, chez celui-ci que chez l'enfant de deux ans, chez l'adolescent que chez l'adulte, chez le faible que chez le fort, dans le côté gauche que dans le côté droit, en un mot, ce nombre étant à son *maximum* chez les individus ou les parties d'individus les moins avancés en évolution est *en raison inverse de l'évolution.*

De plus, ce nombre étant augmenté par les circonstances physiologiques et pathologiques qui diminuent la nutrition : jeûne, maladies générales, est en raison inverse de la nutrition.

Humeurs. — La quantité, la densité, la rougeur du sang étant plus grande chez les espèces supérieures que chez les inférieures, chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard, chez le fort que chez le faible, sont en raison directe de l'évolution.

De plus, la quantité, la densité, la rougeur du sang étant accrues par les circonstances qui augmentent la nutrition : alimentation, fonctionnement organique, augmentation de pression barométrique, séjour à la campagne, au bord de la mer, et diminuées par les circonstances qui diminuent la nutrition : jeûne, saignée, défaut d'exercice, menstruation, été, pays chauds, altitude, séjour à la ville, sont en raison directe de la nntrition.

La proportion des globules sanguins est en raison directe de l'évolution et de la nutrition. Au contraire, la proportion d'eau contenue dans le sang est en raison inverse.

La quantité de sels contenus dans le sang, étant plus grande chez les espèces supérieures, le mâle, l'adulte, est en raison directe de l'évolution.

Urine. — La densité, la coloration, la proportion de matières fixes, sont en raison directe de l'évolution et de la nutrition.

Au contraire, la proportion d'eau est en raison inverse.

Systèmes. — On peut considérer un système en général ou bien un de ses caractères mathématiques, physiques, chimiques, organiques. On peut aussi décomposer un système en ses divers éléments.

Relativement au système osseux, par exemple, M. Delaunay a montré que le carbonate de chaux contenu dans ce système était en raison directe de l'évolution et de la nutrition, tandis que le phosphate de chaux était en raison inverse.

La proportion de matière minérale étant plus grande chez les espèces supérieures, le mâle, l'adulte, dans les os du côté droit et dans ceux de la vie animale (crâne, membres) est en raison directe de l'évolution. De plus, cette proportion étant accrue par l'alimentation, le fonctionnement, et diminuée par le jeûne, la paralysie, le défaut d'exercice, est en raison directe de la nutrition.

Au contraire, la proportion de matière organique est en raison inverse de l'évolution et de la nutrition.

Le pouls et la densité du système osseux, étant plus grands chez l'homme, l'adulte, le fort, dans les os du côté droit, sont en raison directe de l'évolution.

La vie animale étant plus développée chez les espèces et les races supérieures, l'homme, l'adulte, le fort, en un mot chez les individus les plus avancés en évolution, les systèmes se rattachant à la vie animale sont à leur maximum chez ces individus et sont en raison directe de l'évolution et de la nutrition. Tels sont les systèmes musculaire et nerveux.

Au contraire, la vie végétative étant plus intense chez les espèces et les races inférieures, la femme, l'enfant, le vieillard, le faible, en un mot chez les individus les moins avancés en évolution, les systèmes se rattachant à la vie végétative sont en raison inverse de la nutrition et de l'évolution. Tels sont les systèmes adipeux et lymphatique.

M. Delaunay ayant analysé les divers travaux publiés sur ces systèmes, est arrivé à la synthèse suivante :

Le système adipeux, étant plus développé chez les espèces et les races inférieures, la femme, l'enfant, le faible, dans les appareils de la vie végétative, est en raison inverse de l'évolution.

De plus, le développement de ce système étant favorisé par les circonstances physiologiques (défaut d'aliments, défaut d'oxygène, défaut d'exercice physique et intellectuel, menstruation), mésologiques (été, pays chauds, obscurité) et pathologiques (saignées, maladies), qui diminuent la nutrition, est en raison inverse de la nutrition. Aussi ce système est-il très-developpé dans les parties les moins vasculaires, et les moins actives de l'organisme.

Le système lymphatique, étant très-développé chez les espèces et les races inférieures, le sexe féminin, l'enfant, le faible, dans le côté gauche, dans les organes de la vie végétative, est en raison inverse de l'évolution.

On peut aussi considérer les systèmes de produits, comme le système pileux, par exemple.

La couleur blonde des poils étant plus répandue chez les races inférieures que chez les supérieures (les Anglais et les Allemands sont en train de devenir bruns), chez le sexe féminin que chez le masculin, chez les enfants et les vieillards que chez les adultes, chez les faibles que chez les forts, est en raison inverse de l'évolution.

De plus, cette couleur étant accrue par le jeûne, le froid local, est en raison inverse de la nutrition.

En résumé, les principes immédiats, éléments anatomiques, humeurs, systèmes dont le développement est favorisé par les circonstances qui agissent en plus sur la nutrition et l'évolution sont en raison directe de la nutrition et de l'évolution. Ceux dont le développement est contrarié par les circonstances qui agissent en moins sur la nutrition et l'évolution sont en raison inverse de la nutrition et de l'évolution.

M. Delaunay se propose d'appliquer la même méthode aux divers appareils et organes.

Localisations cérébrales.— M. FÉRÉ fait une communication ayant pour but de démontrer que, parmi les différents procédés d'étude relatifs à cette question, ceux qui sont basés sur la constatation des lésions de la couche corticale après l'observation des troubles moteurs, sont de beaucoup préférables à ceux qui reposent sur l'existence d'atrophies plus ou moins nettes consécutives à d'anciennes amputations.

M. LUYS fait observer qu'il existe des faits probants d'atrophies consécutives à d'anciennes amputations. Il en possède lui-même plusieurs exemples avec photographies à l'appui qu'il montrera dans la prochaine séance.

M. FÉRÉ ne nie pas l'importance de ces faits, mais il pense qu'ils ne sont pas encore suffisamment établis.

Modifications des ganglions lymphatiques sous diverses influences pathologiques. — M. CORNIL fait une première communication sur ce sujet. Il commence par rappeler la structure normale des ganglions, puis il fait observer qu'il n'est pas un seul organe qui, sous une influence pathologique, perde plus facilement sa structure. Si, par exemple, on examine un ganglion enflammé, il est impossible de le distinguer histologiquement d'une tumeur. Dans l'inflammation commune, les vaisseaux lymphatiques qui sont dans la capsule, les sinus qui sont autour du tissu réticulaire inter-alvéolaire, sont remplis de globules de pus, la plupart remplis de granulations graisseuses, mais il n'y a rien de véritablement spécifique dans ce qu'on trouve au microscope.

M. Cornil a étudié les vaisseaux lymphatiques syphilitiques aux diverses périodes de la maladie. Ayant enlevé des ganglions sur des malades de Lourcine, il a pu les étudier à l'état frais : le tissu conjonctif était plus épais qu'à l'état normal. Dans les cas où il y a de la scrofule, en même temps que de la syphilis, ce qui domine, c'est l'hypertrophie du tissu conjonctif autour des vaisseaux et la cirrhose de l'organe à tous les degrés.

Dans la syphilis viscérale, les ganglions sont blancs, gros et mous, La section donne une grande quantité de suc blanc ; on constate en même temps une dilatation considérable de tous les vaisseaux lymphatiques des ganglions.

M. Cornil communiquera ultérieurement les suites de ces recherches.

Des cellules de la rate. — M. POUCHET fait une communication sur ce sujet. Il a étudié les leucocytes ou globules blancs qu'on trouve dans la rate, et il est arrivé à cette conclusion, qu'il émet avec réserves, que c'est probablement dans la rate que les globules blancs se transforment directement en globules rouges.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 12 janvier 1878. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Des cellules de la rate. — M. HAYEM, à l'occasion de la communication de M. Pouchet sur ce sujet, fait observer que ce que M. Pouchet décrit sous le nom de leucocytes spléniques ou typiques, n'est autre chose que ce que lui-même a décrit sous le nom d'hématoblastes. Suivant lui, ce sont, non pas des globules blancs, mais les formes jeunes des globules rouges. Dès qu'ils apparaissent, ils présentent tous les caractères et toutes les propriétés des globules rouges. Ceux-ci proviennent donc d'eux-mêmes et non des globules blancs. (Voy. le compte rendu de la séance du 24 novembre 1877.)

Localisations cérébrales. — M. LUYS, à l'occasion du procès-verbal et en réponse à la communication faite dans la dernière séance par M. Féré, présente des photographies où l'on peut constater des atrophies consécutives à d'anciennes amputations. L'une d'elles représente le cerveau d'une femme morte à la Salpêtrière et qui, vingt-sept ans auparavant, avait subi l'amputation du membre supérieur droit; on constate, sur ce cerveau, une atrophie très-nette siégeant dans la zone motrice du côté opposé. Dans un autre cas, il s'agit également d'une femme morte une vingtaine d'années après l'amputation d'un membre, et dont le cerveau présente une atrophie du côté opposé au membre anciennement amputé.

M. CHARCOT, lorsqu'il a exposé il y a plusieurs années les premiers éléments des localisations cérébrales, a parlé des cas de lésions atrophiques consécutives à la suppression de fonction d'un membre. Il a cité un premier cas de Saunders; il a rapporté lui-même l'observation d'un malade ayant été atteint de paralysie infantile et étant mort très-âgé, chez lequel on trouva, [dans les parties du cerveau correspondantes au membre qui avait été paralysé, une atrophie assez nette. Mais à côté de ces faits, il possède plusieurs cas d'amputations anciennes, dans lesquelles l'examen le plus attentif et le plus minutieux du cerveau n'a rien fait découvrir. Il fait observer, en outre, que des deux observations présentées par M. Luys, l'une concorde bien avec les données acquises sur les localisations, mais que l'autre est tout à fait en désaccord avec elles, puisque l'atrophie ne siége pas dans la zone motrice. Il résulte de tout ceci que ce procédé d'étude ne donne pas des résultats constants, et qu'il faut lui préférer celui qui consiste à constater les lésions produites après avoir enregistré, pendant la vie, les troubles moteurs qui se sont manifestés. Ce dernier procédé, en effet, donne des résultats constants.

M. LUYS n'a jamais eu l'intention de mettre au second plan la méthode employée par M. Charcot pour l'étude des localisations cérébrales. Il a simplement voulu faire connaître des faits qui ont leur importance et qui ne font d'ailleurs que confirmer les opinions admises sur les localisations cérébrales.

Modifications pathologiques des ganglions. — M. CORNIL continue l'exposé des recherches qu'il a commencé dans la précédente séance sur ce sujet. Il s'occupe aujourd'hui des ganglions strumeux ou scrofuleux. On sait que ceux-ci forment de grosses masses qui siègent de préférence au cou et dans lesquelles des ganglions sont agglomérés, les uns à peine modifiés, les autres, au contraire profondément altérés, de telle sorte qu'avec une seule de ces masses ganglionnaires, il est possible d'étudier l'affection à ses diverses périodes. Il distingue trois catégories de faits: 1° Une où il s'agit, au début, de ganglions encore petits; 2° Ceux où il s'agit, à une période plus avancée, de ganglions énormes; 3° enfin, ceux où il s'agit de ganglions en voie de dégénérescence caséeuse ou fibreuse. M. Cornil décrit, avec détails, les altérations macroscopiques et microscopiques que présentent les ganglions strumeux à ces diverses périodes de la maladie. Il montre à l'appui un grand nombre de pièces et de dessins histologiques.

Du rhythme du cœur. — M. MALASSEZ, à l'occasion de la communication faite dans l'une des dernières séances, par M. Dastres, fait connaître les expériences de M. Ranvier sur le même sujet. Ces expériences qui n'ont pas été publiées, ont conduit aux mêmes résultats que ceux qui ont été constatés par MM. Dastres et Morat.

De la mort par le charbon. — M. REGNARD rappelle la communication qu'il a faite en son nom et au nom de M. Jollyet, un cas de mort par le charbon, observé à l'Hôtel-Dieu (voy. numéros 143 et 147 de la *Gazette des Hôpitaux*, 1877). MM. Regnard et Jollyet ont complété l'étude entreprise sur ce malade, par l'expérimentation sur les animaux: ils ont inoculé du sang bactéridien à un chien et ont procédé chez lui aux mêmes examens que sur le malade de l'Hôtel-Dieu. Ils ont constaté les mêmes phénomènes; l'abaissement de la température à 34°, le même rapport entre l'oxygène absorbé et l'acide carbonique exhalé. Enfin, le sang de ce chien qui, avant l'inoculation, contenait 20 pour 100 d'oxygène, en contenait, après, 26, 6 de plus. Les résultats fournis par cette expérience concordent donc avec les phénomènes observés chez l'homme.

PRÉSENTATION

M. HAYEM offre en hommage un volume intitulé : *Recherches sur l'anatomie pathologique de l'atrophie musculaire*, travail couronné par l'académie de médecine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1878. — Présidence de M. EMPIS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Après la lecture du procès-verbal, M. Empis président sortant et M. Labric président pour l'année 1878, prononcent chacun une allocution qui est accueillie par des marques unanimes d'approbation.

PRÉSENTATION

M. MAURICE RAYNAUD présente une brochure ayant pour titre : *de l'arthrite sèche vertébrale.*

COMMUNICATION

Tétanos. — M. FÉRÉOL, au nom d'un membre correspondant, lit une observation de tétanos rhumatismal guéri par l'emploi des bains tiédes prolongés.

Du bruit de souffle inorganique ou anémo-spasmodique. — M. CONSTANTIN PAUL donne lecture d'un mémoire dans lequel il se propose de démontrer que le bruit de souffle dit inorganique ou anémo-spasmodique siège dans l'artère pulmonaire. Il commence par faire ressortir tous les avantages, au point de vue de l'auscultation du cœur, des stéthoscopes flexibles sur les stéthoscopes rigides. Depuis déjà fort longtemps, M. Constantin Paul ne se sert pas d'autres instruments pour l'auscultation du cœur et s'en est toujours très-bien trouvé. Son travail qui ne comprend pas moins de vingt-six observations se termine par les conclusions suivantes : j'aurais pu, dit-il, donner un plus grand nombre d'observations; mais je n'ai pas cru utile de fournir plus de dix exemples de bruit ordinaire existant dans la veine jugulaire et dans l'artère pulmonaire. Tandis que les autres variétés de siége et de prolongement ont été toutes notées et sont par conséquent moins fréquentes par rapport à ce type, qu'elles ne semblaient l'être par le nombre des observations contenues dans ce mémoire.

2° Une seconde remarque importante est celle-ci : dans les bruits constatés à la poitrine, soit au niveau de l'artère pulmonaire, soit au niveau de la mitrale, le procédé d'auscultation n'est pour rien dans la production des bruits. La pression du stéthoscope limitée par les côtes n'atteint pas les organes. Il n'en est pas de même du cou où il est bien difficile de ne pas déprimer les vaisseaux avec l'instrument. Encore peut-on dire que l'emploi du stéthoscope flexible permet de presser beaucoup moins les vaisseaux et de changer beaucoup moins la forme des veines jugulaires.

3° Le bruit anémique s'entend manifestement au niveau de l'artère pulmonaire et siège dans cet organe. Il s'entend dans le deuxième espace intercostal. Chez les sujets où j'ai entendu exceptionnellement ce bruit dans le troisième espace, l'abaissement simultané de la pointe et du bord supérieur du foie permettent de penser que, chez eux, le sternum est court, le cœur relativement abaissé et l'artère pulmonaire située au-dessous de la troisième côte au lieu de la deuxième.

4° Le bruit de souffle est systolique et quand il se prolonge, il couvre le petit silence, mais ne dépasse pas le claquement valvu-

laire qui, dans toutes les observations, sauf une, s'est montré éclatant.

Le bruit correspond donc à l'accélération du sang dans l'artère pulmonaire, aussi est-il atténué lorsqu'on oppose des obstacles à cette accélération.

5° Lorsqu'on fait asseoir le malade et qu'on oppose ainsi l'action de la pesanteur à l'activité de la circulation de l'artère pulmonaire, ce bruit diminue d'intensité malgré la petite accélération du cœur que produit le mouvement de s'asseoir.

6° Lorsqu'on fait faire au malade un effort, et un effort prolongé en faisant faire une aspiration forcée que l'on arrête par l'occlusion de la bouche et des mains, le bruit de souffle diminue et arrive à cesser complétement, bien que le malade soit dans le décubitus horizontal, c'est-à-dire dans la position où il présente d'ordinaire le maximum du bruit de souffle.

Quand l'effort cesse et que la circulation de l'artère pulmonaire reprend peu à peu son énergie, à mesure que les grandes inspirations décongestionnent la poitrine, le bruit de souffle reparaît peu à peu et reprend toute son intensité.

7° Lorsque, au contraire, on fait marcher le malade rapidement, de manière à augmenter les contractions cardiaques de fréquence et d'intensité, et qu'on fait coucher le malade, le bruit de souffle augmente. Aussi, à la première visite du soir, quand le malade vient d'arriver, les bruits sont-ils toujours plus intenses que le lendemain matin, alors que le malade s'est reposé pendant toute la nuit.

8° Le bruit de souffle anémique ou spasmodique de l'artère pulmonaire n'est pas toujours doux, il est souvent vibrant et rude et s'accompagne alors de frémissement cataire qu'on peut percevoir dans le deuxième espace intercostal.

9° Le bruit de souffle le plus constant que l'on observe est celui des veines jugulaires.

10° Le bruit de souffle de l'artère pulmonaire n'existe jamais seul; il est toujours accompagné par les souffles des jugulaires, et quand la maladie s'améliore le bruit de l'artère pulmonaire disparaît avant celui des jugulaires.

11° Quand il existe un troisième foyer à la mitrale, il en existe toujours deux autres, l'un dans la jugulaire et l'autre dans l'artère pulmonaire.

Si la maladie s'améliore, le premier foyer qui disparaît est le foyer de la mitrale, puis le foyer de l'artère pulmonaire, et enfin celui des jugulaires.

12° Les bruits anémiques ou spasmodiques de l'artère pulmonaire ne sont pas constants dans l'anémie; il faut, pour les produire, deux conditions, l'anémie et le spasme du vaisseau. Une anémie profonde sans spasme ne les donne pas. Des spasmes actifs avec une anémie beaucoup moindre peuvent les produire.

Aussi les recherches dans lesquelles j'avais cherché à établir un rapport entre l'intensité du bruit de souffle et la numération des globules ne m'ont pas donné des résultats concordants.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

394. Faure. Des végétations globuleuses du cœur.

395. Bellemère. Considérations sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale.

396. Audibert. Étude sur le traitement de la cataracte traumatique.

397. Cousin. Du développement des tumeurs de l'ovaire et en particulier des kystes dermoïdes.

398. Foucher. Contribution à l'étude de l'influence des affections cardiaques sur le traumatisme.

399. Faucon. Quelques réflexions sur le traitement des kystes synoviaux tendineux.

400. Galesco. De l'orchite chronique.

401. Parsavant. Étude sur les contusions de l'abdomen sans plaie.

402. Maigrot. Étude sur les bubons strumeux de l'aine chez les adultes.

403. Roudouly. Du ptérygion.

404. Le Goff. Considérations sur la structure des nerfs.

405. Labroue. De la paralysie des extenseurs de l'avant-bras dans l'intoxication saturnine.

406. Chevalier. Étude clinique sur les paralysies hystériques des quatre membres.

407. Loubat. De quelques phénomènes nerveux pouvant survenir chez la femme dans la période secondaire de la syphilis.

408. Nau. Contribution à l'étude de la congestion et de l'apoplexie pulmonaire unilatérale dans les cas de ramollissement du cerveau.

409. Lartigau. Contribution à l'étude des fractures de l'omoplate.

410. Servet. De l'auscultation comme moyen d'exploration dans les affections de l'oreille.

411. Deffaux. Contribution à l'étude des tumeurs du sein d'origine épithéliale.

412. Lémeré. Étude sur les accidents consécutifs à l'arrachement des polypes des fosses nasales.

413. Lachize. De la présence des carbonates alcalins dans les urines de certains aliénés.

414. Lebrun. Essai sur le traitement des hémorrhagies artérielles de la main et du poignet.

415. Basc. Le paraphimosis.

416. Cellier. De l'influence de l'hérédité sur la production de l'hémorrhagie cérébrale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Daremberg, préparateur au laboratoire de la Charité, est autorisé à se faire suppléer, du 15 novembre 1877 au 15 mai 1878, par M. Robin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. Dareste de la Chavanne, docteur ès sciences et docteur en médecine, professeur à la Faculté des sciences de Lille, est autorisé à faire un cours d'embryogénie à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1877-78.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Emmanuel, né le 23 décembre 1849, à Mance (Moselle), est nommé aide-préparateur de physique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Delore, chargé des fonctions d'agrégé, est nommé professeur adjoint d'accouchements et de clinique obstétricale.

M. Duchamp (Casimir-Adolphe-Victor), est institué, pour une période de quatre ans, prosecteur.

M. Blaise est nommé aide-bibliothécaire de la Faculté pour l'année scolaire 1877-78.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Ville (Jules), né à Perpignan, le 22 mars 1849, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Béchamp, démissionnaire.

M. Lemoine (Louis-François-Émile-André), est institué aide d'anatomie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Fietta (Marie-Dieudonné-Pierre-Paul), né à Strasbourg, le 19 octobre 1839, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Villemain, démissionnaire.

M. Lambling (Eugène-Frédéric), est nommé aide-préparateur de chimie biologique, en remplacement de M. Garnier, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Viallanes (Henri) est nommé préparateur des cours d'anatomie et physiologie des animaux, en remplacement de M. George, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Moquin-Tandon, docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur de zoologie et de botanique.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Sicard (Henri-Joseph-Auguste), docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur de zoologie.

— *Muséum.* — M. Gervais (Henri), docteur en médecine, préparateur de la chaire d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, est nommé aide-naturaliste près la même chaire, en remplacement de M. Bastien, démissionnaire.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Lobert (Émile-Pierre), pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de chimie, de pharmacie, de matière médicale et d'histoire naturelle, pour une période de neuf années.

— *Hospices civils de Saint-Étienne.* — Le lundi 29 avril 1878, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat des hospices, rue Valbenoite, 40, à Saint-Étienne, — où l'on trouvera les conditions d'admission au concours.

— M. le docteur Werther de Cesti, officier de la Légion d'honneur, chirurgien en chef des asiles d'aliénés du département de la Seine, ex-médecin en chef du ministère de la guerre, auteur de plusieurs ouvrages, est nommé officier de l'instruction publique.

— M. Lecœur, lauréat de l'École de pharmacie, interne des hôpitaux de Paris, est délégué dans les fonctions de professeur d'histoire naturelle (3e classe) à l'École normale d'enseignement secondaire spécial de Cluny, pendant la durée du congé accordé à M. Sagot.

— M. Hudellet, médecin adjoint du lycée de Bourg, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Place, démissionnaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, par le docteur E. Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — 7e édition, corrigée et considérablement augmentée. Ouvrage couronné par l'Institut de France. — Paris, 1878, 1 vol. in-8° de XVI-1136 pages avec 179 figures intercalées dans le texte. Prix : 18 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. — 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes de l'œil comprenant l'iritis, les choroïdites et le glaucome, professées par F. Panas, chargé du cours complémentaire d'ophthalmologie; rédigées et publiées par E. Kirmisson, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8° avec 11 figures dans le texte. Prix : 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du développement des tumeurs de l'ovaire, en particulier des kystes dermoïdes, par le docteur Cousin. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude critique sur la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde, par le docteur Henri Huchard. — Une brochure gr. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Germer-Baillière et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 7. — JEUDI 17 JANVIER 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 17 JANVIER 1878. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ainsi qu'on devait le prévoir d'après la longueur inusitée du comité secret préalable, l'élection d'hier a été chaudement disputée. Il a fallu trois tours de scrutin. M. Henri Guéneau de Mussy, cousin de notre excellent maître M. Noël Guéneau de Mussy, bien que présenté seulement en dernière ligne par la section, l'a emporté sur ses concurrents; M. Lagneau, qui avait été présenté en première ligne, le suivait de tellement près, que, dès à présent, son élection est considérée comme assurée pour la première vacance.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Hernie inguinale étranglée. — Péritonite consécutive.

Nous avons en ce moment, dans le service, un malade qui est entré avec des accidents herniaires assez bizarres et sur lesquels je désire appeler votre attention. Cet homme, qui est couché au n° 25 de la salle Sainte-Vierge, s'est présenté avec une hernie inguinale, s'arrêtant un peu au-dessous du pubis et qui paraissait étranglée depuis sept à dix heures seulement. Il est atteint de bronchite, et c'est sous l'influence des efforts de la toux que sa hernie, qu'il contenait très-bien à l'aide d'un bandage, a fait saillie à l'extérieur sans qu'il parvînt à la faire rentrer. Quand cet homme est entré à l'hôpital, l'étranglement datait, comme je viens de le dire, de sept à dix heures, il était caractérisé, entre autres phénomènes, par des coliques dans le ventre, des vomissements muqueux et l'absence de garde-robes.

En présence de ces accidents, l'interne de service pratiqua le taxis, et, après un quart d'heure de tentatives, parvint à faire rentrer la hernie.

Cette conduite était sage; mais elle aurait été plus sage encore, si l'on avait eu soin de chloroformiser le malade avant de poursuivre la réduction. Quand, en effet, après trois ou quatre minutes de manœuvre, la hernie n'est pas réduite, quand on sent qu'on a affaire à une tumeur très-dure, très-écrasante, il n'y a aucun inconvénient, il y a même avantage à employer le chloroforme.

Voici pourquoi : d'abord le malade étant endormi, les muscles abdominaux se relâchent et l'on n'a plus de ces contractions qui en repoussant l'intestin vers la hernie, ou bien en refoulant simplement les gaz des parties contenues dans le ventre vers l'orifice du bout supérieur et du bout inférieur de la hernie, contribuent beaucoup à rendre la tumeur irréductible. Enfin, l'anesthésie a encore ce grand avantage d'empêcher le malade de se soustraire aux efforts du chirurgien, et de permettre à celui ci d'employer une force plus grande pour le taxis, sans que, en vertu d'une tendance très-naturelle, il se laisse arrêter par les cris et les mouvements du patient.

Mais le point sur lequel j'appelle votre attention est celui-ci : c'est que, quoique la réduction ait été très-bien obtenue, le malade, au lieu de se déclarer guéri comme cela a lieu ordinairement après la rentrée de la hernie, a continué à éprouver du malaise et à se plaindre de coliques, de nausées, sans pourtant avoir de vomissements. Cet état s'est prolongé les jours suivants; cependant, la circulation intestinale s'était rétablie, car, immédiatement après la rentrée de la tumeur dans le ventre, le malade avait expulsé des gaz par l'anus. Il n'avait pas eu de garde-robe, il est vrai, mais un purgatif avait, le lendemain, provoqué l'émission de selles diarrhéiques.

Pourquoi cet homme reste-t-il malade? Le premier jour qui a suivi la réduction de sa tumeur, avant de l'avoir purgé, je me suis demandé si, par hasard, il n'y avait pas eu chez lui ce que nous appelons la réduction en masse, c'est-à-dire le refoulement simultané, dans l'abdomen, sous l'influence du taxis, des viscères herniés et du sac qui les contient, dont le collet forme alors l'étranglement. Mais, en analysant les phénomènes que nous avions sous les yeux, j'ai dû renoncer tout de suite à cette interprétation, puisque, ainsi que je vous l'ai dit, dès le jour même qui avait suivi la rentrée des parties herniées, les vomissements avaient cessé, le malade avait rendu des gaz par l'anus, enfin l'huile de ricin avait provoqué une garde-robe.

Une autre raison qui contribuait encore à éloigner cette opinion, c'est que, pendant que le malade toussait, j'avais vu, à diverses reprises, la hernie apparaître à l'extérieur et rentrer successivement dans l'abdomen; or, il n'est pas ordinaire qu'une hernie se reproduise ainsi quand, la réduction en masse ayant eu lieu, elle continue à être étranglée par le collet du sac.

Cela n'a lieu que s'il se forme une nouvelle hernie à côté de la première. Mais ces faits sont rares et, d'ailleurs, la tumeur réductible, que je constatai le lendemain du taxis, s'était montrée trop vite pour que j'aie pu croire à une hernie nouvelle, l'ancienne étant cachée quelque part dans l'enceinte pelvienne.

Si ce n'est pas une réduction en masse, s'agirait-il donc d'une de ces péritonites lentes, mais sérieuses, graves, qui sont la conséquence de la rentrée dans le ventre d'un intestin qui a une petite perforation à travers laquelle des gaz, des liquides s'épanchent dans le péritoine? Quand la perforation est considérable, l'épanchement des fluides, dans la cavité abdominale, donne lieu à une péritonite suraiguë qui enlève le malade en quelques heures, et la question est jugée tout de suite; mais quand l'ouverture est petite, il en résulte une péritonite lente, chronique, donnant lieu à des manifestations mal caractérisées.

Eh bien, fallait-il penser que nous avions affaire ici à un cas de ce genre? Je ne l'ai pas cru dès le premier jour et je ne le crois pas encore. D'abord, pour cette raison que dans la hernie inguinale étranglée, il est très-rare qu'une perforation se produise dans l'espace de neuf à dix heures. Cela arrive quelquefois, même pour la hernie crurale, ainsi que j'en ai cité des exemples, mais, comme je viens de vous le dire, c'est un fait extrêmement rare, et d'autre part, comme lorsque cet accident a lieu, l'observation a montré qu'il n'arrivait que le plus ordinairement vers le troisième, quatrième ou cinquième jour, je ne saurais admettre ici une péritonite développée sous l'influence de la cause que je viens de vous indiquer.

En outre, quoique ces perforations ne laissent passer qu'une très-petite quantité de fluide dans la cavité péritonéale, l'expérience a appris que la péritonite développée sous cette influence donne lieu, non-seulement aux symptômes habituels de cette affection, mais encore à des accidents semblables à ceux qui caractérisent la hernie étranglée, même à des vomissements fécaloïdes. L'existence de ces derniers n'est pas, il est vrai, une règle générale, mais néanmoins ils sont assez fréquents. A quoi cela tient-il? Probablement parce que ces péritonites par épanchement ont pour propriété de donner lieu, de la part de l'intestin à des contractions péristaltiques violentes, qui font remonter les matières presque dans l'estomac, par lequel elles sont ensuite rejetées.

Mais notre malade n'a eu que des symptômes de péritonite trop peu accusés, pour que j'aie pu m'arrêter à la pensée qu'il y avait eu chez lui réduction d'un intestin perforé.

Si donc nous n'avons pas affaire ici à la persistance de l'étranglement après une réduction en masse; s'il ne s'agit pas davantage d'une péritonite provoquée sous l'influence de l'épanchement dans la séreuse péritonéale de fluides intestinaux, de quoi est-il atteint? Tout simplement d'une de ces inflammations modérées, très-légères, à marche subaiguë, qui sont une des conséquences de l'étranglement de la hernie; inflammation qui, partie de l'intestin hernié, se propage au péritoine, et que j'ai l'habitude d'appeler la péritonite de l'étranglement, à laquelle vient s'ajoute, quand le chirurgien est obligé de débriderr, la péritonite, suite de l'opération; inflammation enfin qui, au lieu de cesser après la réduction comme cela a lieu le plus ordinairement, a continué à persister pendant quelques jours, mais qui, selon toute vraisemblance, ne tardera pas à disparaitre.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

La myocardite palustre et la myocardite puerpérale (1)

(Leçons recueillies par le docteur Garcin, chef de clinique).

V

Il résulte de ces dispositions nouvelles :

1° Une modification dans l'état physiologique du cœur; 2° une modification dans ses états pathologiques préexistants; la production d'un nouvel état morbide de cet organe.

La modification anatomo-physiologique consiste dans une hypertrophie, et cette hypertrophie porte surtout sur la paroi du ventricule gauche, laquelle est plus sujette aux changements physiologiques comme aux altérations morbides. Démontrée par Larcher, Blot, Zambaco, cette hypertrophie du ventricule gauche augmente, du quart au moins du tiers au plus, l'épaisseur de la paroi; elle suit dans son évolution l'hypertrophie utérine. Elle est avantageuse, compensatrice et permet au cœur de lutter avec plus de force contre les obstacles qui se sont dressés devant lui.

Quand je dis qu'elle est avantageuse, il y a cependant une exception à faire : qu'une malade ait été préalablement atteinte d'une insuffisance absolue de la mitrale, ces contractions énergiques du ventricule, en augmentant le reflux du sang dans l'oreillette, aggraveront cette insuffisance.

Mais il y a dans la grossesse des modifications plus dangereuses des états pathologiques qui préexistaient dans le cœur. Elles consistent dans l'apparition ou l'aggravation de ces troubles morbides de la circulation générale qui, depuis Beau, sont désignés sous le nom d'asystolie. Une maladie du cœur jusqu'alors latente ou très-discrète dans ses manifestations s'aggrave énormément pendant la grossesse; c'est un fait mis en lumière par les travaux de Peter qui a observé surtout l'exacerbation subite de la congestion pulmonaire que produisent les affections cardiaques et à laquelle la femme enceinte est prédisposée tout spécialement, puisque son poumon est traversé par une masse sanguine plus considérable qu'à l'état de vacuité, alors que le défaut d'abaissement du diaphragme s'oppose à son développement. Il y a chez la femme enceinte une tendance à l'hyperémie qui se traduit beaucoup moins par des signes d'auscultation que par la dyspnée et les hémoptysies : de là l'utilité, autrefois si bien reconnue, des saignées dans la grossesse; de là aussi l'indication de chercher moins à augmenter le sang qu'à faciliter la respiration et la circulation. On comprend que, sous l'influence d'une affection cardiaque préexistante, cette tendance devienne irrésistible et prenne les plus fortes proportions. Il ne faudrait cependant pas la considérer comme constante et, en quelque sorte, fatale. J'ai sous les yeux l'exemple d'une jeune dame atteinte de rétrécissement mitral avec insuffisance absolue, et qui a traversé deux grossesses sans accident.

Enfin la grossesse peut produire de toutes pièces un état morbide du cœur.

Il y a, je vous l'ai dit, de grandes différences dans l'énergie cardiaque suivant les individus. Si certains cœurs résistent et s'hypertrophient pour résister, d'autres ne savent pas résister et se *dilatent*, ce qui constitue la fatigue permanente ou l'impuissance du cœur. Cette dilatation rend les battements plus tumultueux, les bruits plus éclatants, l'impulsion non

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 décembre 1877.

plus forte mais plus étendue. En regard de l'hypertrophie modérée, qui est un état physiologique, il faut donc placer la dilatation, état pathologique dont précisément notre n° 13 de la salle Sainte-Élisabeth nous offre un exemple. Cette dilatation, cause de palpitations et d'essoufflement, peut survivre à l'état puerpéral chez des femmes qui ont eu plusieurs enfants.

Dans d'autres cas, le cœur ne résiste pas, il cède, il capitule, mais, au lieu de manquer de force contractile, il manque de force nutritive; au lieu de se dilater, *il dégénère; il passe à l'état granuleux, lésion de la myocardite.* C'est cet état qui a été observé par Coste chez trois des femmes qui ont succombé brusquement pendant la période puerpérale sans métro-péritonite et chez lesquelles on a trouvé le cœur flasque, de couleur pâle ou jaunâtre, avec altération granuleuse très-avancée des fibres musculaires et développement de tissu conjonctif autour des fibres altérées. Ici l'impulsion cardiaque est faible, le premier bruit à la pointe est affaibli, le pouls fréquent, petit et irrégulier, la tendance syncopale est accentuée. Ces syncopes ne sont heureusement pas toujours mortelles : une dame que j'accouchais récemment en eut, après la délivrance et sans hémorrhagie abondante, deux successives après lesquelles j'ai eu le bonheur de la voir se ranimer.

La dilatation et l'état granuleux peuvent l'un et l'autre déterminer une insuffisance relative de la mitrale, la première accidentellement et avec des variations qui tiennent à des changements dans l'énergie musculaire, le second, habituellement et par le fait de l'altération granulo-graisseuse des muscles papillaires. Le signe physique de ces insuffisances relatives sera le même que dans les insuffisances absolues, et on se demande si Peter, qui a remarqué les relations toutes particulières des congestions pulmonaires, avec les insuffisances mitrales dans la grossesse, n'a jamais pris pour une insuffisance absolue ce qui n'était qu'une insuffisance relative.

Indépendamment de ces conditions nouvelles toutes spéciales dans lesquelles se trouve le cœur de la femme enceinte, il est encore modifié au même titre que les autres organes, comme faisant partie d'un être qui subit un changement important dans son existence.

Pour bien comprendre ces phénomènes, il faut être nourri des doctrines vitalistes, il faut savoir que chaque organe n'a pas une existence isolée, qu'il fait partie vivante, mais intimement partie d'un tout vivant et qu'en cette qualité, il participe aux impressions et aux actes de l'être auquel il appartient *consensus unus, conspiratio una.*

Quand s'opère dans l'organisme, un changement important comme celui de la grossesse, l'organisme en est impressionné, l'organisme réagit.

Cette impression et cette réaction sont générales. Elles peuvent porter sur la vie morale, sur la vie de relation et sur la vie de nutrition.

Sur la vie morale, elles déterminent chez la femme enceinte des modifications dans le caractère et des bizarreries d'humeur.

Sur la vie de relation, elles produisent un peu partout, mais principalement dans le tube digestif, des troubles nerveux divers.

Sur la vie de nutrition enfin, elles déterminent les phénomènes les plus importants et les moins étudiés.

Ayant à pourvoir à des besoins nouveaux, ou bien l'organisme prend un surcroît d'énergie nutritive ou bien il reste impuissant et succombe sous le poids.

Dans le premier cas, on voit des femmes qui ne mangeaient pas et qui mangent; qui ne digéraient pas et qui digèrent; qui étaient maigres et qui prennent de l'embonpoint, qui étaient pâles et qui prennent des couleurs. Il ne faut cependant pas toujours se fier aux apparences : chez certaines femmes enceintes, ce qu'on appelle une bonne mine, masque une mauvaise santé; surtout vers la fin de la grossesse, elles sont colorées parce que, la circulation se faisant mal, les capillaires se dilatent; elles sont grasses parce que, le poumon respirant mal, les combustions sont incomplètes et le combustible humain, la graisse, s'accumule dans les tissus. Ces femmes-là se sentent faibles, elles le sont: on les dit anémiques, elles le sont, parce que, avec l'augmentation de la masse du sang, il y a diminution de l'élément le plus utile du sang, les globules. Le surcroît d'énergie nutritive est donc, dans la grossesse, moins fréquent qu'il ne paraît, mais enfin on le rencontre et alors les conditions générales de l'organisme portent le cœur qui y participe à l'hypertrophie physiologique.

Mais dans le deuxième cas, l'énergie nutritive est insuffisante à la conservation d'un être et au développement d'un second. Il faut alors, ou que l'enfant ou que la femme souffre, l'enfant quelquefois, la femme plus souvent, et il arrive que la déperdition subie par la femme, est en raison directe du bénéfice dont jouit l'enfant. Cette déperdition porte sur le sang qui perd ses globules, et sur les organes qui perdent leurs éléments utiles. Quelquefois l'usure se distribue d'une manière égale dans l'organisme entier où elle provoque soit la misère physiologique, soit, suivant les prédispositions diathésiques, la maladie de misère par excellence, la tuberculose; mais, dans d'autres cas, elle se concentre plus particulièrement sur certains organes, et précisément sur ceux qui ont plus d'efforts à faire, plus de travail sans compensation à supporter. C'est alors que le cœur, ou simplement se dilate ou subit la dégénérescence granuleuse ; dans la lutte il bat en retraite et quelquefois il succombe brusquement.

Telle est, encore simplement ébauchée, la solution du problème pathogénique, du problème scientifique de ce qu'on appelle la myocardite paludéenne et la myocardite puerpérale. Ainsi étudiée, la question s'élargit et présente des horizons nouveaux. Vous voyez qu'il y a ici bien autre chose à faire que diagnostiquer une inflammation et employer des antiphlogistiques. Dans l'impaludisme, c'est une fièvre à modérer, c'est surtout une lutte à soutenir contre la tendance cachectique. Dans l'état puerpéral ce sont les conditions nouvelles de vitalité d'un être qu'il faut savoir comprendre. Dans tous les deux, c'est un organe de toute importance dont il faut savoir ménager, régler et fortifier l'action.

La question pathogénique n'est donc pas oiseuse, car elle établit les principes sur lesquels doivent reposer les applications pratiques. Cliniciens, nous ne pouvons la délaisser, mais nous ne pouvons non plus nous laisser absorber par elle. Aussi, après avoir suffisamment médité le problème du savant, devons-nous maintenant porter notre attention sur les problèmes du praticien : diagnostic, pronostic, traitement.

VI.

Sénac disait, au sujet de l'inflammation du cœur : « Il n'y a que la mort qui puisse soulever le rideau qui la couvre », et un certain nombre de médecins de notre époque, notamment Parrot, répéteraient volontiers, au sujet de la myocar-

dite, le mot de Sénac. On peut arriver cependant à diagnostiquer la myocardite paludéenne et je vous ai rappelé l'observation consignée dans la thèse d'Albenois, où j'avais diagnostiqué cette affection qui fut constatée à l'autopsie. Ce diagnostic est donc seulement difficile, mais non pas impossible. Ici, comme dans bien d'autres circonstances, il faut savoir éviter deux tendances extrêmes, l'enthousiasme et le scepticisme.

Le diagnostic de la myocardite paludéenne présente deux ordres de difficultés : il faut savoir d'abord distinguer la myocardite des autres troubles morbides qui, par le fait ou dans le cours de l'impaludisme, peuvent se produire du côté du cœur; il faut ensuite arriver à reconnaître les symptômes de la myocardite au milieu des phénomènes généraux que détermine l'intoxication palustre.

L'impaludisme engendre une anémie dont les phénomènes cardiaques ressemblent beaucoup à ceux de la myocardite. L'anémie, en effet, ne se borne pas à produire un souffle à la base du cœur; elle peut déterminer une dilatation et par elle une insuffisance relative d'où résulte un bruit de la pointe. Pour comble de difficulté, la myocardite se complique souvent d'anémie.

On admettra cependant qu'il existe une myocardite si le bruit anormal de la pointe est plus fort que celui de la base et surtout s'il ne s'accompagne pas d'une dilatation considérable du cœur; si, avec un second bruit normal plus éclatant, on constate un premier bruit normal sensiblement affaibli; si la main appliquée sur la région précordiale a peine à trouver l'impulsion cardiaque, ou bien encore si, cette impulsion étant tumultueuse, le pouls radial reste petit ou fuit sous la pression du doigt.

L'impaludisme peut également, non pas dans des cas communs, mais dans des cas très-rares et dont la réalité douteuse aux yeux de plusieurs paraît démontrée par les travaux de Lancereaux, de Durosiez, de Harmernjk, engendrer des endocardites avec altérations valvulaires. Des bruits anormaux et des troubles cardiaques peuvent en résulter, plus ou moins semblables à ceux de la myocardite.

Nous nous trouvons ici dans les conditions ordinaires du diagnostic de la myocardite avec les lésions produites par l'endocardite. Si l'altération porte sur l'orifice aortique, le souffle est non pas à la pointe, mais à la base. S'il s'agit d'une insuffisance mitrale absolue avec rétrécissement, ce qui est le cas le plus ordinaire, le souffle est prolongé. Si l'insuffisance mitrale est simple, on la reconnaîtra sans peine dans les cas où la pointe ne sera pas abaissée et où l'impulsion cardiaque aura conservé son énergie ; sinon, il faudra se guider sur les phénomènes généraux d'asystolie : les inégalités et les irrégularités du pouls, les stases veineuses et capillaires, le gonflement des jugulaires, signes que la myocardite ne produit pas.

POLICLINIQUE CHIRURGICALE.

Deux opérations de résection du maxillaire supérieur suivies de guérison (1)

par le docteur Charles Hardy.

I.

Les deux malades qui vous ont été présentés par M. le docteur Berrut et par moi, sont deux exemples de tumeurs du maxillaire supérieur opérées et guéries dans des conditions qui méritent de fixer votre attention. Celui de M. Berrut a été opéré en présence et avec l'assistance de MM. Charles Hardy, Passant et Bernier de Bournonville, dans une mansarde au cinquième étage d'une de ces anciennes maisons du vieux Paris dans lesquelles se réfugie la misère et qui sont si bien connues des médecins des bureaux de bienfaisance. Cependant cette opération a donné les meilleurs résultats et la guérison a été obtenue sans complications.

C'est qu'en effet, dans ces conditions en apparence si peu favorables, ce malade était encore mieux que dans nos salles d'hôpitaux où les opérés sont si souvent atteints d'érysipèle. Les soins du reste ne lui ont point manqué, M. Berrut ayant eu pour les administrer le concours bienveillant et dévoué des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, de la maison de secours de la rue Oudinot qui se sont mises à sa disposition.

Le second malade que j'ai opéré moi-même avec l'aide de M. Berrut était dans des conditions d'aisance un peu plus favorables. Il a été opéré à la maison des frères Saint-Jean-de-Dieu, dans une chambre particulière : ni les soins, ni le confortable qu'on trouve dans cet établissement ne lui ont manqué ; il était par conséquent dans les meilleures conditions pour guérir promptement : cependant il n'en a pas été ainsi et vous pourrez voir par la lecture des deux observations combien différentes ont été les suites de l'opération. Je vous signalerai seulement ici, l'érysipèle qui a envahi la face avec des alternatives de bien et de mal. Faut-il voir dans cette complication une influence nosocomiale, ou bien un simple accident fréquent dans les plaies de la tête? Il n'en est pas moins vrai que le premier sujet opéré par la même méthode dans une mauvaise mansarde, mais éloigné de toute agglomération de malades a échappé à cette complication.

Obs. I. — *Enchondrome du maxillaire supérieur. — Résection. — Guérison.* — F... Frédéric, âgé de quarante ans est affecté depuis huit ans d'une tumeur volumineuse du maxillaire supérieur du côté droit, qui s'est développée dans les conditions suivantes : à la suite de l'extraction d'une dent molaire faite par le concierge de l'hôpital Saint-Antoine qui s'y reprit par trois fois, il y eut immédiatement une augmentation de volume de la joue. Le malade s'adressa à un médecin de la rue de Lyon qui constata l'existence d'une tumeur sur laquelle il fit quatre ponctions qui amenèrent l'écoulement d'une quantité de sang évaluée par le malade à un demi-litre. La grosseur n'en fut pas diminuée, elle s'accrut au contraire progressivement et sans douleurs. Lorsqu'il y a trois semaines le malade a été pris d'une insomnie persistante, (il dort à peine une demi-heure par nuit) c'est à cause de ce phénomène qu'il s'est présenté à la consultation du bureau de Bienfaisance de la rue Oudinot. Là, MM. Passant et Bernier de Bournonville après avoir reconnu la tumeur ont amené le malade chez M. Berrut, qui a voulu avoir notre avis, et nous avons constaté ensemble à la fin de juin dernier l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une pomme faisant saillie sous la peau de la joue, sous la lèvre supérieure et sur la voûte palatine jusqu'à la ligne médiane avec intégrité du voile du palais. La muqueuse qui la recouvre est saine, excepté à la partie inférieure où il existe un sillon assez profond qui reçoit l'empreinte des dents de la mâchoire inférieure. Ce sillon est ulcéré et d'un aspect grisâtre qui tranche sur la coloration rouge foncé de tout le reste de la tumeur. Ce sillon est le siége d'une sécrétion purulente.

Toutes les dents à l'exception de la première incisive ont disparu. La tumeur occupe tout le maxillaire supérieur et se développe principalement du côté du bord alvéolaire de cet os. — La mastication et la déglutition sont pénibles. — La durée de la maladie et le volume de la tumeur excluant tout d'abord l'idée d'une guérison possible sans opération, d'un autre côté la suppuration qui s'écoulait dans la bouche pouvant faire craindre l'altération de la santé générale par la déglutition du pus, en outre, la tumeur parfaitement localisée se délimitant facilement, rien ne pouvait s'opposer à une extirpation complète. Notons de plus, qu'il n'y avait aucune trace de retentissement ganglionnaire. Nous fûmes d'avis d'avoir recours à la résection complète du maxillaire supérieur. Elle fut résolue et pratiquée le 31 juillet par la méthode de Velpeau. La

(1) Communiquées à la société des médecins des bureaux de bienfaisance.

section des os a été faite avec la pince de Liston modifiée. Ce dernier temps de l'opération a présenté peu de difficulté. Si ce n'est pour la section de l'os malaire qui a été un peu laborieuse peut-être à cause de l'insuffisance de longueur des bras de levier et la pince.

La réunion par première intention tentée sur toute la longueur de la plaie de la joue, n'a manqué qu'au niveau du canal de Sténon où il a été nécessaire de réappliquer deux points de suture entortillée. Une semaine après, les points de suture enlevés, la réunion était complète sur toute l'étendue de l'incision.

L'examen de la pièce pathologique nous a permis de constater que la cavité du sinus n'existait plus, qu'elle était remplie de végétations osseuses et chondromateuses qui constituaient la tumeur.

Le malade a été présenté à la séance du 10 octobre dernier et on a pu constater sa parfaite guérison.

La cicatrice linéaire, recouverte par la barbe n'est apparente que lorsqu'on l'examine de près.

Dans l'opération il a été possible de conserver la portion horizontale de l'os palatin, ce qui maintient l'intégrité du voile du palais, et donnera un point d'appui utile pour l'application de l'obturateur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 janvier 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Groussin (de Bellevue), intitulée : *De l'influence de l'hérédité du côté de l'homme dans la production des grossesses multiples* (commissaire : M. Goubaux);

2° Une note manuscrite de M. Aupée, pharmacien à Rouen, sur la réduction du fer par la lumière (commissaire : M. Bouchardat).

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

La commission a classé les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Lagneau.

En deuxième ligne, M. Proust.

En troisième ligne, M. Gallard.

En quatrième ligne *ex æquo*, MM. Colin, Guéneau de Mussy (Henri), Lunier, Ernest Besnier.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 83, majorité 42,

M. Guéneau de Mussy obtient. . .	29	suffrages.
M. Lagneau.	28	—
M. Proust.	12	—
M. Lunier.	12	—
M. Léon Colin.	2	—

Au deuxième tour, le nombre des votants étant de 82, majorité, 42,

M. Guéneau de Mussy obtient. . .	41	suffrages.
M. Lagneau.	37	—
M. Lunier.	2	—
M. Proust.	1	—
Bulletin blanc.	1	—

Au troisième tour, le nombre des votants étant de 81, majorité 41,

M. Guéneau de Mussy obtient. . .	41	suffrages.
M. Lagneau.	38	—
Bulletins blancs.	2	—

En conséquence, M. Guéneau de Mussy (Henri) ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Jaccoud sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne.

REVUE DE LA PRESSE

Paralysie complète du nerf moteur oculaire commun, à droite ; hémiplégie incomplète à gauche. — L'observation suivante, de M. le docteur Archambault, à l'hôpital des Enfatns-Malades, montre comment l'anatomie et la physiologie du système nerveux étant bien connues, il est possible de localiser la cause des accidents que l'on a sous les yeux.

Il s'agit d'un enfant de trois ans qui présentait une chute complète de la paupière supérieure droite et d'autre part, une exostose très-apparente au milieu du front, en même temps qu'il existait une paralysie faciale très-légère à gauche, et, de ce même côté, une paralysie incomplète avec contracture et tremblement du bras et de la jambe.

Ces accidents, au dire de la mère, s'étaient manifestés à la suite d'une chute sur le front.

Après avoir examiné successivement les divers phénomènes qui existent du côté de l'œil : paralysie des constricteurs de la pupille, du releveur de la paupière, du droit supérieur et enfin, chose moins facile à établir, surtout chez un enfant, mais rendue évidente par l'abaissement de l'œil droit, quand on considère les deux yeux par comparaison, paralysie du petit oblique ; après avoir montré que ces phénomènes sont évidemment le fait de la paralysie du nerf de la troisième paire dont il rappelle en peu de mots la distribution anatomique, M. Archambault se demande quelle est la cause de ces accidents.

Évidemment, dit-il, la paralysie survenant dans les conditions indiquées, ne peut guère être fonctionnelle et doit tenir à une lésion du nerf de la troisième paire. Mais où est située cette lésion? Se fondant sur les commémoratifs fournis par la mère du petit malade, à savoir que l'hémiplégie a précédé de deux mois la paralysie oculaire, M. Archambault en déduit que la lésion doit siéger en un point tel de l'encéphale qu'il en résulte à la fois l'hémiplégie à gauche et la paralysie du nerf moteur oculaire commun à droite et que par conséquent elle doit intéresser le pédoncule cérébral droit au voisinage du pont de Varole et du tubercule mamillaire où le nerf de la troisième paire prend son origine apparente, de façon à détruire ce nerf ou à le comprimer. De plus, la lésion doit être placée à droite, dans le point indiqué, et agir sur les fibres du nerf après leur entre-croisement au-dessous de l'aqueduc de Sylvius : autrement en effet, les troubles devraient porter sur les deux yeux.

L'autopsie ne tarda pas à confirmer ce diagnostic. Quinze jours après l'enfant ayant succombé à une angine couenneuse : on constata du côté droit de l'encéphale, l'existence d'une tumeur rouge grisâtre, du volume d'une noisette, dure, et qui n'était autre qu'un tubercule volumineux siégeant dans le pédoncule cérébral même, un peu en avant de l'origine du nerf de la troisième paire qu'elle touchait par son extrémité postérieure. La substance cérébrale était également altérée dans la portion du pédoncule cérébral qui enveloppait la tumeur. — (*Prog. méd.*)

De la dilatation du canal de l'urèthre par l'urine. — M. le docteur Bérenger Féraud recommande, soit comme moyen prophylactique, soit comme moyen curatif des cas bénins de rétention d'urine. Cette méthode qui a été employée pour la première fois, au siècle dernier, par Brunninghausen et qui consiste à dilater l'urèthre par l'urine même. Pour cela il faut que chaque fois que le malade veut uriner, il comprime légérement avec les doigts le canal de l'urèthre derrière le gland.

Ce procédé, dont M. Bérenger Féraud dit avoir eu à se louer dans un assez grand nombre de cas, aurait, d'après ce chirurgien, l'avantage : 1° de ne pas entraîner ce traumatisme de contact auquel donne lieu le cathétérisme ; 2° d'être une opération assez simple pour ne pas nécessiter le moindre embarras et se faire à toute heure sans le secours d'une main étrangère ; 3° de ne pas exposer à une déchirure par des pressions aveugles ; enfin, de tendre toujours à augmenter le calibre de l'urèthre, quel que fût son calibre actuel.

Après avoir montré que la méthode de Brunninghausen remplit

bien toutes ces conditions, M. Bérenger Féraud énumère le cas dans lequel elle est appelée à rendre de véritables services.

1° A la suite de blennorrhagies d'une certaine intensité. Repétée à chaque urination et pendant longtemps, la dilatation de l'urèthre par l'urine elle-même constituerait un moyen prophylactique contre les rétrécissements ;

2° Dans les cas de rétrécissements encore peu avancés, en rétablissant le canal uréthral dans les proportions sinon normales, du moins suffisantes pour une miction très-convenablement facile ;

3° A la suite des opérations d'uréthrotomie, en empêchant ou au moins en retardant notablement le retour de la coarctation ;

4° Dans les cas de varices, prostatiques, du col de la vessie et de la portion membraneuse de l'urèthre ;

5° Enfin, dans ces cas où il existe une hypertrophie partielle ou totale de la prostate, déformant plus ou moins considérablement le col de la vessie et la portion correspondante du canal, comme cela a lieu si fréquemment chez les vieillards. — (*Bull. gén. de thérap.*)

Traitement de la gangrène du prépuce, compliquant le chancre simple. — M. le docteur Dron insiste sur la nécessité de débrider le prépuce dès que l'on a la certitude de la gangrène du chancre. Suivant cet auteur, chercher à la combattre par des injections sous-préputiales détersives ou modificatrices, c'est s'exposer au sphacèle du gland et des corps caverneux. On peut se borner à une incision sur la partie supérieure du prépuce, faite avec un bistouri dont la lame étroite, munie ou non d'une boule de cire à la pointe, est introduite à plat entre le gland et le prépuce jusqu'au cul-de-sac. A ce moment, l'instrument faisant un demi-tour, traverse le prépuce qu'il incise ensuite d'arrière en avant. Les deux lambeaux s'écartant laissent échapper les produits sanieux amassés sous le phimosis. En excisant avec des ciseaux ces deux lambeaux triangulaires, de l'incision sous-préputiale au filet, on peut compléter la circoncision et enlever les chancres gangréneux s'ils siégent sur le prépuce. Du reste, l'étranglement levé, la gangrène s'arrête. On active l'élimination des eschares par des lotions avec l'eau phéniquée. Des pansements avec la solution étendue de perchlorure de fer, la glycérine phéniquée, ont paru à M. Dron les meilleurs moyens pour provoquer alors une réparation rapide des tissus. — (*Lyon méd.*)

Traitement de l'amaurose et de l'aphasie. — M. Brown-Séquard conseille d'employer le galvanisme dans le traitement de l'amaurose et de l'aphasie. Ce moyen, dit-il, n'a pas encore été mis en usage et, sans avoir grande espérance dans son efficacité, il est à désirer que la tentative soit faite. Le courant à employer serait de ceux qui agissent puissamment sur la peau et plusieurs chocs devraient se succéder rapidement. En fait, ce devrait être le même genre de courant qui est si efficace dans la névralgie : lorsqu'on se sert du courant pour obtenir une action voulue, la partie terminale des conducteurs doit être, comme on le sait, sèche et l'emploi d'une surface métallique est presque essentiel.

Mais ce n'est pas seulement sur le galvanisme que M. Brown-Séquard fait reposer la chance de produire des effets puissants par l'irritation des nerfs de la périphérie, de façon à faire cesser l'action, quelle qu'elle soit, qui arrête l'activité des centres nerveux. Selon cet auteur, le cautère actuel employé de la manière suivante et concurremment avec l'électricité, donne parfois d'excellents résultats. On se servira, dit-il du fer rouge, de manière à ne produire qu'une douleur très-légère et à ne pas laisser de marques ou de cicatrices durables. A cet effet, l'instrument devra avoir les dimensions d'une petite olive ; on ne s'en servira que porté à la chaleur blanche et il sera passé très-rapidement sur la peau ; l'on fera alors des frictions énergiques sur ce point.

Dans les cas de lésion cérébrale, le meilleur point d'application est la tête elle-même ou la partie du cou entre les deux omoplates. Ces cautérisations devront être répétées cinq ou six fois, mais pas une fois de plus, car l'instrument ayant eu alors le temps de perdre sa température, on produirait une grande douleur et des plaies.

Parmi les autres moyens, l'usage de la glace soit en friction, soit pilée, pendant dix ou quinze minutes sur la partie postérieure du cou ou de la tête (cette dernière rasée) sera très-utile.

Parmi les moyens internes, l'un des plus puissants serait la strychnine, mais sa dose sera élevée jusqu'à produire la contracture. Si l'on a affaire à une paralysie, la contraction doit être maintenue pendant un mois entier, en ayant soin toutefois de surveiller le malade. — (*Prov. méd.*)

Sur la diminution de l'urée dans l'atrophie musculaire progressive. — On sait que la plupart des physiologistes attribuent au foie la sécrétion de l'urée; tout récemment encore, M. Brouardel a cherché à démontrer, à l'aide des faits cliniques, l'importance du rôle que joue le foie dans la formation de cette substance.

M. le docteur Laure, de Lyon, ne partage pas absolument cette manière de voir et il publie une série d'observations d'après lesquelles la formation de l'urée aurait lieu, en partie dans le tissu musculaire. Chez cinq malades atteints d'atrophie musculaire progressive avancée, ce médecin a, en effet, noté une diminution notable de l'urée, dont le chiffre a constamment oscillé entre 12 et 13 grammes.

Songeant à une diminution pouvant provenir de l'alimentation, M. Laure s'est assuré que ces malades ingéraient une quantité d'aliments très-suffisante; il en conclut que la créatine des muscles subit d'abord dans le sang une transformation incomplète qui s'achève dans le foie dont l'oxygène du sang et l'activité musculaire doivent être considérés, suivant lui, comme les collaborateurs indispensables. — (*Lyon méd.*)

Gangrène et phagédénisme. — La gangrène et le phagédénisme que les auteurs selon M. le docteur Dron, de Lyon, ont de la tendance à confondre ; témoin, dit-il, les expressions : chancre phagédénique gangréneux (Rollet), phagédénisme gangréneux (Fournier), constitueraient deux affections cliniques parfaitement distincts.

Ce qui, aux yeux de M. Dron, fait d'abord la différence capitale entre ces deux processus inflammatoires, c'est que le chancre simple, frappé de gangrène sur toute son étendue, perd son principe contagieux, tandis que, compliqué de phagédénisme, il conserve indéfiniment sa spécificité contagieuse.

D'autre part, les symptômes cliniques établissent aussi entre la gangrène et le phagédénisme, des différences notables. La première succédant d'ordinaire à une inflammation suraiguë ou à un étranglement de la partie malade, est annoncée par une douleur interne, une rougeur vive, érysipélateuse, de la région qui se tuméfie énormément; puis à la rougeur succède une teinte violacée, noirâtre, et la douleur diminue quand la tension, l'étranglement disparaissent par la perte de substance qu'amène la gangrène. Le phagédénisme ne s'accompagne pas de cette vive inflammation du début, ni de ces changements de couleur ; l'ulcération est son seul mode d'agir et la douleur plus ou moins vive est constante. Le chancre gangréneux détermine une mortification subite et par larges plaques des parties sur lesquelles il siège ; le chancre phagédénique ne détruit les tissus que progressivement. — Le chancre gangréneux est couvert d'une eschare plus ou moins épaisse, mollasse, fétide, résidu des tissus détruits; le chancre phagédénique ne présente à sa surface qu'une légère couche de matière pultacée. — Il s'écoule du chancre gangréneux surtout, une odeur nauséabonde, caractéristique ; le phagédénique secrète du pus mal lié mais sans odeur spéciale. — La gangrène qui complique le chancre donne lieu à des phénomènes généraux beaucoup plus graves que ceux qui accompagnent le phagédénisme. — Une fois les causes qui ont amené et entretiennent la gangrène écartées, la réparation, en général, ne se fait pas attendre ; quant au phagédénisme, sa durée est toujours très-longue.

L'étiologie de ces deux affections peut servir aussi à les séparer l'une de l'autre. La gangrène, en effet, dit M. Dron, reconnaît des causes visibles palpables ; c'est une suracuité de l'inflammation du tissu qui porte le chancre, par suite de fatigues, de marches prolongées, d'excès alcooliques ou autres, de manque de soins, etc;

c'est une gène dans la circulation de la région suite d'un étranglement produit quelquefois par le paraphimosis, plus souvent par le phimosis, le gland et le prépuce étant tuméfiés et se comprimant l'un l'autre. Pour le phagédénisme, l'étiologie est plus mystérieuse. Le plus souvent il prend naissance chez les individus débilités par les privations, une mauvaise hygiène, l'âge avancé, chez les malades atteints d'affections chroniques, de diathèse. — (*Lyon méd.*)

Du pityriasis. — Le pityriasis a été regardé par la plupart des auteurs anciens et même par les dermatologistes modernes, comme un genre particulier d'affection cutanée. M. Vidal ne partage pas cette manière de voir et il admet, avec M. Hardy que certaines variétés du pityriasis ne sont autres qu'un eczéma avorté ou cette maladie arrivée à sa dernière période; et qu'on ne saurait faire de cette affection une entité morbide distincte.

Après avoir examiné successivement toutes les formes de pityriasis, et montré que le pityriasis accidentel n'est autre que la desquamation consécutive à un érythème accidentel; que le pityriasis alba, n'est qu'une forme du sycosis; le pityriasis versicolor, une affection parasitaire parfaitement distincte de la première; après avoir exposé les raisons qui, selon cet auteur, font du pityriasis simple, une forme d'eczéma atténuée, avortée; du pityriasis capitis, une forme également atténuée de l'eczéma des arthritiques; et des pityriasis rosea et rubra, un érythème desquamatif pseudo-exanthématique? M. Vidal conclut de l'exposition de ces faits, que le pityriasis, considéré comme entité morbide doit être rayé du cadre nosologique et que son nom désormais ne doit plus signifier qu'un mode de desquamation par fines écailles, furfuracées et nullement une espèce zoologique. — (*Progr. méd.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

417. Ligier. Considérations sur les tours et les conséquences de leur suppression au point de vue de l'hygiène publique.
418. Antonesco. Du salicylate de quinine et de son emploi dans la fièvre intermittente.
419. Lefebvre. Étude sur le typhus exanthématique.
420. Scouly-Logothétidès. Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'acite salicylique et son composé de soude.
421. Mey. Des rapports de la pleurésie et de la tuberculose.
422. Branly. Analyse clinique des urines au point de vue clinique.
423. Pouey. Quelques considérations sur la goutte saturnine.
424. Sclafer. Considérations sur la topographie médicale et les maladies régnantes du canton de Martel (Lot) et des communes voisines.
425. Ravet. Sémiologie des ulcérations de la cavité buccale chez le nouveau-né.
426. Hervouet. Des adénopathies similaires chez l'enfant.
427. Boyer. Observations de péricardite dans la fièvre typhoïde.
428. Rogie. Calculs chez la femme, étude sur le traitement.
429. Toledano. Du traitement des anévrysmes de l'artère poplitée par la flexion de la jambe sur la cuisse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Lateux, chef de laboratoire de la Faculté, commencera un nouveau cours de technique microscopique le jeudi 24 janvier, à quatre heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure de faire par eux-mêmes toutes les expériences que nécessite la pratique médicale.

Pour les renseignements et s'inscrire, chez le docteur Latteux 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de midi à une heure.

Étude médico-légale sur les épileptiques, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50. — Ad. Delahaye.

Contribution à l'étude des hématocèles péri-utérines, et notamment de l'hématocèle par néo-membranes pelviennes. — 1 vol. in-8°. Prix : 2 francs. — H. Lauwereyns.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 8. — SAMEDI 19 JANVIER 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 19 JANVIER 1878. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La clinique à Lyon.

Nous transportons aujourd'hui nos lecteurs à Lyon, ou plutôt nous leur transmettons les échos, qui sont parvenus jusqu'à nous, des leçons d'ouverture de deux des jeunes professeurs que Paris a cédés à la nouvelle faculté du centre et dont l'heureux début fait assez pressentir, dès à présent, qu'ils ne seront pas indignes des maîtres, depuis longtemps éprouvés, auprès desquels ils sont allés prendre place. Nous voulons parler du cours de M. Lépine et de celui de M. Renaut.

M. Lépine, chargé de l'une des chaires de clinique médicale, a tenu, dès sa première leçon, à marquer le point de départ de son enseignement, en assignant à l'état actuel de la médecine sa caractéristique propre. Voici en quels termes il a caractérisé l'époque actuelle et celle qui l'a précédée. Ça été, dit-il, la gloire des hommes illustres à qui l'on doit d'avoir, il y a un demi-siècle, constitué la médecine moderne, de nous avoir appris à « penser anatomiquement ». Mais il nous faut aujourd'hui faire un pas de plus et « penser physiologiquement », c'est-à-dire tenir compte non-seulement des lésions, mais des moindres modifications fonctionnelles.

Les exemples qu'il a cités à l'appui montreront ce que la pratique peut gagner à cette manière plus large d'envisager la pathologie.

Un épileptique qui, depuis deux ans, avait chaque nuit plusieurs attaques, avait été soumis à diverses reprises par plusieurs médecins des hôpitaux de Paris, au bromure de potassium. Or l'emploi de ce médicament, même à haute dose, n'avait été suivi d'aucune amélioration sérieuse, et l'état de cet homme paraissait tout à fait incurable, quand, prenant en considération un état pléthorique manifeste, M. Lépine institua un traitement débilitant, ayant consisté principalement à associer la digitale avec le bromure de potassium et à faire, plusieurs saignées du bras consécutivement à plusieurs jours de distance. L'amélioration considérable qu'il obtint ainsi, et qui pourra sans doute, dans sa pensée, aboutir à une guérison définitive, a été rigoureusement proportionnelle à la diminution du nombre des globules rouges.

Voici un autre fait analogue.

M. Lépine avait dans son service une femme atteinte de rhumatisme noueux déformant, avec poussées subaiguës. Chez cette femme, on avait à peu près tout essayé, et l'on sait combien, pour de pareils cas, la thérapeutique est à la fois riche et impuissante, — lorsque M. Lépine eut recours, empiriquement, au salicylate de soude; et il le donna à dose suffisante, avec d'autant plus d'espoir qu'il avait, depuis deux ans qu'il emploie journellement cet agent, obtenu parfois des résultats très-remarquables dans les formes subaiguës du rhumatisme. Dans le cas en question, il échoua complétement. Cherchant à se rendre compte de cet insuccès, il étudia encore le sang de sa malade, et il reconnut qu'il était beaucoup moins alcalin qu'à l'état normal. Dès lors, l'indication était toute trouvée : il administra le bicarbonate de soude à la dose de 12 grammes par jour, et bientôt l'amélioration des douleurs coïncidait exactement avec l'augmentation de l'alcalinité du sang.

On peut voir, par ces deux exemples, combien le champ des indications thérapeutiques s'agrandit en même temps que ces indications elles-mêmes se précisent de plus en plus, à mesure qu'on approfondit davantage le diagnostic, et que ce diagnostic, au lieu de porter exclusivement sur des lésions organiques présumées, porte surtout sur des conditions physiologico-pathologiques parfaitement déterminées, et qu'il importe d'autant plus de rechercher et de bien connaître qu'elles diffèrent souvent d'un malade à l'autre, bien que ceux-ci soient inscrits sous la même rubrique nosologique.

« C'est pour avoir peu détourné leurs regards des lésions qu'ils avaient appris à reconnaître, dit à cette occasion M. Lépine, que les illustres maîtres dont je parlais tout à l'heure ont presque tous professé à l'égard de la thérapeutique un trop grand scepticisme. Nous, au contraire, qui pensons physiologiquement, , c'est-à-dire qui essayons de reconnaître les états morbides, alors même qu'ils ne sont pas caractérisés par des lésions profondes, nous pouvons espérer de bons effets d'une thérapeutique raisonnée. Mais il faut pour cela se pénétrer de cette vérité que la guérison des maladies s'obtiendra d'autant mieux que l'on aura pu poser d'une manière exacte les indications thérapeutiques, et que l'on y arrive par l'examen approfondi de toutes les conditions du sujet à l'aide de méthodes d'investigation exactes. »

Au commencement de sa leçon, M. Lépine, formulant son programme, avait annoncé que son cours aurait tout à la fois pour objet de former ses élèves à la pratique et à la recherche

scientifique. Arrivé à cette seconde partie de sa tâche, voici en quels termes il la définit :

Il y a à choisir entre deux méthodes : l'observation et l'expérimentation. M. Lépine se prononce à cet égard catégoriquement pour la méthode traditionnelle, l'observation. Observer plutôt qu'expérimenter, dit-il, est-ce se condamner à une infériorité réelle? Ne le croyez pas. Pour moi qui ai toujours été par nature très-porté vers l'expérimentation, je pense avec les meilleurs esprits que l'observation est, aujourd'hui encore, la principale source des progrès de la médecine. « On n'emploie ordinairement l'expérimentation, a dit M. Claude Bernard, que lorsque l'observation est devenue impossible ou insuffisante. » A ce compte, ce ne serait pas de sitôt qu'il nous faudrait expérimenter, car le champ de l'observation est encore immense et dans le plus grand nombre des cas, elle est plus facile à employer que l'expérimentation. Songez combien il nous est difficile de provoquer chez l'animal des maladies qui aient une réelle analogie avec les maladies de l'homme; réfléchissez, de plus, que les maladies de certains organes, notamment du cerveau, ne peuvent être, vu la différence fonctionnelle de cet organe chez l'animal et chez l'homme, fructueusement étudiées que chez ce dernier. Pour le moment, il y a en médecine plus à observer qu'à expérimenter.

D'ailleurs, pour observer ou pour expérimenter, on a recours à un procédé intellectuel au fond identique dans les deux cas. Lorsqu'un médecin constate chez un malade certains symptômes, et note avec fidélité les lésions qu'il rencontre à l'autopsie, il faut une méthode d'investigation exactement semblable à celle de l'expérimentateur qui pratique une mutilation et observe ensuite les phénomènes qu'elle détermine.

L'anatomie générale dans ses rapports avec la pathologie et la clinique.

Le deuxième cours, celui de M. Renaut, a pour objet l'anatomie générale. Si nous le plaçons ici à côté de la clinique, c'est que, comme on va le voir, l'anatomie générale, comme l'envisage le jeune professeur, confine à la pathologie et pénètre même en plein jusque dans la clinique qu'elle éclairera plus d'une fois de ses propres clartés.

Après une définition des objets mêmes dont s'occupe l'anatomie générale, il en expose et résume le but et les fins en ces termes : chercher à reconnaître dans un même organisme toutes les parties morphologiquement similaires ; les séparer dans les appareils et les systèmes, concevoir ces appareils et ces systèmes eux-mêmes dans leur complexité et les dissocier, par l'analyse, en un petits nombre d'éléments anatomiques simples. M. Renaut, ne se considérant pas comme quitte de sa tâche, s'est cru dans l'obligation de vivifier, en quelque sorte, ces premiers résultats de l'observation. Ces éléments, ces tissus dont il vient de déterminer minutieusement les formes au repos, il va poursuivre leurs modifications morphologiques pendant leur fonctionnement vital naturel ou provoqué; il va en faire la physiologie et mettre sous les yeux de l'observateur ces tissus à l'état statique, les rendre en quelque sorte, transparents, aussi bien dans leur fonctionnement normal que dans leur fonctionnement pathologique.

En voici quelques exemples :

Sous l'influence d'un traumatisme, brusquement les tissus s'œdématient, rougissent; que s'est-il passé? L'histologiste sait qu'alors les vaisseaux se paralysent, que le sang s'accumule en leur cavité, que sa tension vainc les résistances pariétales ; que le plasma, entraînant les globules blancs et les globules rouges, se répand dans les interstices du tissu connectif. A quelques jours de là, il voit paraître les teintes graduellement changeantes de l'ecchymose ; il sait que les globules rouges épanchés ont été successivement captés, fragmentés, détruits par les globules blancs, et que leur hémoglobine, d'abord rose, a été par eux transformée en hématine dichroïde, puis en pigment noir, puis enfin, que ce pigment a été entraîné et a disparu. Tous ces phénomènes incompréhensibles pour le médecin non initié, l'histologiste les connaît par expérience et les voit aussi clairement au travers du tégument que sur le porte-objet du microscope.

Autre exemple : une, deux, trois poussées fluxionnaires, d'érysipèle se produisent sur le membre inférieur d'un homme ; à peu de temps de là, cet homme voit la jambe affectée devenir le siége d'un éléphantiasis. Il est absolument impossible de déduire *à priori* l'éléphantiasis de l'érysipèle ; mais en étudiant l'action des œdèmes ou des flux inflammatoires prolongés dans les membranes analogues à la peau, nous verrons que l'œdème prolongé irrite chroniquement les éléments anatomiques; que ces derniers végètent sourdement, et qu'au bout d'un certain temps, ils deviennent eux-mêmes le siége d'une inflammation chronique hyperplasique ; et alors ne vous étonnez plus de voir l'ascite prolongée, la pleurésie longtemps continuée, déterminer des plaques laiteuses, des capsules cartilaginiformes autour du foie, de la rate ou du poumon ; l'épanchement, œdème des séreuses, établit dans ces dernières une inflammation lente, à tendances formatives accusées. Nous allons plus loin : la cirrhose cardiaque du rein, la pneumonie chronique avoisinant les productions étrangères du poumon (tubercules, sclérose, anthracoses), apparaissent comme résultat de l'œdème passif ou subinflammatoire, longtemps continué dans ces parties. Celui qui ne saurait rien de la structure et des réactions des éléments anatomiques en face de l'œdème subinflammatoire ou passif, serait-il capable d'établir entre cet œdème initial et la sclérose postérieure aucun lien corrélatif.

Voici un exemple encore plus frappant : un homme est atteint d'atrophie musculaire progressive, ses muscles disparaissent, et fondent, pour ainsi dire, impuissants à mouvoir les leviers osseux ; ils se contractent cependant, et sous l'influence de la volonté, et sous l'action des courants induits. Inversement, un ouvrier peintre, empoisonné par le plomb, voit ses muscles extenseurs se paralyser ; ils disparaissent et fondent comme les autres, mais dès le début, ni la volonté, ni l'électricité, ne peuvent provoquer leur contraction. Pourquoi cette différence? S'agit-il, dans les deux cas, d'une influence causale mystérieuse ? Nullement. Les muscles du premier malade voient simplement disparaître, peu à peu, leur substance contractile ; ils sont comme un corps qui s'affaiblit parce qu'il maigrit, Ceux du saturnin sont coupés, dans leur continuité, par la végétation de leurs noyaux, ils deviennent impuissants comme des membres qu'on brise. Voilà l'explication des différences, et voilà à quoi sert de savoir quelles sont les réactions des muscles striés, en particulier, devant l'intoxication plombique et devant l'atrophie lente et progressive des cellules des cornes antérieures de la moelle.

Ce dernier exemple est peut-être plus frappant encore que les précédents.

Un malade est atteint d'endocardite végétante , vous avez constaté les souffles et les désordres sphygmographiques indicateurs de la lésion. Brusquement, ce malade est pris de suffocation et se met à cracher des caillots de sang

noir, ou bien encore, et plus fréquemment, il est pris d'hémorrhagies intestinales ; il meurt. Avant d'ouvrir le cadavre, le professeur de clinique vous annoncera qu'une hémorrhagie, soit pulmonaire, soit intestinale s'est produite, et que cette hémorrhagie est la conséquence de l'oblitération d'une artériole par un fragment détaché de l'endocarde. Cette corrélation entre la maladie du cœur, l'embolie et l'hémorrhagie est, en effet, connue cliniquement, mais comment l'expliquerez-vous au point de vue physiologique ? Un fragment (embolus) charrié par le sang, oblitère une artère qui commande la vascularisation d'une partie. Le sang ne circule plus dans le département vasculaire situé en aval de l'obstacle. Comment une hémorrhagie peut-elle résulter de cette anémie partielle ? Vous savez qu'une partie soustraite à l'action du sang ne peut pas vivre longtemps, qu'elle devient un séquestre et qu'à la périphérie de ce dernier les parties restées vivantes bourgeonnent, que pour bourgeonner les vaisseaux reviennent à l'état embryonnaire. Ceci revient à dire que tout autour de la zone anémiée, les capillaires deviennent d'une extrême friabilité, que l'effort latéral du sang les brise, et que, par conséquent, au bout de peu de temps, une hémorrhagie va se produire en nappe au pourtour de la région privée de vascularité. Cette dernière, déjà morte, ramollie, laissera passer le sang, formera l'infarctus hémorrhagique et de plus lui permettra de s'exhaler dans les cavités adjacentes.

« Vous le voyez, messieurs, a dit M. Renaut en terminant, l'anatomie générale permet au médecin de voir, sur le sujet sain, la structure des tissus ; l'expérimentation qu'il a faite lui permet de voir, dans un nombre de cas, les phénomènes morbides qui se produisent dans des conditions données. L'anatomie pathologique générale est fondée sur la connaissance de la structure des tissus sains ; sur celle de leurs réactions générales ; enfin, sur l'observation des lésions constatées après la mort. Voir ce qui existe, prévoir ce qui arrivera dans des conditions morbides connues, voilà le but de l'anatomie générale, normale et pathologique. »

Cachexie exophthalmique dans ses rapports avec les affections utérines.

Montrer, comme Graves l'avait déjà soupçonné lorsqu'il signala pour la première fois à l'attention des médecins l'ensemble pathologique auquel on a plus tard donné son nom, après l'avoir d'abord désigné sous celui de Basedow, que chez le plus grand nombre des personnes qui en sont atteintes il existait des troubles utérins ou même une lésion des organes génitaux au moment de l'apparition de la cachexie, tel est le but que s'est proposé M. le docteur Rey (Marie-Louis), dans sa thèse inaugurale. Comment a-t-il été amené à énoncer cette proposition ? Le voici :

En 1872, étant à l'hôpital Beaujon, dans le service du regretté professeur Axenfeld, M. Rey observa un cas remarquable de goître exophthalmique chez une femme qui avait en même temps une suppression complète des règles qui dura 13 mois, et qu'il a été à même de revoir, depuis, dans un état de grande amélioration, mais conservant encore quelque chose d'étrange dans sa physionomie. A dater de cette époque, il a eu l'occasion de rencontrer d'autres cas semblables, ce qui l'a conduit à étudier cette affection, se demandant si cette affection, qui semble atteindre plus particulièrement les femmes, ne se rattacherait pas aux affections utérines, troubles de la menstruation, leucorrhées, métrites que l'on observe si fréquemment chez elles.

Le fait suivant vint tout d'abord soutenir à ses yeux cette manière de voir. Une jeune femme de dix-neuf ans, accouche ; peu après, elle est prise d'accidents graves ; la sage-femme effrayée, appelle un médecin. La malade succombe dans l'espace d'une semaine. M. Rey l'a vue deux jours avant sa mort. Le matin même de sa visite, il fut frappé comme l'avait été déjà la sage-femme, de la saillie des yeux, de leur éclat brillant et du gonflement du cou. Le cœur battait précipitamment. Les trois phénomènes principaux de la cachexie spéciale, exophthalmie, gonflement du cou, battements cardiaques se trouvaient donc réunis, coïncidemment avec une lésion utérine.

La même coïncidence, ou plutôt la même relation, se retrouve dans les faits suivants :

Chez une femme de quarante-six ans, sujette depuis l'époque où s'est établie la menstruation à de fréquents accès d'hystérie et à des accidents de diverse nature se manifestant à chaque époque menstruelle, enfin à des troubles directs de la menstruation ayant fini par aboutir peu à peu à la suppression des règles. En même temps surviennent des palpitations, un gonflement de la glande thyroïde, la saillie des yeux, etc.

Une femme de trente et un ans, à la suite d'une grossesse pénible terminée par un accouchement d'enfant mort-né, voit se manifester des palpitations violentes, des étouffements, l'exophthalmie, le gonflement du cou. A dater de ce moment chaque époque menstruelle, semblait aggraver ces symptômes.

Une femme de vingt-cinq ans, qui avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de dix-sept ans, époque où s'établit chez elle la menstruation, voit les règles revenir chaque fois difficilement et à des intervalles très-irréguliers, en même temps qu'elle est tourmentée par de la céphalalgie, des digestions difficiles, des douleurs épigastriques, de la leucorrhée et des palpitations du cou. Elle s'aperçoit un jour que son cou augmente de volume, les palpitations deviennent plus intenses, les yeux présentent un éclat particulier. Chaque époque menstruelle semble apporter un peu d'aggravation dans ces symptômes. Enfin depuis trois mois, suppression complète des règles, aggravation notable de tous les phénomènes. Le cou devient volumineux, les yeux plus saillants, les battements du cœur redoublent de fréquences, etc.

Si, de ces faits, on remonte aux observations rapportées par Graves, Basedow, Trousseau et M. Charcot, on voit signaler dans la plupart d'entre elles, la circonstance de troubles menstruels, d'aménorrhée, de grossesses morbides, de fausses couches et de lésions utérines diverses.

La conséquence que M. Rey tire de ces faits, c'est que la cachexie exophthalmique, entité morbide pour les uns, trouble nerveux primitif et purement fonctionnel pour les autres, névrose primitive du cœur par influence du grand sympathique pour ceux-ci, effet consécutif de l'anémie pour ceux-là, névrose du cœur en définitive pour tous, pourrait bien être une *névrose bulbaire*, se fondant, pour cette détermination, sur un ensemble de phénomènes, dont quelques-uns avaient été peu remarqués peut-être jusque-là, et qui constituent à ses yeux une véritable incoordination des mouvements : mouvements tumultueux du cœur, mobilité des yeux, tremblement des mains et de la tête, agitation perpétuelle, accès provoqués par la présence d'une personne étrangère. etc.

Cette conclusion est-elle prématurée ? C'est aux observateurs munis de nouvelles observations dirigées dans ce sens, d'en juger.

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

V

Dans le cas de M. Spence, la compression de la fémorale fut exercée dans l'aine, mais comme c'était à l'aide du tourniquet de Carte, elle apportait nécessairement obstacle à la circulation veineuse, et fut par suite inapplicable. Ici, comme dans le cas de M. Perry, il y avait un fort murmure veineux qui pouvait certainement, comme dans ce cas (et, je crois, dans tous ceux où on l'a essayé), être arrêté par une compression très-modérée, appliquée au niveau de l'orifice de communication; on a, par ce moyen, de grandes chances de guérir la maladie, sans recourir à des opérations si dangereuses que celle qui a pu se terminer heureusement grâce à la hardiesse et à la dextérité de M. Spence.

Cependant, si la compression échouait, et si l'opération proposée par le professeur Spence semblait être impraticable, ne pourrait-on pas faire ici l'opération ancienne avec plus de chance de succès que celle de Hunter? J'avoue que c'est mon impression personnelle. Il est vrai que la veine doit être oblitérée aussi bien que l'artère, et c'est là une très-sérieuse complication, mais qui n'est pas nécessairement fatale. J'ai fait remarquer, précédemment, que dans l'un des cas de notre tableau d'hôpital, où l'on avait fait l'opération ancienne pour un anévrysme fémoral, la veine avait été accidentellement liée en même temps que l'artère; cependant il n'y eut pas de gangrène et tout alla bien. Il y a dans les recueils d'autres exemples de ligature simultanée de l'artère et de la veine, comme dans l'opération de Langenbeck, sur la carotide et la veine jugulaire, outre les exemples de ligature de la fémorale et de sa veine dans le canal de Hunter, comme dans les premières opérations de John Hunter, opérations dans lesquelles la fémorale profonde reste ouverte. Quand donc la blessure semble être au-dessous de l'origine de la fémorale profonde, ou même quand la veine saphène doit être laissée perméable pour l'entretien de la circulation, je préférerais l'opération ancienne à celle de Hunter. Dans un cas comme celui de M. Pemberton, on pourrait suivre la méthode de M. Spence et lier l'iliaque externe au-dessus du sac et la fémorale au-dessous; mais l'insuccès constant de la ligature de l'iliaque externe laisse peu d'espoir de réussite, surtout si l'on y joint la ligature de la fémorale.

Mais ce qui me semble par-dessus tout découler naturellement de ces observations, c'est l'erreur fatale de temporiser jusqu'à ce que l'artère se soit amincie et dilatée au-dessus du sac et devenue impropre à supporter une ligature; et jusqu'à ce que la tumeur ait acquis un volume considérable, et que l'opération soit devenue par là compliquée dans son exécution et presque inévitablement fatale dans ses résultats. Ces anévrysmes artério-veineux, traités en temps opportun par la double méthode de compression de Vanzetti, céderaient ordinairement, je n'en doute pas, à ce traitement. Si elle échouait, la méthode de Spence serait alors préférable à l'incision du sac, qui est, quant à moi, préférable elle-même à l'opération de Hunter. La ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac pour anévrysme artério-veineux semble avoir été pratiquée par Liston, et sir W. Fergusson (Fergusson : *Elements of surgery*, 3e édit.) raconte qu'il assistait à l'opération.

Les mêmes anévrysmes, quand ils sont spontanés, doivent, je pense, être traités de la même manière; cependant, ici, comme la maladie doit dépendre de quelque dégénérescence étendue des artères, je me déciderais avec plus de répugnance encore à risquer une ligature sur une portion quelconque du vaisseau affecté. Car, dans les anévrysmes artério-veineux traumatiques, le voisinage immédiat du sac peut bien être considéré comme sain peu de temps après l'accident, mais dans les anévrysmes spontanés, c'est précisément cette portion de l'artère que nous devons nous attendre à trouver malade; et, en réalité, nous n'avons la certitude de trouver des artères saines en aucune portion du membre. On peut fort bien se demander si, quand de semblables anévrysmes ne sont pas susceptibles d'être traités par la compression, il ne faut pas les abandonner à eux-mêmes.

Voilà pour le traitement des anévrysmes de l'iliaque externe et de la fémorale primitive. Nous avons maintenant à considérer ceux de la fémorale profonde et des artères plus petites.

Commençons par ceux de la fémorale profonde. Je ne crois pas qu'ils soient aussi rares qu'on a coutume de le dire. Quelques-uns des cas qui se sont montrés réfractaires au traitement des anévrysmes de la fémorale, et qu'on avait cru siéger sur la fémorale primitive on la fémorale superficielle, se sont trouvés être des anévrysmes de la profonde; et on ne peut douter qu'il en ait été de même dans plusieurs cas où il n'a pas été fait d'examen anatomique, parce que le traitement a été suivi de succès.

M. Erichsen a décrit un cas qu'il a soigné (*Brit. med. journ.*, 1870, vol. p. 333), dans lequel une tumeur diagnostiquée comme étant un anévrysme de la fémorale profonde, fut guérie par la compression digitale et instrumentale, appliquée sur la fémorale primitive pendant vingt-quatre heures. Dans ce cas le diagnostic reposait surtout sur ce fait, que la fémorale superficielle pouvait être suivie au-devant de la tumeur pulsatile et paraissait parfaitement saine, et sur ce que les pulsations de la poplitée et de la tibiale étaient naturelles, ce qui semblait exclure l'idée d'un anévrysme de la fémorale elle-même, et d'autres circonstances aussi bien que le résultat du traitement excluaient l'idée d'une tumeur maligne du fémur.

Comme le traitement fut suivi de succès, on n'eut heureusement pas l'occasion de vérifier le diagnostic; mais un anévrysme ainsi situé, qui peut être facilement séparé de la fémorale primitive et superficielle, doit affecter la fémorale profonde ou l'une des branches secondaires et la première supposition est de beaucoup la plus probable.

Le docteur Patrick Heron Watson (*Edinb. med. Journ.*, may 1869), cite un autre cas d'anévrysme que l'on supposait affecter la profonde, et qui guérit par la compression de la fémorale primitive.

Dans ces deux circonstances, le diagnostic reposait sur ce que la fémorale passait par-dessus la tumeur et sur ce que la circulation de sa partie inférieure et de ses branches terminales ne paraissait pas modifiée. M. Erichsen insiste beaucoup sur le premier caractère, disant qu'un anévrysme de l'artère fémorale a toujours pour point de départ la paroi antérieure, et qu'il se développe du côté de la peau. Je ne sais jusqu'à quel point cela peut être vrai et je pense qu'il est dangereux de risquer des affirmations aussi hardies. Beaucoup d'ané-

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 janvier.

vrysmes de la fémorale, sinon la plus grande partie, ne se développent pas plus aux dépens d'une face que de l'autre mais aux dépens du calibre entier, le vaisseau s'ouvrant au sommet de la tumeur; telle semble être du moins la disposition qu'on rencontre le plus communément à la dissection. Mais si un anévrysme soulève la fémorale sans apporter de changement à sa circulation, il est difficile d'admettre qu'il provienne de ce vaisseau lui-même et doit, par conséquent, affecter la fémorale profonde ou l'une de ses branches; et cette conclusion est confirmée si l'anévrysme guérit sans qu'il survienne de changement dans la condition de la fémorale. Au-delà de ce qui précède, je ne puis rien vous dire sur le diagnostic.

La fréquence de cette affection reçoit une preuve nouvelle dans cette préparation dont parle M. Erichsen dans son ouvrage et qui provient d'un malade admis à l'hôpital de University College, où il mourut d'une autre affection. Après la mort, on constata qu'une tumeur pulsatile de la cuisse qui avait été peu examinée pendant la vie, était un anévrysme de la fémorale profonde; il y a aussi une préparation semblable d'un malade de M. Cock, au musée de l'hôpital de Guy. Dans ce cas qui a été publié, il y a peu d'années, par M. Cock (*Guy's hospital reports* 3rd *series*, vol. X, 1864, p. 205. *Pathological society's trans.*, vol. IX, p. 125, 1858), on ne diagnostiqua pas quelle était l'artère affectée.

On crut que l'anévrysme affectait l'artère fémorale et l'iliaque externe fut liée. Le malade mourut d'une maladie du cœur, et, à l'autopsie, on trouva que l'anévrysme, qui était très-volumineux, naissait de la profonde immédiatement au-dessous de son origine. Dans les réflexions que M. Bryant fait sur ce cas, dans le neuvième volume des *Pathological transactions*, il dit qu'il ne connaît pas le moyen de diagnostiquer un pareil anévrysme. Et il est évidemment fort difficile de reconnaître si c'est la profonde ou l'une des autres branches musculaires qui est affectée; mais si l'orifice du sac est éloigné du tronc de la fémorale, je ne crois pas qu'il soit impossible d'admettre que l'anévrysme n'est point situé sur ce vaisseau.

Dans le même volume des *Guy's hospital Reports*, M. Cock décrit un autre exemple d'affection de la profonde. Dans cette circonstance, il s'était formé un sac anévrysmal, mais l'artère dégénérée s'était rompue et il se répandit au-dessus du fascia une masse considérable de sang, qui soulevait la fémorale, de sorte qu'elle semblait être un vaisseau sous-cutané, mais elle était elle-même parfaitement saine et exempte d'altération. Le malade mourut avant que le sang extravasé n'ait donné naissance à la formation d'un sac et, par conséquent, on ne put arriver à aucun diagnostic positif. Mais le déplacement de la fémorale suffisait pour indiquer que la source de l'hémorrhagie était située en arrière de la profonde, soit dans la profonde ou l'une de ses branches, ou bien que c'était une tumeur maligne du fémur. Si le malade eût vécu assez longtemps pour qu'un sac anévrysmal ait pu se former, je ne vois pas pourquoi on n'aurait pas pu porter un diagnostic correct.

Il y a cependant un point commun dans les deux faits de M. Cock, c'est l'intimité des rapports entre la tumeur et le fémur. Dans les deux circonstances, cet os avait été tellement comprimé que son périoste était détruit à une certaine distance. Et il est évident que cette connexion étroite de la tumeur et de l'os, doit donner à l'anévrysme une ressemblance plus grande avec le cancer.

POLICLINIQUE CHIRURGICALE.

Deux opérations de résection du maxillaire supérieur suivies de guérison (1)

par le docteur Charles Hardy.

Obs. II. — *Tumeur à myéloplaxes (sarcome myéloïde) du maxillaire supérieur. — Résection. — Récidive. — Guérison.* — P..., François, âgé de trente-deux ans, d'une bonne constitution, a été pris, au mois de septembre 1873, d'une gêne dans la fosse nasale droite, qu'il a attribuée à un rhume de cerveau; cette gêne est devenue de plus en plus grande, et quinze jours après le début des accidents, il est survenu sur le côté du nez, au niveau de la fosse canine, une petite tumeur de la grosseur d'une aveline, située profondément sous les téguments.

Cette tumeur ayant pris un développement assez considérable et devenant apparente, sans cependant provoquer encore d'autres accidents que l'obstruction à peu près complète de la fosse nasale correspondante, le malade consulta un médecin qui, croyant avoir affaire à un kyste ou à un abcès du sinus maxillaire, fit une incision entre la joue et les gencives des deux premières molaires; incision qui pénétra jusque dans la cavité du sinus et donna issue à une assez grande quantité de liquide sanguinolent et fétide.

Le malade, qui commençait déjà à éprouver des douleurs, a été soulagé, sans que la tumeur ait pourtant diminué de volume. On a pratiqué des injections alcoolisées dans la cavité du sinus. Ces injections revenaient facilement par le nez et par la bouche; on les a continuées pendant deux mois; les douleurs sont devenues extrêmement vives et se sont propagées à la tempe et à la région frontale; elles présentaient deux types bien différents : les unes passagères et subites, sont comparées par le malade à des coups d'aiguilles, à des secousses électriques, elles avaient leur siége dans la tumeur; les autres irradiaient dans tout le côté gauche, suivant le trajet des nerfs et revenaient par accès surtout la nuit. Elles ont diminué lorsqu'on a cessé de faire des injections.

Le 15 février 1874, nous trouvons le malade dans les conditions suivantes : le côté gauche de la face est déformé par la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, située au-dessous du bord inférieur de l'orbite; la peau est saine et mobile à la surface. Cette tumeur est arrondie, dure, élastique, peu douloureuse au toucher, nullement fluctuante. On n'y perçoit aucune crépitation osseuse, elle semble développée au devant du maxillaire supérieur plutôt que dans le sinus. La fosse nasale est oblitérée par une tuméfaction de la muqueuse. La voûte palatine est le siége d'une bosselure circonscrite à la partie qui correspond à l'os palatin. Rien d'apparent du côté de l'orbite; l'œil n'est pas dévié; la vision n'est pas troublée.

Le malade souffre beaucoup et les douleurs, plus aiguës la nuit, le privent de sommeil. Malgré tous les symptômes qui caractérisent une tumeur solide du maxillaire supérieur et surtout à cause du traitement qui avait été fait au début de la maladie, je pratique une ponction exploratrice avec un trocart à hydrocèle, que je fais pénétrer jusque dans le sinus: il sort à peu près un verre de sang noir, sans mélange d'autre liquide. J'introduis une sonde dans le sinus, et j'injecte une certaine quantité d'eau aromatisée avec de l'alcool de menthe, cette injection revient facilement par la fosse nasale gauche. En faisant cette injection, j'avais pour but de m'assurer que le sinus était libre et aussi de désinfecter le malade qui exhalait, par la bouche et par le nez, une odeur repoussante. Les injections ont exaspéré les douleurs au point que j'ai dû les cesser au bout de quelques jours.

La tumeur fit des progrès rapides, il survint une inflammation vive dans tout le tissu cellulaire de la joue qui fit craindre le développement d'un phlegmon. Cet état aigu se calma, mais la tumeur resta plus volumineuse et plus douloureuse.

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 janvier.

Le docteur Berrut, qui examina le malade avec moi, fut d'avis que nous avions affaire à une tumeur maligne, et qu'il fallait l'enlever au plus tôt. Avant de recourir à ce moyen extrême, je pratiquai une large ouverture à la paroi externe du sinus afin d'explorer cette cavité, et j'acquis la certitude que la tumeur était bien réellement située au devant du maxillaire supérieur et développée aux dépens de la paroi externe du sinus.

Ces différentes manœuvres donnent lieu à un écoulement de sang assez considérable qui soulage le malade, mais quelques jours après une nouvelle poussée inflammatoire se déclare : il se forme un abcès dans la paupière inférieure, un autre dans le sac lacrymal qui s'ouvre et laisse une fistule au niveau de l'angle interne de l'œil; la peau de la joue, très-altérée par ces inflammations successives, commence à contracter des adhérences avec la tumeur; il y a urgence à prendre une décision; du reste, le malade est en proie à des douleurs telles qu'il réclame l'opération le plus promptement possible.

Au milieu des désordres que nous venons de signaler, les dents sont saines, solides, non douloureuses, il semble que le bord alvéolaire ait seul échappé à l'envahissement de la maladie.

Le malade entre, le 12 mai 1874, chez les frères Saint-Jean-de-Dieu, et l'opération est pratiquée le 15 avec l'aide de M. le docteur Berrut et de M. Vachey, élève des hôpitaux.

Je choisis le procédé de Velpeau; l'opération n'a présenté aucune particularité à noter : l'hémorrhagie a été très-abondante, mais facile à arrêter. La section des os a été pratiquée avec les cisailles de Liston modifiées. Le dernier temps de l'opération a été rapide. La réunion de la plaie a été faite au moyen de huit points de suture entortillée, après avoir rempli l'anfractuosité de la face, avec un bourdonnet de charpie.

Examen de la tumeur. — Nous constatons d'abord que les sections ont porté sur des parties saines de l'os et que la tumeur a été enlevée en totalité. Le maxillaire est altéré dans une grande partie de son étendue; toutes les parois du sinus sont détruites ou ramollies, surtout les parois interne et antérieure. La cavité est remplie d'une matière grisâtre, ayant la consistance et l'aspect du mastic et une odeur infecte. Le sinus paraît agrandi, la muqueuse qui le tapisse a son aspect normal, mais elle est épaissie et plissée : du reste pas de trace d'ulcération. Elle est adhérente aux portions d'os restées saines et à la face postérieure de la tumeur dont elle n'est pas séparée par la lamelle osseuse qui a entièrement disparu de ce côté. Le bord alvéolaire est sain et les dents très-solides, les gencives sont intactes, l'os palatin est détruit. Du côté de l'orbite la paroi supérieure du tissu est amincie et fracturée en plusieurs endroits, le canal sous-orbitaire est rempli par le nerf sous-orbitaire dont le tronc est intact et dont les branches se perdent avec celles de l'artère au milieu du tissu morbide.

La tumeur occupe toute la face antéro-externe de l'os, elle s'étend de haut en bas, depuis le bord inférieur de l'orbite jusqu'à la base des gencives et de la fosse canine, à la tubérosité maxillaire de dedans en dehors. Son aspect extérieur est grisâtre à sa partie supérieure, et d'un rouge brun à la partie inférieure. Sa forme est celle d'une moitié de sphère avec trois grosses bosselures séparées par du tissu fibreux.

La coupe donne la sensation d'un tissu lardacé, comme l'encéphaloïde cru; son aspect est marbré, grisâtre, entremêlé de substance brune formant des espèces de lobes.

L'examen microscopique a démontré que cette tumeur était constituée par des cellules inégales, arrondies, mesurant 5 à 10 millièmes de millimètre, renfermant un noyau ou bien un contenu granuleux. Ces cellules sont accolées les unes aux autres, il n'y a pas de stroma-fibreux, très-peu d'éléments fusiformes, pas de grandes cellules à myéloplaxes. Cette tumeur pourrait être classée dans la variété dite sarcome myéloïde.

Suites de l'opération. — Tout se passe bien pendant les quarante-huit heures qui suivent l'opération; le malade a dormi et a pris du bouillon et du vin. Le tampon de charpie a été enlevé; on fait des injections dans la bouche avec de l'eau alcoolisée.

Le troisième jour il survient une rougeur érysipélateuse sur le nez et à la partie supérieure de la joue, la plaie à bon aspect, la réunion paraît complète; le malade n'a pas de fièvre, l'appétit est bon, mais il a peu dormi; cependant il est sous le coup d'un érysipèle. On applique sur la rougeur de la pommade au sulfate de fer, 4 grammes pour 20 grammes. Le jour suivant la face est tuméfiée, les paupières gonflées, la rougeur envahit la moitié de la face du côté opéré; l'état général reste bon, l'appétit conservé.

L'érysipèle se propage au côté opposé, envahit le cuir chevelu et les oreilles, mais à mesure qu'il s'étend à de nouvelles parties, il diminue sur les points primitivement malades, et au bout de quinze jours il a complétement cessé.

Les sutures ont été enlevées, la plaie de la face a bon aspect; le malade se lève, mais la cavité du maxillaire se comble avec une rapidité inquiétante : on fait des applications de perchlorure de fer pour arrêter autant que possible le bourgeonnement qui fait craindre la reproduction de la tumeur, mais, malgré ce moyen, la récidive n'est plus douteuse.

Le 1er juin, lorsque le malade quitte la maison de santé, l'anfractuosité de la face est remplie complétement par des tissus fongueux, saignants, qui sont évidemment de même nature que la tumeur.

Je n'hésite pas à enlever, avec un instrument mousse, tout ce qui remplit la plaie et à cautériser avec une solution de chlorure de zinc à 2 pour 100. Malgré ce moyen le tissu morbide se reproduit et avec une rapidité extraordinaire, au point que tous les jours je suis obligé d'en enlever gros comme un œuf de poule. Ces opérations partielles donnent lieu à des hémorrhagies considérables que j'arrête par un tamponnement au perchlorure de fer.

M. le docteur Berrut, qui a été plusieurs fois témoin de l'état du malade, est d'avis comme moi que nous avons affaire à une affection cancéreuse, et déjà nous désespérons du succès.

En face d'une maladie qui se montre sous une forme aussi grave, je n'hésite pas à circonscrire la tumeur avec des flèches de pâte de Canquoin et à en larder, pour ainsi dire, toutes les parties malades. Ce moyen a pour résultat de momifier le tissu morbide et d'en arrêter la genèse. Deux jours après j'enlève toutes les parties détruites par le caustique, il n'y a pas d'hémorrhagie, le tissu de la tumeur est desséché comme de l'amadou et se détache facilement. Après avoir débarrassé toute la cavité, il reste encore sur ses parois une couche de tissu grisâtre non vasculaire qui tranche, par son aspect, avec les parties vivantes. J'introduis encore des flèches de pâte de Canquoin dans la ligne de séparation de ces deux tissus; de manière à détruire une certaine épaisseur de parties molles. Après cette nouvelle cautérisation, le malade, qui jusqu'alors avait peu souffert, éprouve des douleurs très-vives et une inflammation intense se déclare dans tout le côté de la face. Les paupières se tuméfient ainsi que la joue qui devient rouge et très-gonflée. Cette inflammation cède à des moyens simples, et au bout de quelques jours la suppuration commence autour des eschares qui se détachent assez promptement. La plaie prend un bon aspect et une cicatrisation franche commence à se faire ; mais pour éviter toute récidive, je fais toucher de temps en temps les points qui bourgeonnent trop vite, avec une solution de chlorure de zinc à 2 gr. pour 100.

Le 15 septembre 1874, le malade est tout à fait guéri; il reste un orifice large comme une pièce de 1 franc, qui fait communiquer les fosses nasales avec la bouche, tout le reste est cicatrisé. La joue est un peu aplatie, mais la cicatrice s'est rétractée et le malade est peu défiguré.

Depuis nous avons remédié à tous les inconvénients de l'opération, tels que la gêne de la mastication, de la déglutition et surtout de la prononciation, en lui faisant adapter une mâchoire artificielle qui a rempli ce but si parfaitement, que le malade avoue ne plus éprouver aucun inconvénient du fait de son opération.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 9 janvier 1878. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Après une allocution de M. Panas, président sortant, M. Cruveilher, secrétaire annuel, donne lecture du rapport sur les travaux

dont la société s'est occupée pendant l'année écoulée. Puis, M. de Saint-Germain, secrétaire général, prononce l'éloge de Demarquay.

PRIX

La Société a décerné, cette année, le prix Duval et le prix Laborie.

Prix Duval. — M. Valtat, pour sa thèse inaugurale intitulée : *Des atrophies musculaires consécutives aux arthropathies.*

Prix Laborie. — M. Henri Petit, pour son travail sur la *gastrostomie.*

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Institut vient de faire une perte considérable en la personne de M. Becquerel (Antoine-César), qui était entré à l'Académie des sciences en 1829, en remplacement de M. Lefèvre-Gineau.

— Nous recevons la nouvelle de la mort de Stokes, né à Dublin en 1804. L'illustre clinicien est mort le 7 janvier, dans sa ville natale, entouré de la considération publique.

— Par décret, en date du 18 décembre 1877, a été nommé médecin aide-major de première classe, M. Cheviet.

— Par décret en date du 29 décembre 1877, ont été nommés :

Médecins-majors de deuxième classe : MM. Dengler, Cluzan, Darricarrère, Grosclaude et Lefort.

Pharmacien-major de deuxième classe : M. Janin.

Pharmaciens aides-majors de deuxième classe : MM. Chapuis, Vandeville, Jacob, Jégou, Boutté, Grellety, Gauffres, Massie et Corne.

— Par décret, en date du 31 décembre 1877, ont été nommés médecins aides-majors de deuxième classe :

MM. de Santi, Zoeller, Février, Lecomte, Schneider, Cliquet, Woirhaye, Hervéou (R. F. M.), Arnold, Martel, Mazand, Villemin, Vibert, Paquy, Aubry, Merz, Hornus, Butel, Picqué, Baur ;

Roux, de Balthasar, Petit, Comte, Gaillard, Delamare, Orion, Couderc, Chappuis, Phisalix, Lubret, Aubert, Sourris, Boucher, Lallemand, Vacher, Mons, Bouchon, Bouvier, Bischoff;

Salle, Bonnet, Fournier, Joly, Bertholon, Legagneur, Moinel, Pouey, Lespalès-Mondon, Martin, Conçaix, Simon, Manquat, Renaut, Gardin, Masson, Fournet, Dreyfus, Langue, Laurent ;

Mathelin, Poigné, Durget, Salètes, Arjo, Darde, Faurot, Warnecke, Lévèque, Baills, Riff, Larroque, Lasserre, Liron, Girard, Hervéou (C. M. F.), Hussenet, Mackiewicz, Perrin, d'Arras ;

Goudard, Atgier, Dumas, Achard, Fromentin, Pongis, Mourey, Tixier, Godin, Boiron, Barbaux, Ravan, Delhaye, Frascy, Jocaveill, Bony, Soulier, Francou.

— Le mardi, 12 février 1878, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices.

Messieurs les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription, ouvert le lundi, 14 janvier, sera clos le mercredi 30 janvier à trois heures.

De la production et de la consommation des boissons alcooliques en France et de leur influence sur la santé physique et intellectuelle des populations, par le docteur L. Lunier, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France. — Paris, 1877, 1 vol. gr. in-8° avec nombreux tableaux dans le texte et 6 planches coloriées. Prix : 8 francs. — F. Savy.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 9. — MARDI 22 JANVIER 1878. 51e ANNÉE. MARDI 22 JANVIER 1878. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

De la numération des globules du lait pour l'analyse du lait de femme dans ses rapports avec le choix des nourrices et la direction de l'allaitement.

I

L'allaitement naturel ne peut être bien dirigé par le médecin, que par une saine appréciation, des qualités physiques de la nourrice, de la bonne composition du lait et de la quantité de lait à donner aux enfants dans les vingt-quatre heures.

Tous ces éléments se résument dans la détermination de la *qualité du lait; — de sa quantité; —* du *nombre des tétées de l'enfant* et de *son poids progressif.*

Ces quatre questions seront l'objet de ma leçon d'aujourd'hui, et je vais vous montrer ce que peut la science quand elle s'appuie sur des données précises substituées à l'hypothèse et aux inspirations de la fantaisie ou de l'empirisme.

Je vais vous parler d'abord du choix des nourrices et des moyens de reconnaître les qualités du lait de femme, en vous indiquant la nouvelle méthode d'analyse dont j'ai donné communication à l'Académie des sciences dans la séance du 17 octobre 1877. Vous verrez combien cette méthode est d'un usage rapide, facile et pratique, combien elle facilitera vos décisions quand vous aurez à chercher une nourrice.

Il faut bien le dire, le choix des nourrices, tel qu'il est pratiqué aujourd'hui, repose sur des indications tellement vagues, qu'il est difficile d'en rien conclure de précis ni de scientifique.

Est-ce assez de constater l'âge de la femme, la couleur des cheveux, la beauté des dents, l'absence de cicatrices au cou, le volume des seins, la proéminence du mamelon, l'écoulement du lait par la pression et sa couleur au fond d'un verre? Non, et cependant c'est là ce qui se fait très-généralement. Dans quelques cas, on regarde le lait sur le bout de l'ongle ou sur une lame de verre pour constater sa couleur. Ailleurs, on l'examine au microscope pour voir ses globules, mais ce n'est là qu'un semblant d'appréciation. Ces recherches n'apprennent rien et ne prouvent rien. On n'en sait pas davantage avant et après les expériences.

Ceux qui ont voulu se rendre un compte plus exact de la composition du lait de femme, ont eu recours à l'analyse chimique qui est plus sérieuse, lorsqu'elle est réelle et complète. C'était, en effet, pour les médecins, le seul moyen en leur pouvoir d'arriver à connaître exactement la quantité de beurre et de caséine contenue dans le lait. A cet égard de nombreuses recherches ont été publiées par Péligot, Doyère, Becquerel, etc. La science possède ainsi un certain nombre d'analyses du lait de femme dans l'état normal et pathologique que j'ai reproduites dans mon *Hygiène de la première enfance et de l'allaitement.*

Toutefois, comme ces recherches ne sont pas à la portée de tous les médecins, et qu'elles exigent le concours d'un chimiste expérimenté, elles ne m'ont jamais entièrement satisfait. De plus, comme il faut, pour les entreprendre, une certaine quantité de lait (80 à 100 grammes) et que cette quantité est assez difficile à obtenir chez les nourrices, parce que l'extraction est insuffisante et toujours douloureuse, j'ai dû y renoncer. Mais enfin, de cette façon, on peut faire une analyse. S'il fallait recommencer tous les jours ou plusieurs fois par jour, cela serait absolument impossible.

J'ai donc imaginé un nouveau procédé d'analyse du lait, facile à exécuter par tous les médecins, possible à faire tous les jours et plusieurs fois par jour, pour arriver par de nombreux calculs à établir une moyenne satisfaisante. Pour ce procédé il faut *une seule goutte de lait prise après quelques minutes de succion du sein par l'enfant.* Or, rien n'est plus facile à obtenir qu'une goutte de lait. Il suffit, pour cela, de recueillir une demi-cuillerée à café de ce liquide et, avec le compte-gouttes gradué, de prendre la goutte qui est nécessaire à l'analyse.

De la numération des globules du lait de femme.

Comme on va le voir, en dehors de l'analyse chimique, le moyen que je propose permettra de déterminer scientifiquement la richesse ou la pauvreté du lait de femme. J'ai à peine besoin de dire qu'il est très-utile à employer lorsqu'on est consulté par les mères pour le choix d'une nourrice.

Ce procédé met entre les mains du médecin le moyen de faire l'analyse du lait de femme d'une façon rapide et pratique. Toute personne un peu intelligente, pourra s'en servir et se rendre un compte quotidien de l'état du lait des nourrices.

C'est *la numération des globules laiteux faite avec le micro-*

scope.Or, le nombre des globules du lait, ainsi qu'on peut s'en convaincre par des études comparatives sur le lait de vache, représente assez exactement la quantité de beurre renfermée dans un certain poids de lait.

Les globules de lait de femme ont un diamètre qui varie de 1/300 de millimètre à 3/300. Ils sont sphériques, transparents, brillants et à contours très-nets. Leuwenhoek les croyait de nature différente : les gros, formés de beurre, et les autres, de caséine. Raspail pensait de même et a dit que les uns étaient albumineux et les autres oléagineux. Hodjkin, Lister, Donné les considèrent comme identiques.

Raspail, Heule, Simon, Dumas supposent que la matière grasse, ou beurre, est enfermée dans une membrane albuminoïde. En effet, si, avec Dumas on dissout du sulfate de soude ou du sel marin à saturation dans le lait et que l'on filtre, on obtient un sérum limpide contenant tout le caséum solide, le sucre de lait et les sels, tandis que les globules restent sur le filtre et, malgré les lavages répétés, on trouve encore de la matière caséeuse associée au beurre des globules et par conséquent insoluble dans l'eau salée.

D'autre part, d'après de Romanet, le *barattage* déchire les capsules albumineuses, et Donné dit, que si l'on presse fortement une goutte de lait entre deux lames de verre plates, et qu'on regarde au microscope, on trouve que les globules sont crevés et que la graisse offre la forme d'une gouttelette oblongue. D'après Turpin, le globule se trouve composé de deux vésicules emboîtées dont l'intérieur sécrète l'huile butyreuse, et produit de nombreux globules intérieurs ou globulins, qui, après leur expulsion du globule mère, deviendraient, à leur tour, des globules laiteux, mais ce fait est contesté. Pour Gros, enfin, les globules du lait seraient formés de matière butyreuse renfermée dans des vésicules analogues à celles du vitellus et l'existence de cette membrane serait démontrée par l'iode qui la teindrait en jaune.

Ceux qui considèrent le globule de lait comme étant pourvu d'une membrane d'enveloppe, ajoutent, enfin, que si la graisse ou si le beurre était libre, en gouttelettes, sans capsule, cette graisse devrait se dissoudre dans l'éther, mais qu'il n'en est rien. En effet, le lait agité avec de l'éther reste opaque et les globules ne sont pas dissous.

Les globules du lait sont parfois un peu plus gros, dans le lait de femme, que dans le lait de vache; mais leur volume est très-variable, ce qui rend la quantité de beurre plus ou moins grande dans un volume donné de lait.

Si tous les globules du lait étaient d'égal volume, il est évident qu'ils auraient même poids, et que de leur nombre dans 1 millimètre cube on pourrait arriver d'une façon précise, à leur poids et au poids du beurre par litre. Mais il n'en est pas ainsi. Il y a des globules et des globulins. Les gros globules de lait ont 3/300 de millimètre de diamètre, et les petits varient entre 2/300 ou seulement 1/300. Il en résulte qu'avec ce volume inégal, leur poids de beurre est un peu variable, et cette différence se traduit dans le poids du beurre calculé d'après le nombre des globules contenus dans un litre.

Quoi qu'il en soit, *la numération des globules du lait* peut être employée comme moyen sérieux d'appréciation des qualités du lait, et elle devra dorénavant guider le médecin dans le choix des nourrices.

Cette numération par volume déterminé faite sur un très-grand nombre de nourrices, mise en regard d'autres expériences semblables faites sur le lait de vache, permet de dire, d'après les chiffres trouvés, quelle est à peu près la densité du liquide et le poids de beurre qu'il renferme par litre.

Je me suis inspiré dans ces recherches des procédés de numération des globules du sang imaginés par Piorry, 1847, par Vierordt, 1852, de Cramer, 1855, par Malassez et Hayem. A l'exemple de Cramer, de Malassez et de Hayem, j'ai compté par volume de liquide au lieu de compter par surface, et j'ai dû remplacer le procédé connu, peu applicable au lait, par un autre qui rendît le calcul plus facile et plus exact.

Au lieu de faire mes numérations par cinquième de millimètre cube, comme on le fait avec raison pour le sang, j'ai dû compter par dixième de millimètre cube.

En voici les raisons :

Lorsque l'on compte les globules du sang dans une cellule de verre plate, de 1/5 de millimètre d'épaisseur, les globules *plus lourds* que le sérum tombent au fond au bout de quelques minutes et il n'en reste pas qui nagent entre deux eaux. Tous sont au fond de la cellule et quand la plaque de verre est au foyer du microscope on peut les compter tous.

Au contraire, avec du lait dans cette même cellule, au cinquième de millimètre d'épaisseur, comme les globules de lait sont *plus légers* que le sérum, ils montent ainsi que la crême à la surface du liquide, et par conséquent se trouvent dans la cellule sous la lame de verre obturatrice. Mais ils ne montent pas tous, quelques-uns restent dans l'épaisseur du sérum, de façon à ne pouvoir être comptés au premier calcul. Plus l'épaisseur de la cellule d'examen est grande, plus on éprouve de difficultés à compter tous les globules de lait.

J'ai donc dû faire préparer par M. Nachet, des cellules à 1/10 de millimètre de profondeur, *spéciales pour l'analyse du lait*, et c'est avec ces cellules que j'ai opéré.

On prend une goutte de lait de femme mesurée avec le compte-gouttes gradué de Limousin, que l'on met dans 100 gouttes d'eau distillée, pure, ou mieux salée au centième. Cette addition a pour but d'avoir un liquide à 1030. de densité, facilitant l'élévation des globules de lait. Cette ascension est plus lente dans l'eau distillée.

Alors une goutte de ce mélange au centième étant placée sous un microscope dont l'oculaire renferme un quadrillage ayant 1/5 de millimètre de côté, comme celui qui sert aux numérations de globules sanguins. On compte ce qui se trouve compris dans le carré.

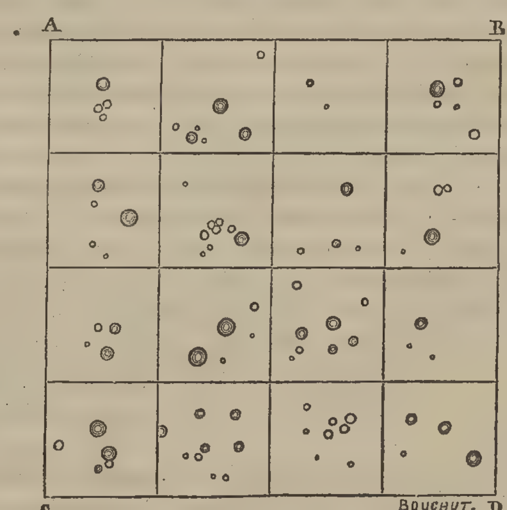


Figure représentant l'image microscopique d'un carré de 1/5 de millimètre de côté, couvrant la cellule de verre au 10e qui renferme une goutte de lait de femme diluée au 100e. — Il y a 86 globules.
Cela fait 86 : 4 = 21;500 × 1000 × 100 = 2150000 globules par millim. cube.

Supposons qu'on y compte, une première fois, 94 globules de lait, gros ou petits, il faut changer la préparation de place

et compter de nouveau. On doit faire ainsi trois calculs successifs sur des points différents et prendre la moyenne de l'addition des trois numérotages.

Cette moyenne doit être divisée par 4, puisque ayant compté dans un quadrillage ayant 1/5 de millimètre de côté et renfermant quatre carrés de 1/10, il faut prendre le quart du nombre de globules trouvés qui représente les globules d'un des quatre carrés compris dans le quadrillage complet. Quand cette opération est achevée on multiplie le total par 1000 qui est le cube de dix. Cela est nécessaire parce que la cellule est au dixième. On multiplie ensuite par 100, puisque le titre du liquide est au centième.

Supposons 292, le nombre des globules trouvés dans trois calculs différents faits sur le quadrillé au-dessous duquel se trouve la solution de lait au centième, on a :

$$292 : 3 = 97{;}030 : 4 = 24{;}270 \times 1000 = 24270 \times 100 = 2427000$$

D'après ces calculs, on voit donc qu'il y a dans cet échantillon de lait deux millions quatre cent vingt-sept mille globules dans 1 millimètre cube. Par un autre calcul, on trouve que ce lait renferme deux cent quarante-deux milliards sept cents millions de globules par litre.

D'après ce procédé au dixième, et aussi d'après le procédé d'analyse au cinquième, j'ai compté les globules du lait chez cent cinquante-huit nourrices. Dans mes observations, j'ai tenu compte de l'âge de la nourrice et de l'âge de son lait, j'ai établi des catégories pour le lait pris avant la tétée, pendant la tétée et après la tétée ; ici, il ne sera question que de la diversité du lait avant, pendant et après la tétée.

Voici les principaux résultats généraux sur le chiffre des globules et globulins.

5 fois	les globules ont été de	200 à 400,000 ;
14 fois	—	400 à 600,000 ;
20 fois	—	600 à 800,000 ;
24 fois	—	800,000 à 1,000,000 ;
66 fois	—	1 à 2,000,000 ;
27 fois	—	2 à 4,000,000 ;
2 fois	—	4 à 5,000,000 ;
158		

Ces nombres comprennent les gros et les moyens globules, ainsi que les petits globulins qu'il est possible de compter en faisant varier la vis du microscope à gauche, pour bien saisir tout ce qui est dans l'épaisseur de la couche laiteuse contenue dans la cellule au dixième, qui sert de moyen d'analyse.

Si l'on voulait plus d'exactitude, comme trois globulins valent à peu près un globule, il serait bon de compter tous les gros et moyens globules comme unités, puis de compter à part les globulins dont on prendrait le tiers seulement, qu'on ajouterait aux unités inscrites. Ainsi, je suppose 47 globules gros ou moyens, et 36 globulins, il faudrait compter 47 plus 12 qui est le tiers de 36, ce qui ferait 59. De cette façon, on aurait des chances d'arriver à la vérité dans la manière d'apprécier la richesse du beurre du lait de femme.

Ce n'est d'ailleurs qu'une conséquence de l'étude des dimensions offertes par les globules de lait, dimensions qui varient de *un* à *trois trois centièmes de millimètre de diamètre.*

Voici, pour plus de précision, les détails de chaque calcul sur une centaine de nourrices ; *avant, pendant* et *après la tétée.* J'indiquerai ensuite les calculs faits sur plusieurs échantillons de lait pris à la même nourrice dans la même journée.

Tableau du nombre des globules du lait sur cent nourrices avant, pendant et après la tétée.

AVANT LA TÉTÉE.	PENDANT LA TÉTÉE.
911.500	1.786.500
1.049.000	2.014.000
APRÈS LA TÉTÉE.	1.499.000
1.012.500	1.462.500
1.399.900	1.586.000
780.000	961.500
861.000	611.000
686.500	1.761.500
624.000	1.061.500
274.000 (1)	1.261.000
1.186.500	774.000
1.549.000 (2)	1.861.500
699.000 (3)	1.129.000
836.000 (4)	799.000
874.000	1.386.500
1.099.000	1.174.000
561.500	1.199.000
1.611.500	986.000
1.262.500	1.674.000
2.150.000	774.000
991.600	886.000
1.616.600	936.500
2.550.000	1.274.000 (6)
2.525.800	1.111.000
2.425.000	1.324.000
1.502.500	1.561.500
2.600.000	874.000 (7)
1.725.000	920.000
1.925.000	1.886.000
2.400.000	1.786.000
2.900.000	1.801.000
2.306.000	1.124.000
1.816.000	874.000
1.025.000 (5)	2.037.500
2.025.000	1.287.500
1.325.700	573.000
2.805.000	1.402.500
4.402.500	1.400.000

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Des troubles de la vision chez les hystériques.

On sait depuis longtemps que, chez les hystériques hémianesthésiques, l'œil du côté anesthésié présente des altérations qui peuvent aller jusqu'à la cécité complète. M. Briquet avait déjà très-nettement signalé ce fait. M. Galezowski a montré ensuite que cette amblyopie particulière des hystériques s'accompagne régulièrement de dyschromatopsie ou d'achromatopsie, c'est-à-dire d'une distinction défectueuse ou absolument nulle des couleurs. Enfin M. Landolt a démontré que cette perversion du sens de la vue, en ce qui concerne les couleurs, s'opère suivant certaines lois qu'il a pu déterminer. A l'état normal, toutes les parties du champ visuel ne sont pas également aptes à percevoir les couleurs ; il est des cou-

(1) Trente-six heures de repos par enfant malade ne voulant pas téter.
(2) Grossesse de deux mois.
(3) Grossesse de deux mois.
(4) Vient d'avoir ses règles.
(5) Lait de cinq semaines et galactorrhée.
(6) Cinquante-trois ans ; a donné à téter à quarante-huit enfants.
(7) Syphilitique.

eurs pour lesquelles le champ visuel est physiologiquement plus étendu que pour d'autres, et ces différences s'observent chez tous les sujets à peu près, suivant la même règle pour chaque couleur. Le plus souvent, c'est pour le bleu que le champ visuel est plus vaste ; puis viennent le jaune, l'orangé, le rouge, le vert et enfin le violet, qui n'est perçu que par les parties les plus centrales de la rétine. Chez les hystériques, ces caractères sont exagérés à des degrés variés. Les divers cercles, correspondant, dans l'exploration, aux limites de la vision pour chaque couleur, se rétrécissent concentriquement, suivant la même loi que pour l'état normal. Le cercle violet, la couleur centrale, pourra se rétrécir jusqu'à devenir nul, et la malade nommera toutes les autres couleurs, sauf le violet. Puis la maladie faisant des progrès, ce sera le vert qui disparaîtra, puis le rouge, puis l'orangé. Le jaune et le bleu, couleurs périphériques, disparaîtront les dernières. Il y a des exceptions à cette règle en ce sens que chez certains malades, c'est le rouge et non le bleu qui disparaît le dernier. M. Charcot donne à ces malades le nom de *rouges* pour les distinguer des premiers, qu'il appelle les *bleus*. A un degré avancé de l'amblyopie hystérique, il peut se faire qu'aucune couleur ne soit perçue et que les objets colorés apparaissent aux malades comme une sorte d'aquarelle à la sæpia.

Ces altérations s'observent aussi dans l'œil du côté opposé à l'anesthésie, mais toujours à un degré beaucoup moins avancé que dans l'œil du côté correspondant à l'anesthésie. Ces troubles visuels de l'hystérie sont simplement fonctionnels et ne s'accompagnent d'aucune altération visible à l'ophthalmoscope.

M. Charcot fait suivre l'exposé de ces faits de quelques considérations relatives aux applications métalliques : étant donnés ces troubles visuels chez une hystérique sensible à l'or, par exemple, l'application d'une plaque d'or sur la tempe lui rendra successivement, et toujours dans le même ordre, la perception des couleurs qui lui manquent, en allant du bleu jusqu'au vert, rarement jusqu'au violet ; cette hystérique verra successivement le bleu, le jaune, l'orangé, e rouge et le vert. Si vous enlevez la plaque d'or, la malade perdra successivement la notion du vert, du rouge, de l'orangé, du jaune et du bleu. Mais il est un autre phénomène plus curieux encore : chez une hystérique actuellement guérie par la métallothérapie et qui est sensible à l'or, l'application d'une plaque d'or sur le membre autrefois anesthésié ramène l'anesthésie ; ce qui a lieu pour l'anesthésie de ce membre a lieu également pour l'amblyopie, et sous l'influence d'une plaque d'or appliquée sur la tempe, reparaît l'amblyopie et la dyschromatopsie dont elle était autrefois atteinte.

On sait, ajoute encore M. Charcot, qu'il existe une hémianesthésie absolument semblable à celle de l'hystérie, et qui est due à une lésion matérielle occupant la partie postérieure de la capsule interne. Or cette hémianesthésie de cause cérébrale, ainsi que les troubles des sens qui l'accompagnent, disparaissent également sous l'influence de la métallothérapie, mais ils diffèrent des troubles d'origine hystérique en ce sens qu'ils disparaissent à tout jamais et que les applications métalliques ne les font pas reparaître, comme cela a lieu dans l'hystérie. M. Charcot rapporte en peu de mots l'observation d'une femme de son service qui, depuis sept ans, était atteinte d'hémianesthésie et de troubles visuels de cause cérébrale, et qui a complétement guéri sous l'influence des applications métalliques. Il n'y a que les plaques anesthésiques d'origine médullaire qui résistent d'une façon absolue à la métallothérapie.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. BADAL.

De la kératite interstitielle diffuse.

Les auteurs qui se sont particulièrement occupés de cette variété de kératite, se montrent fort divisés sur la nature de l'affection.

Hutchinson considère la kératite interstitielle comme une kératite *hérédo-syphilitique*, et son opinion a trouvé de nombreux partisans, surtout à l'étranger.

En France, on accorde généralement au lymphatisme et à la scrofule, la plus grande part dans le développement de la maladie. Pourtant il faut reconnaître qu'on retrouve rarement, dans les antécédents des malades, les lésions caractéristiques de la scrofule.

D'autre part, les idées d'Hutchinson ont bien des faits contre elles.

D'abord, il n'est pas du tout vrai que la kératite interstitielle s'accompagne toujours de cette malformation des dents qui leur a fait donner le nom de *dents de Hutchinson*.

En second lieu, cette forme de kératite ne s'observe guère qu'après l'âge de huit ou dix ans ; or, on sait que la syphilis héréditaire se montre dès les premières semaines de la vie extra-utérine.

Enfin, la syphilis acquise ne s'attaque jamais à la cornée. Dans l'hypothèse d'une origine syphilitique de la kératite interstitielle comment expliquer cette différence entre les lésions de la syphilis héréditaire, et celles de la syphilis acquise ?

Aussi M. Panas, dans les leçons qu'il a publiées à ce sujet, penche-t-il en faveur de la nature lymphatique de la maladie.

Quoi qu'il en soit, voici l'histoire d'une lmalade présentée à la Société de biologie :

La cornée droite est le siége d'une kératite interstitielle généralisée, non vasculaire, et absolument indolente, dont le début remonte à trois mois, et qui maintenant paraît en voie de guérison. Il y a un mois est apparue une ulcération de la partie médiane de la voûte palatine, qui a gagné peu à peu en étendue et mesure maintenant 3 centimètres d'avant en arrière, sur 1 centimètre de largeur environ. Un stylet, introduit dans la plaie, permet de constater a nécrose des parties osseuses sous-jacentes. L'aspect ne diffère en rien de celui des ulcères, dûs à la syphilis acquise, qui siégent aux mêmes points.

Enfin, il y a quelques jours seulement, l'iris, jusque-là indemne, est devenu malade à son tour, et malgré l'emploi journalier du collyre d'atropine, il existe maintenant des synéchies postérieure.

L'enfant est anémique, d'aspect chétif ; elle a quatorze ans, on lui en donnerait tout au plus dix ou douze. On ne constate cependant aucune trace de scrofule et les dents sont bien conformées.

La mère jouit d'une santé excellente et affirme n'avoir jamais eu la moindre affection vénérienne ; mais le père, recueilli dans un hospice de province, est atteint depuis sept ans d'une double amaurose survenue sans cause connue. D'ailleurs, au dire de la mère, sa santé générale était bonne, et elle ne croit pas qu'il ait été atteint de syphilis.

De quelle nature est l'affection observée chez l'enfant ?

Le cas est embarrassant. A-t-on affaire à la scrofule, à une syphilis héréditaire ou bien encore à une syphilis acquise ?

Le traitement institué dès le début : sirop de Gibert à l'intérieur, compresses chaudes sur l'œil et collyre d'atropine, n'a donné aucun résultat. La malade prend maintenant de l'iodure de potassium à haute dose et de l'huile de foie de morue ; l'état de la cornée s'améliore, mais l'ulcération de la voûte palatine reste stationnaire et l'iris se prend.

Cette dernière complication autorise à émettre l'hypothèse d'une syphilis acquise ; pourtant la double amaurose, bien probablement de nature spécifique, qui a frappé le père dans la force de l'âge, plaide en faveur de la syphilis héréditaire. D'un autre côté, il est tout à fait contraire à la règle, de voir la syphilis héréditaire atttendr quatorze ans pour amener une perforation de la voûte palatine.

POLICLINIQUE CHIRURGICALE.

Deux opérations de résection du maxillaire supérieur suivies de guérison (1)

par le docteur Charles HARDY.

III

Les deux malades qui nous ont été présentés offrent l'exemple de deux tumeurs de nature différente, mais susceptibles

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 janvier.

l'une et l'autre de suivre une marche plus ou moins grave.

L'enchondrome qui caractérise la tumeur de la première observation, offre, au point de vue clinique, deux variétés, l'une à marche chronique ou bénigne, dont le malade de M. Berrut est un exemple type ; l'autre à marche aiguë, qui ne diffère guère de celle du cancer proprement dit.

La tumeur qui fait le sujet de la seconde observation appartient, au contraire, à l'espèce la plus mauvaise des sarcomes myéloïdes ou tumeurs à myéloplaxes. C'est-à-dire à ces variétés de productions morbides que M. Eugène Nélaton a décrit le premier, et que la plupart des chirurgiens considèrent aujourd'hui comme des tumeurs bénignes. Cependant, chez notre malade, la marche rapide, les douleurs lancinantes, les douleurs névralgiques, et plus tard, les poussées inflammatoires dont la tumeur a été le siége, et enfin la récidive immédiatement après l'opération, la rapprochent des véritables cancers.

C'est qu'en effet il existe encore sur la nature des tumeurs en général, et surtout des tumeurs malignes, c'est-à-dire susceptibles de récidiver et de produire secondairement des accidents constitutionnels; des doutes bien grands; c'est, qu'en un mot, la différence qu'il y a entre la tumeur dite bénigne, qui récidive, et le cancer proprement dit est encore à trouver ; et que si le microscope a fait faire un grand pas à la science au point de vue de l'anatomie pathologique, il est loin d'avoir complétement élucidé la question au point de vue clinique.

On a invoqué en faveur du cancer le retentissement ganglionnaire : ce symptôme est vrai pour les tumeurs du maxillaire inférieur, mais il est incertain pour celles du maxillaire supérieur; l'adénopathie est exceptionnelle dans les dégénérescences de cet os, et si elle survient, c'est à une époque où le diagnostic n'est plus douteux, c'est-à-dire lorsque la maladie a envahi les tissus de la joue. En effet, les lymphatiques sont nuls ou à peu près dans l'os maxillaire et ceux de la région sont superficiels ou sous-cutanés, de sorte que ce n'est qu'à une période très-avancée de la maladie que ces vaisseaux se trouvent intéressés, et les ganglions ne se prennent guère que lorsque la peau est ulcérée.

Chez notre malade, il n'y a pas eu d'adénite, quoique la tumeur ait suivi une marche suraiguë, qu'elle ait été accompagnée de poussées inflammatoires très-vives, et que la récidive ait nécessité plusieurs opérations secondaires et des cautérisations énergiques.

Je n'ai en vue ici, bien entendu, que les affections développées primitivement dans l'os maxillaire. Je ne parle pas de celles qui ont commencé par la muqueuse ou par les gencives, et qui se sont propagées ensuite à la mâchoire supérieure.

Il me reste à rechercher l'explication de cette répullulation si prompte et si considérable du tissu morbide.

Dans le cancer comme dans les tumeurs malignes, de quelque nature quelles soient et quel que soit leur siége, il se fait autour du produit pathologique dans le tissu cellulaire de la région une espèce d'infiltration des sucs morbides, qui modifie ce tissu et le transforme peu à peu; c'est une espèce d'envahissement périphérique de la maladie qui forme à la tumeur comme une atmosphère cancéreuse, au milieu de laquelle elle vit et qui s'agrandit à mesure que le mal fait des progrès, et avec une rapidité d'autant plus grande que la région présente des conditions anatomiques plus favorables.

Là où les vaisseaux lymphatiques sont nombreux, l'absorption des liquides est plus rapide, et ces produits septiques sont transportés plus loin jusqu'aux ganglions, qui les retiennent un certain temps et deviennent à leur tour de véritables cancers secondaires, d'où les produits partent pour aller se répandre dans toute l'économie et y produire la cachexie, cette altération spéciale de l'organisme, qui précède le dénoument fatal de la maladie.

Mais si ces conditions n'existent que dans des proportions très-restreintes autour du maxillaire supérieur, il en est d'autres qui favorisent la récidive sur place; je veux parler du système vasculaire sanguin très-développé et de la vitalité très-grande dont sont doués les téguments de la face.

Le produit morbide infiltré dans le tissu cellulaire trouve là des éléments de prolifération qui n'existent nulle part plus favorables. Cette condition explique la récidive rapide chez notre malade, surtout quand on songe aux incisions qui, en ouvrant la coque fibreuse de la tumeur, ont permis aux cellules et aux liquides qu'elle contenait de s'infiltrer dans le tissu cellulaire voisin, et de le transformer plus rapidement sous l'influence des poussées inflammatoires réitérées qui ont suivi chaque opération.

En admettant cette hypothèse, on s'explique aussi plus facilement la guérison que nous avons obtenue par la cautérisation.

Le choix du caustique n'est pas non plus indifférent; depuis longtemps déjà, le chlorure de zinc, auquel nous avons donné la préférence, passe pour un spécifique du cancer; nous sommes loin de lui accorder cette faveur, mais c'est certainement un des meilleurs agents à mettre en usage dans les cas semblables à celui que nous avons eu à traiter. Ce n'est pas seulement à cause de ses propriétés hygrométriques, qui sont ici d'un avantage très-grand.

Lorsqu'on emploie la pâte de Canquoin, c'est-à-dire le chlorure de zinc à l'état sec, il absorbe les humeurs de la plaie et pénètre à l'état de liquide dans les interstices celluleux, où son action s'exerce assez profondément et produit des eschares sèches, qu'on peut enlever sans produire d'hémorrhagie.

Les deux malades que nous avons opérés portent un appareil prothétique que nous devons à la générosité et à l'habileté de M. de Mirimonde, chirurgien-dentiste.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 janvier 1878. — Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Des cerveaux d'amputés. — M. CHARCOT présente la photographie du cerveau d'une femme qui avait été amputée du membre supérieur droit, trente-huit ans avant sa mort. On ne constate, sur ce cerveau, aucune espèce d'atrophie correspondant au membre supérieur droit, c'est-à-dire dans l'hémisphère gauche. Il y a même plutôt un peu d'atrophie de l'hémisphère droit, contrairement à ce qui devrait avoir lieu d'après la théorie admise par M. Luys.

M. LUYS fait observer que cette photographie est trop petite pour qu'on puisse exactement déterminer si l'un des deux hémisphères est ou non atrophié. Il fait, en outre, ressortir toutes les difficultés qu'on rencontre dans ce genre d'études et l'influence très-grande que peuvent avoir les coupes sur la constatation de pareilles lésions.

M. LABORDE dit qu'il importe, dans ces cas, de rechercher non-seulement du côté du cerveau, mais aussi du côté de la moelle.

Du trouble de la vision chez les hystériques. — M. CHARCOT fait une communication sur ce sujet (voir plus haut).

M. LABORDE ne s'explique pas comment il se fait que des troubles, dépendant d'une lésion organique, puissent disparaître alors que cette lésion persiste.

M. CHARCOT s'est contenté de constater le fait sans chercher à l'expliquer. On ne peut, en effet, émettre à ce sujet que des hypothèses. La relation entre la lésion et le trouble fonctionnel n'est peut-être pas ce que l'on croit. Il se peut, par exemple, qu'une partie de l'organe soit seule détruite, que l'autre soit seulement endormie ou stupéfiée, et qu'il suffise d'une excitation quelconque pour la réveiller et lui rendre ses propriétés. Quoi qu'il en soit, le fait en lui-même est indiscutable; M. Vulpian, de son côté, est également parvenu à ramener la sensibilité dans un cas d'hémianésthésie de cause cérébrale à l'aide de l'électricité.

M. GALEZOWSKI fait une communication sur le même sujet.

Les belles recherches que M. Charcot a faites au sujet de la diminution concentrique et méthodique du champ visuel pour les différentes couleurs chez les hystériques, nous mèneront incontestablement à la découverte de la physiologie exacte des couleurs. L'amblyopie hystérique est caractérisée, ainsi que nous avons été le premier à le démontrer, par la dyschromatopsie ou achromatopsie de l'œil correspondant à l'hémianesthésie. Sous l'influence de la métallothérapie la faculté chromatique de l'œil affecté revient progressivement.

Mais il y a un fait nouveau qui ressort de mes recherches récentes sur l'amblyopie des hystériques et des hémianesthésiques de cause cérébrale. Chez quelques-uns d'entre eux la cécité pour les couleurs n'est point abolie, mais seulement diminuée ou modifiée d'une certaine façon. Les malades ne perçoivent pas les couleurs au-delà d'une certaine distance; et cette distance est différente pour les différentes couleurs : ainsi la couleur violette et verte sont vues presque à la même distance de 5 à 8 centimètres, la couleur rouge est vue à 10, le jaune à 12 et le bleu à 13 ou 14 centimètres. On peut se convaincre de ce fait sur deux malades qui se trouvent actuellement dans le service de M. Vulpian à la Charité. Une femme hystérique et hémianesthésique gauche présente une amblyopie gauche avec diminution concentrique du champ visuel. A la distance de 25 centimètres, elle ne distingue aucune couleur, mais lorsqu'on approche d'elle les différentes couleurs aux distances indiquées plus haut, elles les aperçoit assez nettement et ne les confond pas les unes avec les autres.

Le même fait se produit chez un homme atteint d'une hémianesthésie de cause cérébrale avec amblyopie. Cet individu ne reconnaît les couleurs qu'à la distance de 12 à 15 centimètres et selon les couleurs.

On voit, par ces deux cas, que la perceptivité rétinienne pour les couleurs varie selon la distance. Guidé par ces faits pathologiques, j'ai voulu m'assurer si la perception des couleurs se fait à la même distance au centre de la rétine qu'à sa périphérie. J'ai acquis la preuve qu'en effet l'œil normal perçoit les couleurs à une distance beaucoup plus grande par les parties centrales que par le côté. Ainsi, mon œil qui voit la couleur rouge carmin à la distance de 200 mètres de face, ne voit plus la même couleur que très-incomplétement à 50 mètres par la partie externe de l'œil.

Il serait intéressant de s'assurer si le rétablissement de la perception colorée chez les hystériques à l'aide de la métallothérapie se fait progressivement et à quelle distance.

En me basant sur la faculté que possède notre œil de percevoir les couleurs à des différentes distances, j'ai cru utile de faire exécuter par M. Roulot deux échelles chromatiques, une à *réfraction*, à verres coloriés, et l'autre en papiers coloriés.

La première se compose d'un cadre métallique, dans lequel sont fixés l'un près de l'autre les verres de couleurs graduées, à travers lesquels on fait regarder le malade.

La seconde échelle est faite en papier de différentes nuances qui ont été préalablement expérimentées au point de vue des distances auxquelles l'œil normal les voit. C'est ainsi qu'une couleur rouge carmin vif est vue à 200 mètres, tandis que le rose n'est perçu qu'à 100 mètres. A l'aide de ces deux échelles, on peut mesurer, d'une manière très-satisfaisante, la faculté chromatique des yeux amblyopes.

M. Galezowski ajoute encore quelques mots au sujet de l'intéressante communication de M. Charcot.

L'ordre dans lequel les couleurs se perdent chez les hystériques et se rétablissent à l'aide de la métallothérapie est aussi en rapport avec les faits que nous observons dans l'atrophie progressive des papilles.

On sait que dans cette affection la dyschromatopsie est un signe presque constant. Or, la première couleur qui se perd chez eux est la couleur verte, puis la couleur rouge, comme dans une amblyopie hystérique; le jaune se perd beaucoup plus tard; quant à la couleur bleue, elle se conserve même alors que le malade conserve à peine la perception lumineuse et qu'il voit à peine pour se conduire.

M. JAVAL fait observer que dans ces expériences, il faut tenir compte de l'étendue de l'objet. Il est probable, en effet, qu'un objet qui n'est plus aperçu, placé à une certaine distance le serait, s'il était d'une étendue double ou triple, suivant la distance. Il y a là, en outre, divers phénomènes très-complexes : dans les expériences de ce genre, il faut tenir grand compte de l'intelligence du sujet et l'on ne peut guère s'en rapporter qu'à soi-même.

M. PAUL BERT rappelle avoir indiqué que dans des conditions qu'il a déterminées, certaines couleurs composées, le vert, par exemple, se trouvent décomposées. C'est ainsi qu'à une certaine distance, lorsqu'il y a de la vapeur d'eau dans l'air, lorsqu'on se sert de la vision indirecte, le vert paraît bleu. Or, M. Bert demande à M. Galezowski si, dans ses expériences, il n'a pas constaté qu'à un moment donné le sujet voyait bleu avant de voir vert.

M. GALEZOWSKI répond que son attention n'a pas été attirée sur ce point, mais qu'il en tiendra compte dans ses expériences ultérieures.

M. PAUL BERT rappelle, à cette occasion, les expériences qu'il a entreprises, relativement à l'influence des couleurs sur les animaux inférieurs. Ce n'est pas chez eux, comme chez l'homme, par le vert que commence la disparition des couleurs. Les araignées, par exemple, sont très-sensibles au vert et complétement indifférentes au rouge. Les lois ne paraissent donc pas être les mêmes pour l'homme et les animaux inférieurs.

De la perception des couleurs chez les peintres. — M. BERT. Tout le monde sait que certains peintres voient rouge, d'autres bleu, d'autres violet, et qu'il en est qui ont peint différemment suivant les différentes époques de leur existence. Or, M. Bert a cherché à déterminer quelles étaient les raisons de ces différences.

Les peintres, dit-il, peignent, pour ainsi dire, par action réflexe; quand ils veulent obtenir un ton, ils prennent sur leur palette, sans même le regarder, les diverses couleurs qu'ils savent d'avance devoir produire ce ton. M. Bert, avec l'aide de plusieurs artistes, s'est livré à une série d'expériences dans le but de chercher à éclairer ces questions délicates : il a demandé à plusieurs peintres de ne se servir que de couleurs plates et de peindre avec des lunettes de différentes couleurs sur les yeux. La couleur du milieu de l'œil n'agit pas dans le sens qu'on croit généralement; si, par exemple, un peintre peint avec des lunettes rouges, tous les tons délicatement nuancés de rouge lui échapperont et il ne voit plus que les nuances extrêmes; les nuances du vert lui échapperont presque complétement. Que conclure de là? Supposez, chez un peintre une prédominance physiologique de la couleur rouge, vous le reconnaîtrez en voyant son œuvre, car il peint comme celui auquel on fait porter des lunettes rouges. Ses tons de chair, particulièrement, seront défectueux; il restera toujours dans des tons monocordes, il n'aura pas de velouté dans le pinceau.

Il serait donc intéressant d'examiner de près, à ce point de vue, les œuvres exposées dans les musées et l'on arrivera à savoir ce que c'est exactement qu'un peintre qui voit rouge ou un peintre qui voit violet.

Des altérations histologiques des ganglions. — M. CORNIL

présente une tumeur ganglionnaire enlevée récemment par M. Gosselin et des pièces histologiques relatives à cette tumeur, qui viennent à l'appui des considérations qu'il a présentées, dans les précédentes séances, sur les diverses altérations des ganglions strumeux.

De l'acné varioliforme. — M. VIDAL fait une communication sur l'anatomie pathologique et l'histologie de cette affection cutanée. Il résulte de ces recherches qu'il s'agit là d'une dégénérescence colloïde.

PRÉSENTATION

M. BERT présente le livre qu'il vient de publier sur la *pression atmosphérique*. Il signale à l'attention de ses collègues certains chapitres de cet ouvrage, en particulier l'étude des gaz du sang, la théorie de l'asphyxie, etc.

La séance est levée à six heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

430. Ragot. Contribution à l'étude de la pathogénie des tumeurs liquides du cordon spermatique.

431. Petit. Contribution à l'étude des luxations scapulo-humérales en arrière.

432. Colonna-Ceccaldi. Contribution à l'étude de la trépanation dans les lésions traumatiques du crâne.

433. Fonson. Du traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant par la thoracocentèse aspiratrice.

434. Orliac. Des hernies ombilicales congénitales.

435. Richaud. Essai sur les fistules dentaires.

436. Irr. Quelques observations sur l'emploi de la pointe de Malgaigne, principalement dans les fractures de la jambe.

437. Chapon. Du traitement des fractures du maxillaire inférieur par la suture osseuse.

438. Plateau. Étude sur les épanchements articulaires syphilitiques.

439. Durand. De l'albuminurie dans la fièvre typhoïde.

440. Brassart. Étude sur le diagnostic des kystes hydatiques externes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 18 janvier 1878, le nombre des places d'agrégés des Facultés de médecine (section de médecine), mises au concours qui, aux termes de l'arrêté du 11 août 1877, doit s'ouvrir à Paris le 16 février 1878, a été porté de quatorze à quinze.

Cette place sera affectée à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par arrêté de même date, un concours s'ouvrira, le 15 juillet 1878, à l'École de médecine et de pharmacie de Rennes, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et de pharmacie.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— MM. Spire et Monnier, médecins-majors de première classe, Férat, médecin-major de deuxième classe, prennent leur retraite.

— Le corps de santé de l'armée de terre vient de perdre deux de ses membres, M. Thiébault, médecin aide-major de première classe, tué le 12 décembre dernier dans un accident de chasse en Algérie ; et M. Chabrely, médecin-major de première classe, décédé à Valence le 3 janvier.

— M. Courtet, médecin aide-major de deuxième classe, vient de donner sa démission.

— *Asile Sainte-Anne.* — M. Magnan reprendra les leçons cliniques le dimanche 27 janvier à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur l'étude de l'idiotie, des dégénérescences intellectuelles et des diverses formes de démence.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Nº 10. — JEUDI 24 JANVIER 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 24 JANVIER 1878. — Nº 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Enfin, voilà une séance intéressante. C'est la première depuis deux mois.

La discussion sur la désarticulation de la hanche vient d'être reprise; et le discours très-remarquable de notre savant et excellent maître, M. le professeur Richet, contribuera singulièrement à élucider les divers points de la question complexe soulevée par le mémoire de M. Verneuil.

M. Verneuil préconisait un procédé opératoire très-compliqué, très-long, très-délicat, une méthode de pansement qui, conduisant très-lentement à une cicatrisation complète, devait aboutir le plus souvent à des cicatrices difformes. Il motivait ses préférences pour ce procédé et cette méthode sur les périls qui lui semblaient presque inévitables avec les autres. Le chirurgien qui peut invoquer des succès, alors qu'on échoue d'ordinaire, se sent bien fort contre les critiques que de moins heureux peuvent lui adresser.

Mais voilà que M. Richet, avec un procédé opératoire infiniment plus prompt, avec une méthode de pansement qui permet d'obtenir infiniment plus vite un résultat final autrement désirable, car il se prête beaucoup mieux à l'application des appareils de prothèse les plus parfaits, n'a pas été dans sa pratique moins heureux que M. Verneuil. La prééminence des faits sur les simples vues théoriques ne pourrait donc pas être invoquée contre lui, comme elle pourrait l'être contre quelques autres orateurs : ce qu'il expose est prouvé d'avance par les faits qu'il a recueillis.

Pour éviter les pertes de sang trop abondantes pendant l'opération, il n'est pas besoin de lier un à un chaque vaisseau, mis à découvert par une dissection attentive. M. Richet arrive au même résultat en comprimant la surface de la plaie à l'aide d'éponges, dont il la recouvre pendant qu'il taille hardiment ses lambeaux. Pour éviter la stagnation du pus, les érysipèles, la pyohémie, il n'est pas besoin d'étaler la plaie afin de la panser à ciel ouvert. M. Richet n'a vu survenir aucun de ces accidents, alors qu'il avait obtenu la réunion par première intention de la plus grande partie des surfaces cruentées, ne laissant ouvert que leur tiers moyen, correspondant à la cavité cotyloïde, pour l'écoulement des liquides purulents et l'injection facile de liquides antiseptiques, en cas de besoin.

Comme c'est là une méthode infiniment plus simple que celle de M. Verneuil, il est probable que la discussion ne portera plus désormais sur l'opération elle-même, mais sur les divers modes de pansement des plaies, considérés en général, et sur les moyens les meilleurs d'éviter la septicémie.

Dans cette prévision, M. Pasteur a tenu à faire connaître tout de suite aux chirurgiens le résultat de ses dernières recherches sur le vibrion septicémique et le germe septicémique. Nous avons reproduit ses paroles, presque textuellement, dans le compte rendu de la séance; mais dans l'attente de nouveaux détails sur ce sujet, qui ne nous semble pas encore très-net. En effet, si les vibrions et germes de la septicémie meurent ou ne peuvent se développer dans un liquide oxygéné, il faut donc distinguer le sang artériel du sang veineux en ce qui les concerne? Est-ce-là ce qu'a voulu dire M. Pasteur? Cela nous paraît présumable. Mais, pour une pareille question de physiologie pathologique, il faudrait une certitude.

M. Peter a été élu, dans la section de pathologie interne, à une très-grande majorité, dès le premier tour de scrutin.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

De la numération des globules du lait pour l'analyse du lait de femme dans ses rapports avec le choix des nourrices et la direction de l'allaitement (1).

II

Exposé du nombre variable des globules du lait chez une même nourrice examinée plusieurs fois en vingt-quatre heures.

1° *Sur la même nourrice :*

APRÈS TÉTÉE :

325.000
137.500
1.220.000
447.500
362.000
462.000

PENDANT LA TÉTÉE :

212.500

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 janvier.

2° *Sur une autre nourrice :*

2 h. après tétée.	4.600.000	7 h. après le repas.	
3 h. —	3.380.000	—	
	Avant tétée.	3.800.000	
	Après tétée.	2.800.000	

3° *Sur la même nourrice :*

Avant tétée.	1.600.000	Après tétée.	3.500.000
Avant dîner.	1.500.000	Après dîner.	1.375.000

Ce qu'il y a d'important à retenir dans ces recherches et dans ces calculs à faire pour obtenir des résultats précis, c'est de compter à la fois les globules et les globulins qui peuvent échapper si l'on n'y fait pas attention. Peut-être, pour opérer avec plus d'exactitude, faudrait-il compter à part les vrais globules et les globulins, dont on prendrait le tiers pour montrer qu'il faut trois globulins pour faire un globule. Mais cela ne m'a pas semblé indispensable à la netteté de mes analyses.

Le moyen de tout voir, c'est d'attendre dix minutes pour que, dans la plaque mise sous le microscope, tous les globules soient montés à la superficie du liquide sous le verre supérieur, et de plus, c'est de tourner la vis du microscope à droite et à gauche, tout en comptant les globules, pour varier le foyer de l'instrument.

Malgré la diversité de composition du lait, et les variations de quantité de ses éléments, chez la même nourrice aux différentes époques de la journée, la numération des globules du lait, faite avec soin, plusieurs fois en vingt-quatre heures, sur le lait du matin, du midi et du soir, donne *une moyenne* qui représente bien la qualité du lait de femme.

Elle ne donne exactement que *la quantité des globules du beurre,* dont on peut déterminer le poids, mais en général cette quantité représente la richesse ou la pauvreté des autres éléments. Cela est très-suffisant pour l'appréciation et le choix des nourrices.

Rapport du nombre des globules à la densité du lait et au poids du beurre.

Si l'on veut approfondir la question, et, comme je l'ai fait, remonter du nombre des globules laiteux *au poids approximatif de la quantité de beurre par litre de lait,* ou même déterminer approximativement, à deux degrés près, *la densité de ce lait,* cela est facile en comparant le lait de vache au lait de femme.

Il faut alors prendre une certaine quantité de lait de vache, et parallèlement faire : 1° *la numération exacte des globules* sur le lait préparé pour le microscope ; puis 2° prendre la *densité* correspondante du lait ; et enfin 3° déterminer chimiquement par l'analyse *la quantité en poids de beurre* contenue dans le lait soumis à l'analyse.

Après avoir ainsi comparé ces trois ordres de calculs établis avec une scrupuleuse attention, j'ai dressé un tableau montrant à quelle densité et à quel poids de beurre par litre, correspondent les quantités de globules appréciées au microscope. De cette manière, le nombre des globnles du lait dans un millimètre cube de lait permet de dire quel est, à peu de chose près, son poids de beurre par millimètre cube, par 1,000 grammes, et en même temps quelle est sa densité approximative.

Ainsi un lait de vache renfermant 2,402,500 globules et globulins par millimètre cube donne trois cent millièmes de beurre pour ce millimètre, et se rapporte à un lait qui, par litre, donnerait 36 grammes de beurre, et marquerait 1032 au densimètre.

Dans le lait de femme qui renfermerait un ou deux millions de globules par millimètre cube, il y aurait deux et trois cent millièmes de beurre dans ce millimètre, chiffre obtenu par le calcul, et sans qu'il soit fait d'analyse.

Si l'on se sert des chiffres obtenus sur le lait de vache pour apprécier le lait de femme, on voit qu'un lait qui offre la moyenne ordinaire des globules, c'est-à-dire 1,026,000 globules par millimètre cube, est un lait qui doit avoir une densité de 1022, correspondant à 24 grammes de beurre par 1000.

Exemples du rapport existant entre le nombre des globules du lait avec la densité de ce liquide et son poids de beurre par 1000.

Ces expériences ne peuvent bien se faire que sur du lait de vache, et il est facile de voir qu'elles peuvent servir à juger par analogie de la densité et de la quantité de beurre du lait de femme.

Chez cette dernière, la densité est très-difficile à déterminer d'une façon absolue, et avec l'incertitude des résultats fournis par les analyses antérieures, mon procédé de recherches acquiert une certaine importance.

Chez la femme, la densité du lait varie plus que dans le lait des différentes espèces animales connues, où déjà les chiffres publiés sont très-différents les uns des autres.

Cela se comprend lorsqu'on a fait beaucoup de recherches à cet égard. D'ailleurs, il est très-difficile chez la femme de recueillir une suffisante quantité de lait pour le soumettre à l'épreuve du densimètre. Chez quelques femmes, on ne peut en tirer plus de 5 à 10 grammes, ce qui est tout-à-fait insuffisant.

D'après Brisson, la densité des différentes espèces de lait serait :

Lait de femme.	1.020,3
— de vache.	1.032,4
— de chèvre.	1.034,1
— de jument.	1.034,6
— d'ânesse.	1.035,5
— de brebis.	1.040,9

Mais ces résultats ne s'accordent pas avec ceux qui ont été fournis par Lhéritier, Quevenne, Simon, Clemm et Scherer, Donné, Lehmann, Regnault, Doyère, Becquerel, etc., qui ont trouvé : 1018, 1026, 1030, 1032, 1034 et 1045.

Quoi qu'il en soit, voici ce qui résulte des calculs que j'ai faits sur le nombre des globules du lait de vache comparé à la densité de ce liquide et au poids de beurre qu'il contient par 1000.

GLOBULES PAR MILLIMÈTRE CUBE.		DENSITÉ.	BEURRE PAR LITRE.
1°	1.102.500	1.022	24 grammes.
2°	1.182.000	1.021	21 —
3°	1.925.500	1.030	26 —
4°	2.105.000	1.028	29 —
5°	2.205.000	1.032	37 —
6°	2.305.000	1.030	35 —
7°	2.400.000	1.030	37 —
8°	2.407.000	1.033	34 —
9°	2.692.000	1.030	29 —
10°	3.700.000	1.030	34 —

Si le nombre des globules diminue dans une proportion cosidérable, la densité s'abaisse dans la même proportion et la quantité de beurre diminue également. Mais il faut pour cela que la variation du chiffre des globules soit assez forte. De petites différences ne se traduisent pas par des modifica-

tions très-profondes de la densité et du poids de beurre. On ne peut compter qu'à un ou deux degrés de différence pour la densité et autant pour la quantité de beurre.

Quoique ces évaluations n'aient pas une précision absolue, elles n'en constituent pas moins un résultat, approchant assez de la vérité pour qu'on en doive tenir compte.

Rapport des globules du lait aux globules du sang.

En me livrant à ces recherches de numération des globules du lait de femme, il m'a semblé qu'il pourrait y avoir un rapport entre les qualités de la sécrétion mammaire et la richesse du sang de la nourrice.

Cette idée n'ayant rien que de très-raisonnable, j'ai demandé à l'expérience la sanction qu'elle seule pouvait lui accorder. J'ai donc cherché le rapport qu'il y a entre le nombre des globules contenus dans 1 millimètre cube de lait, et le nombre des globules rouges renfermés dans le même volume de sang. C'était une manière de chercher à savoir s'il y a une proportion quelconque entre les qualités du lait et celles du sang d'où il sort.

J'ai pensé qu'on saurait, de cette façon, si une nourrice pléthorique sécrète un lait plus riche en beurre, qu'une nourrice chlorotique ou anémique.

D'après ce que j'ai vu, sur cinq cas, sauf une exception, ce sont les nourrices dont le sang est plus riche en globules, qui ont le plus de globules, mais les recherches sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse formuler une conclusion définitive. C'est un travail que je poursuis et dont je donnerai les résultats un peu plus tard. Mais pour le moment, voici les chiffres obtenus dans mes analyses :

1° Sur une femme de vingt-huit ans, pléthorique, après la tétée et dont le lait était de quatre mois, j'ai trouvé :

Lait : 1,050,800 globules *très-gros*, par millimètre cube.
Sang : 4,371,750 globules rouges —
4,568 globules blancs —

2° Sur une femme de vingt-six ans, pléthorique, lait de six mois :

Lait : 1,605,000 globules *moyens*.
Sang : 4,698,376 globules rouges.
4,568 globules blancs.

3° Sur une femme de vingt-neuf ans, un peu pâle, ayant un lait d'un an :

Lait : 1,600,000 globules *petits*.
Sang : 3,768,750 globules rouges.
6,090 globules blancs.

4° Sur une femme de vingt-quatre ans, lait d'un an :

Lait : 1,075,000 globules *très-gros*.
Sang : 4,673,250 globules rouges.
10,659 globules blancs.

5° Sur une femme de vingt-sept ans, lait d'un an :

Lait : 2,107,500 globules *petits*.
Sang : 3,316,500 globules rouges.
1,522 globules blancs.

Ces analyses ne sont pas assez nombreuses pour qu'on puisse en tirer de conclusions définitives, et je les mentionne seulement ici comme point de départ de recherches ultérieures.

Les nourrices qui offrent une grande quantité de globules rouges ont dans leur lait une quantité de globules de beurre au-dessus de la moyenne.

Ainsi, une nourrice d'assez belle apparence ayant 4,371,750 globules rouges et 4,568 blancs, soit 1 globule blanc pour 900 rouges, m'a offert 1,050,800 globules de beurre dont la majorité étaient très-volumineux.

Huit jours plus tard, la même nourrice me donnait 4,698,376 globules rouges et 4,568 blancs, soit 1 blanc pour 1,038 rouges et elle avait 1,605,000 globules de beurre de volume ordinaire.

Ainsi donc, la numération des globules et des globulins du lait permet d'arriver à connaître sa richesse, c'est-à-dire la quantité de beurre qu'il renferme.

Or, cette quantité est la chose qu'il importe le plus de connaître. Chacun peut faire cette analyse s'il est habitué à l'emploi du microscope. A défaut du médecin, le père de famille peut examiner le lait de sa nourrice et se rendre un compte journalier de ses qualités, comme il apprécie la prospérité de son enfant par la balance.

Une goutte de lait peut suffire pour l'analyse. Mais comme ce liquide est très-variable, dans sa composition, on n'a de résultat sérieux qu'en prenant la moyenne de plusieurs calculs. Pour cela, il faut prendre trois, quatre ou cinq échantillons de lait dans la journée, afin de pouvoir analyser trois, quatre ou cinq gouttes de composition différente. C'est la moyenne des cinq analyses qui donne, à peu de chose près, la qualité du lait de la nourrice.

La moyenne des globules et globulins du lait, sur cent cinquante-huit nourrices, est de 1,026,000 par millimètre cube, soit cent deux milliards six cents millions par litre. Mais entre huit cent mille et un million, le lait est de bonne qualité, et il ne reste plus qu'à déterminer la quantité, ce qui ressort des pesées de l'enfant, avant et après la tétée.

Des quantités de lait nécessaires pour l'allaitement.

Comme je viens de le dire, après avoir établi la richesse du lait par la numération de ses globules de beurre, il faut savoir si la nourrice forme assez de lait pour nourrir l'enfant qui lui est confié.

Pour cela la balance est nécessaire. Il faut, comme l'a conseillé Guillot, peser les enfants avant et après la tétée. De cette façon, on sait la quantité de lait avalé et comme le temps et les efforts de succion sont très-variables, si l'on fait la pesée de chaque repas dans un jour, on connaît la quantité de lait prise en 24 heures.

D'après ces recherches, on apprend que les enfants prennent de 60 à 80 et 100 grammes de lait à chaque tétée, ce qui donne une moyenne de 80 grammes par tétée. Si l'enfant d'un mois, réglé dans sa nourriture, prend dix fois le sein dans un jour il avale huit cents grammes de lait, ce qui est suffisant pour le premier mois.

Plus tard cette quantité augmente et s'élève à un litre.

C'est de cette façon qu'on prélude à la connaissance du développement et de l'accroissement régulier des enfants.

Après avoir pesé la quantité de lait que prend un jeune enfant, on le pèse tous les huit jours pour savoir ce qu'il a acquis et quel est son poids. Il doit augmenter de 25 à 30 grammes par jour. C'est parfois très-régulier. Dans quelques cas, il n'augmente pas de cette quantité pendant un ou deux jours, puis il augmente davantage les jours suivants.

L'essentiel, c'est qu'il s'accroisse d'environ 200 grammes en huit jours.

Quand les choses ne se passent pas ainsi, c'est que l'enfant souffre et il faut changer de nourrice. En voici la preuve tirée d'une des nombreuses observations que j'ai faites à cet égard.

Dans ce cas l'enfant pesait 2 kil. 100 à sa naissance. Je l'ai

fait peser pendant dix-huit mois. A cinq semaines il souffrait un peu, était pâle, il ne gagnait que 155 grammes, 100 grammes, 130 grammes, et, en raison de l'inquiétude de la famille, j'ai fait changer la nourrice. Aussitôt les poids ont augmenté et l'enfant a repris bonne couleur et bonne chair.

Poids de G. H... 2 kil. 100 grammes, 14 juillet 1876.

DATE	JOURS		POIDS	DIFFÉRENCE	
PREMIÈRE NOURRICE					
21 juillet	7		2.240	140	
29 »	8		2.450	210	
6 août	8		2.650	200	
13 »	7		2.805	155	
20 »	7		3.140	335	
25 »	5	ensemble 7 jours.	3.240	100	ensemble 225
27 »	2		3.365	125	
3 septembre	7		3.560	175	
10 »	7		3.660	100	
SECONDE NOURRICE					
17 »	7		3.790	130	
24 »	7		4.240	450	
30 »	6		4.540	300	
7 octobre	7		4.800	260	
14 »	7		4.950	150	
21 »	7		5.250	300	
29 »	8		5.380	130	
4 novembre	6		5.600	220	
11 »	7		5.810	210	
18 »	7		5.880	70	
30 »	12		6.055	175	
7 décembre	7		6.235	180	
28 »	21		6.435	200	
4 janvier 1877	7		6.570	135	
13 »	9		6.730	160	
10 février	14		7.165	225	
24 »	14		7.280	115	
13 mars	17		7.495	215	
28 »	15		7.515	20	
2 mai	35		7.770	255	
26 juin	55		8.290	520	
12 décembre	169		10.650	2.360	

Sur un autre enfant X.., né avant terme, le poids de naissance était de 1 kilo 900 grammes, et au bout de trois mois et dix jours, il était de 5 kilos 625 grammes, soit une moyenne énorme de 77 grammes par jour.

En général, le poids des enfants augmente de 25 à 30 grammes par jour, pendant cinq mois, puis il n'augmente plus que de 15 à 20 grammes et il diminue souvent à 10 grammes dans les quatre derniers mois de la première. Cela est très-variable. Il y a des semaines où la progression est énorme et d'autres où elle est très-faible. J'ai même vu un enfant très-bien portant ne rien gagner du tout pendant quinze jours, puis reprendre 20 et 25 grammes par jour. Ces variations ne sont pas très-importantes et pourvu que l'enfant progresse d'une manière certaine, régulière ou même un peu irrégulière, il n'y a pas à s'inquiéter.

Ainsi: richesse du lait à un million au moins de globules du lait par millimètre cube de lait. Dix tétées par jour donnant de 60 à 100 grammes de lait par tétée.

Augmentation du poids des enfants de 25 à 30 grammes au moins comme moyenne de chaque jour, voilà les conditions qui montrent que le lait est bon et que l'allaitement est prospère.

En résumé :

Si l'on compte les globules du lait d'une nourrice, dans quatre échantillons pris dans la journée, on peut, d'après la moyenne de ces quatre analyses, connaître la richesse de son lait, c'est-à-dire la quantité de beurre qu'il renferme, ce qui donne approximativement la densité.

Voilà pour la *qualité* du lait.

En pesant les enfants avant et après les différentes tétées d'un jour, on sait ce que l'enfant a bu de lait en vingt-quatre heures.

Voilà pour la *quantité*.

Enfin, si dans les premiers mois l'on pèse l'enfant tous les dix jours, et que son poids ait augmenté de 250 à 300 grammes, on sait que le lait est bon et facilement assimilable.

Voilà pour la *digestibilité*.

De cette façon, dans l'allaitement des enfants, rien n'est laissé au hasard ni à l'empirisme et tout se déduit des principes rigoureux de la science bien appliquée.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Renversement du pied en dehors dans les fractures de la jambe.

Un jeune officier de dragons, âgé de vingt-trois ans, se présente le 24 décembre 1877 à la clinique de M. Richet.

Le 30 octobre, soit huit semaines auparavant, il est tombé en faisant le saut périlleux, et s'est fracturé la jambe droite au tiers inférieur. Traité en province, on lui a appliqué un appareil silicaté.

Aujourd'hui il se plaint de ne pouvoir marcher beaucoup sans éprouver une grande fatigue, parce que son pied se renverse fortement en dehors. L'examen de la jambe fait constater l'état suivant : la partie inférieure de la jambe droite est encore gonflée, ainsi que le pied, et, à la palpation, on sent, avec la chaleur du membre, un empâtement encore considérable. Le cal est formé complètement. En suivant avec la main la face antérieure du tibia, on sent une saillie considérable du fragment supérieur, et au-dessous, une dépression notable; tandis qu'au niveau de la fracture du péroné, on voit, même sans palper, que le fragment inférieur du péroné fait un angle considérable avec le fragment supérieur dudit péroné. Il y a donc eu glissement antéro-postérieur de la partie inférieure du membre, qui s'est trouvée attirée en arrière par la force considérable des muscles postérieurs (jumeaux et soléaire), non contrebalancée par les muscles antérieurs. Par le tendon d'Achille inséré au calcanéum, ils ont donc entraîné tout le pied en arrière, et, quoique la fracture soit oblique, le fragment inférieur du tibia a aussi glissé en arrière du fragment supérieur. L'astragale ayant, d'autre part, suivi le calcanéum, l'extrémité inférieure du tibia tend à glisser en avant de l'astragale; d'où un tiraillement de l'articulation tibio-astragalienne, qui y produit une arthrite chronique. Le pied a, par ces divers mécanismes, une grande tendance à se renverser en dehors, puisqu'il n'est plus fixé régulièrement dans la mortaise tibio-péronière. Cette difformité rend très-pénible la marche sur un terrain inégal, sur le pavé, etc. Le malade se fatigue très-vite. La chasse, la marche dans les terres labourées deviennent tout à fait impossibles.

Dans le cas particulier, cinquante-cinq jours après la fracture, le cal étant complétement solidifié, il n'est guère possible de le rompre pour tenter une réduction plus régulière, parce qu'on ne sait ce que l'on pourrait fracturer. Il faut donc subir l'état actuel, et chercher simplement à le rendre tolérable au moyen d'un appareil spécial. M. Richet prescrit donc : 1° fabrication d'une bottine spéciale, destinée à maintenir, autant que possible, le pied en dedans, et à

empêcher son glissement en arrière; 2° frictions alternatives avec les baumes Opodeldoch, Fioraventi, etc., au niveau de l'articulation; 3° pour l'été prochain, une saison aux eaux de Bourbonne, qui sont très-efficaces contre les arthrites de ce genre.

Disons en terminant que M. Richet attribue cette déformation à l'emploi des appareils *silicatés*. Comme il faut au moins une journée aux bandages silicatés pour se durcir convenablement, lors même que la réduction de la fracture a été bien faite au moment d'appliquer l'appareil, peu à peu, insensiblement et à l'insu même du malade, les muscles postérieurs entraînent plus ou moins le talon en et font glisser les fragments d'avant en arrière. Puis, lorsqu'on découvre le membre, on trouve là difformité dont nous venons de parler.

— Au contraire, avec les appareils plâtrés, qui se durcissent rapidement la réduction est maintenue sous le bandage, et les muscles ne peuvent plus agir.

Nous n'avons d'ailleurs pas besoin de rappeler que M. Richet a publié les précautions à prendre dans le traitement de ces fractures de la jambe pour éviter les difformités. (Voir la *Gazette des hôpitaux*, 1876, n° 39.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier 1878. — Présidence de M. Baillarger.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique informe par lettre l'Académie qu'il a demandé à M. le ministre des finances de mettre à la disposition de l'Académie de médecine, pour la construction d'un bâtiment destiné à l'installation de ses services, 1,600 mètres de terrain, au lieu de 1,200, à prendre dans la partie des terrains retranchés du jardin du Luxembourg.

M. le préfet de Seine-et-Oise adresse à l'Académie l'inventaire sommaire de la série A et de la première série E des Archives départementales de Seine-et-Oise.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une note sur *la cause de la variole*, adressée par M. Reignier, propriétaire à Boussac (Creuse). (Commission de vaccine.)

M. le professeur Bitot (de Bordeaux) demande l'ouverture d'un pli cacheté qu'il a déposé le 11 décembre 1877.

Ce pli, ouvert, renferme une note intitulée : *Méthode pour l'étude de l'anatomie topographique et de l'anatomie pathologique de l'encéphale.*

M. le secrétaire perpétuel invite ceux des membres de l'Académie que ce sujet intéresse particulièrement à aller voir dans la salle de la Bibliothèque les instruments à l'aide desquels M. Bitot pratique et conserve ses séries méthodiques de coupes de l'encéphale.

M. le secrétaire perpétuel donne le résumé suivant du mouvement annuel des livres reçus par l'Académie, tel qu'il résulte du rapport de MM. les bibliothécaires.

Pendant l'année 1877, l'Académie a reçu 1,670 volumes ou brochures, dont 766 ouvrages de librairie, 405 journaux ou publications périodiques, 490 thèses de la Faculté de médecine et de celle des sciences. Ces chiffres, ajoutés à ceux arrêtés au 31 décembre 1876, portent à 52,165 articles, représentant 93,768 volumes ou brochures, l'ensemble de la collection d'imprimés.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie de scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La section présente :

En première ligne, M. Peter;
En deuxième ligne, M. Raynaud;
En troisième ligne, M. Bucquoy;
En quatrième ligne, M. Fournier.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 71, majorité 36 :

M. Peter obtient.	52	suffrages.
M. Raynaud.	13	—
M. Fournier.	4	—
M. Bucquoy.	1	—
Bulletin blanc.	1	—

En conséquence, M. Peter, ayant obtenu la majorité des suffrages est nommé membre de l'Académie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉSARTICULATION COXO-FÉMORALE.

M. Richet commence par rappeler que la discussion porte sur deux points principaux :

1° Quel est le meilleur moyen de se rendre maître du cours du sang pendant l'opération de la désarticulation de la bouche;

2° Quel est le meilleur mode de pansement après cette opération pour prévenir les accidents consécutifs, et particulièrement la septicémie.

M. Richet raconte qu'il a eu trois fois à pratiquer cette opération, et qu'il n'a eu qu'un seul insuccès, lequel fut dû à l'abondance de la perte de sang.

Cette observation, la première en date, remonte aux journées de juin 1848. Elle a trait à un jeune garde national qui avait eu le col du fémur brisé par un coup de fusil tiré presque à bout portant, et avait eu la présence d'esprit de tamponner la plaie avec son mouchoir. La balle était restée dans les muscles de la fesse. La désarticulation de la hanche fut pratiquée par M. Richet, suivant le procédé classique à deux lambeaux, l'un postérieur et l'autre antérieur, plusieurs heures après la blessure, avec l'aide de MM. Robert et Moreau. M. Robert s'était chargé de comprimer la fémorale, et il y parvint facilement pendant le premier temps en saisissant directement le paquet vasculaire à l'aide du doigt introduit dans la plaie; mais dans le deuxième temps, les fragments osseux projetés dans les chairs empêchaient le couteau de marcher rapidement, les artères circonflexe, obturatrice, ischiatique et fessière, très-développées, donnaient un jet de tous côtés, et ce ne fut pas avant cinq minutes que l'on fut entièrement maître du sang. Quarante heures après l'opération, le malade s'éteignit sans que la réaction eût pu s'accomplir.

Vivement impressionné par ce fait, M. Richet chercha dès lors les moyens de se rendre maître de l'hémorrhagie en cas pareil.

Deux ans plus tard, en 1850, à l'hôpital temporaire du Bon-Secours, pour un malade atteint de périostite suppurée diffuse, et dont l'observation a été déjà rapportée dans tous ses détails à la Société de chirurgie (voir *Gazette des Hôpitaux*, année 1854, p. 572), M. Richet se trouva de nouveau en présence des mêmes dangers. Il avait cru d'abord pouvoir se borner à pratiquer le plus haut possible une amputation sous-trochantérière, et il avait taillé en conséquence ses deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur. Mais le fémur sectionné se trouva plein de pus dans sa cavité médullaire, et il fallut, d'urgence, procéder à une désarticulation. Cette fois, il eut soin de faire suivre le couteau, pour ainsi dire, par ses aides, qui, à l'aide d'éponges préparées d'avance et appliquées sur les vaisseaux aussitôt qu'ils étaient ouverts, les comprimaient au fur et à mesure de leur section; cette manœuvre, habilement conduite, eut un plein succès, et dès que la partie postérieure du fémur fut enlevée, quand on se mit en mesure de rechercher les vaisseaux, on fut tout surpris d'avoir quelque peine à les retrouver, tant la compression directe avait été efficace.

L'opération terminée, M. Richet rapprocha les lambeaux, qui se trouvaient très-longs, ayant été taillés pour une amputation sous-trochantérienne. Il se garda bien de les raccourcir, et plus tard il n'eut qu'à s'en applaudir, car il put ainsi appliquer et maintenir un appareil prothétique qui permet à ce jeune homme de marcher si facilement, qu'il peut parcourir plusieurs kilomètres sans fatigue.

Il réunit donc les lambeaux dans les trois quarts de la plaie, suivant la méthode invariable qu'il a adoptée depuis plus de vingt-sept ans, pour les grandes opérations hospitalières, en maintenant,

toutefois, entre les lambeaux, une grosse mèche de charpie imbibée d'huile et portée jusque dans le fond de la cavité cotyloïde. Les suites furent très-simples et la guérison ne se fit pas attendre plus de six semaines. Elle fut un peu retardée par un abcès pelvien. C'était le premier cas de guérison à la suite de désarticulation de la cuisse obtenu dans les hôpitaux de Paris.

Au mois de juin 1864, M. Richet pratiqua sa troisième désarticulation de la cuisse, sur une jeune fille atteinte d'un vaste ostéosarcome de la partie supérieure du fémur. La méthode préférée fut toujours la méthode classique à deux lambeaux, l'un antérieur et l'autre postérieur. Un des aides fut chargé de la compression de la fémorale et du lambeau antérieur, un autre du lambeau postérieur, de larges éponges avaient été préparées de manière à s'appliquer exactement sur les surfaces. Le lambeau antérieur, taillé par transfusion, n'était pas terminé que déjà M. Richet avait saisi lui-même et comprimé les vaisseaux fémoraux. Il les lia successivement, une fois le lambeau détaché, et il fit appliquer une large éponge sur la surface saignante de ce lambeau, qui fut renversé sur l'abdomen. Tout écoulement de sang y avait cessé. Alors il fit placer deux grosses éponges, l'une à droite et l'autre à gauche, dans le fond de la plaie, et pendant que le deuxième aide les assujettissait avec le pouce, les autres doigts étant placés sur les fesses, de manière à exercer une forte compression entre les doigts et les éponges, il tailla le lambeau postérieur, détacha le membre et put alors, sans précipitation, chercher et lier successivement les artères circonflexe, fessière et ischiatique, ce qu'il fit en levant, au fur et à mesure, la compression qui était très-efficace. L'opération fut ainsi terminée, sans plus d'effusion de sang que dans une amputation de cuisse et non moins rapidement. La plaie fut ensuite réunie dans les deux tiers de son étendue, par quelques points de suture, puis un double tube à drainage, maintenu avec de la charpie, fut placé presque jusque dans le fonds de la cavité cotyloïde, et le tout fut assujetti par un bandage compressif.

Les suites furent extrêmement simples : trente-cinq jours plus tard, la malade, qui avait été opérée en province, venait à Paris se faire confectionner un appareil prothétique. La place était parfaitement cicatrisée, le résultat était magnifique.

Ce n'est pas là un procédé nouveau d'hémostase, bien entendu; mais c'est du moins l'application heureuse du procédé de compression directe à la désarticulation coxo-fémorale. La méthode, dans son ensemble, a sur celle qu'a préconisée M. Verneuil, le grand avantage d'être plus rapide et elle en a d'autres encore.

Passant de la question de l'hémostase à celle du pansement des plaies, M. Richet rappelle que trois modes de pansement se partagent la faveur des chirurgiens.

1° La réunion par première intention, ou bien encore par occlusion, c'est ce qu'il nomme le *pansement fermé*;

2° Le pansement dit *à plat* ou à ciel ouvert;

3° Le pansement intermédiaire, qui n'est ni l'un ni l'autre et qui participe des deux.

1° Le pansement fermé, dont le but est surtout de prévenir l'action de l'air ou des germes atmosphériques, tel surtout que l'obtient M. Alphonse Guérin avec son appareil ouaté, donne d'excellents résultats, pourvu qu'on l'emploie dans des conditions spéciales et en quelque sorte choisies : si l'individu amputé est sain, si le milieu dans lequel il vit est exempt de miasmes délétères, s'il n'y a pas d'encombrement, etc.

Mais il n'en est plus tout à fait ainsi dans un grand hôpital de grande ville. Au début de sa carrière, M. Richet pansait tout ses amputés par le pansement fermé, mais la rétention du pus, les phlegmons du moignon, les érisypèles diffus, l'ostéomyélite, l'infection purulente, etc., tous ces accidents lui ont fait ouvrir les yeux et abandonner la réunion immédiate dans sa pratique hospitalière, tandis que dans des conditions plus favorables de la pratique civile, il y recourt sans répugnance. Quant aux appareils ouatés, il les a appliquées pour quatre amputations, deux de la cuisse et deux de la jambe. Il a eu deux cas de tétanos et un cas de phlegmon diffus. Il n'a pas poursuivi plus loin l'expérience, revenant dès lors aux procédés qui lui donnaient de meilleurs résultats.

2° Le pansement à ciel ouvert que l'on pourrait appeler la *méthode naturelle*, car l'homme de l'art n'y intervient pour ainsi dire pas, permet d'éviter la rétention du pus, les phlegmons des moignons, les infiltrations purulentes interstitielles entre les muscles.

Mais met-il à l'abri des érysipèles et des infections purulentes? Ses partisans, M. Verneuil entre autres, le prétendent. Mais M. Richet ne peut partager ce qu'il nomme leurs illusions. Il a vu survenir souvent des érysipèles, des infections purulentes, à l'occasion de plaies pansées à ciel ouvert, malgré l'emploi d'antiseptiques tels que l'alcool, camphré ou non, qu'il considère comme le meilleur de tous. D'ailleurs, il exige beaucoup de temps pour que l'on obtienne une cicatrisation complète; et pendant tout ce temps le blessé reste exposé à tous les accidents des plaies; la cicatrice, enfin obtenue, est fréquemment irrégulière, présente des saillies coniques, qui obligent parfois à des réamputations et sont pour beaucoup de malades une source de douleurs très-vives.

3° Le troisième mode de pansement consiste à affronter les bords de la solution de continuité dans une étendue variable, en ménageant une ouverture par laquelle les liquides de la place peuvent s'écouler et par laquelle on peut injecter des liquides antiseptiques. C'est de beaucoup le plus universellement adopté! C'est celui auquel M. Richet a été amené par la pratique. Il l'appliquait déjà avant que Chassagnac inventât ses tubes à drainage qui ont été un grand progrès, car ils ont permis non-seulement de donner au pus un écoulement plus facile mais encore d'injecter dans les parties profondes de la plaie des liquides tels que l'alcool, dont Bataille et Nélaton avaient démontré l'action utile sur les plaies et que M. Richet emploie ainsi depuis plus de dix-sept ans.

Après la désarticulation de la hanche, en particulier, la plaie est beaucoup trop vaste, beaucoup trop anfractueuse pour qu'il soit possible de songer à la fermer exactement au moyen d'un pansement par occlusion. La cavité cotyloïde forme comme une sorte de réceptacle profond, dans lequel les liquides s'amassent et acquéreraient, sans doute, s'ils y séjournaient, des propriétés nuisibles. Ce n'est donc pas le cas de songer au pansement ouaté. Quant au pansement à plat que M. Verneuil a préconisé, pour une plaie si vaste, M. Richet n'en comprend pas les avantages, et il y voit des dangers très-graves; en première ligne, c'est l'abondance de la suppuration, laquelle sera nécessairement suivie d'une fièvre traumatique en rapport avec l'étendue de la place, et consécutivement d'un épuisement plus ou moins rapide. Cet épuisement est une des plus puissantes causes de l'infection du sang par le pus.

Si l'on consulte le relevé des cas mortels après la désarticulation coxo-fémorale, on voit que la plupart des opérés ont succombé dans les huit premiers jours qui ont suivi l'opération. C'est donc la violence de la réaction inflammatoire, de la fièvre traumatique, qui les emporte d'ordinaire, et le pansement ouvert, loin d'être efficace contre cette grave complication, la favorise.

Le pansement mixte, quand on réunit les lambeaux dans les deux tiers ou même les trois quarts de leur étendue, diminue la surface traumatique et la suppuration d'autant. La réunion doit être pratiquée non-seulement a l'aide de sutures, mais au moyen de compresses qui affrontent la base des lambeaux dans toute leur hauteur. M. Richet maintient ouvert le tiers moyen qui correspond à la cavité cotyloïde et il y place un double tube élastique à drainage.

De la sorte, se trouvent réalisées les deux plus pressantes indications de toute amputation pratiquée dans les hôpitaux des grandes villes.

1° Diminuer le plus possible l'étendue de la surface traumatique;

2° Assurer le libre écoulement des liquides contaminés et l'introduction facile des liquides antiseptiques.

M. GOSSELIN demande à M. Richet s'il pourrait lui nommer celui ou ceux qui ont préconisé les injections alcooliques dans les parties profondes des plaies.

M. RICHET répond qu'il ne pourrait en ce moment nommer personne. Mais qu'il croit que plusieurs l'ont fait en même temps, et que, pour sa part, il emploie les injections d'alcool depuis plus de quinze ans, sans avoir cru rien inventer en cela.

M. MAURICE PERRIN rappelle à ce sujet qu'il a lui-même, dans un travail lu à l'Académie en 1872, préconisé de mode d'emploi de l'alcool, et qu'il s'en sert depuis bien des années.

M. PASTEUR tient à donner un renseignement aux chirurgiens qui s'occupent de la question de la septicémie. Les vibrions de la septicémie sont essentiellement *anaerobies* : le contact de l'oxygène atmosphérique, de l'air, les tue. Quant, au contraire, ils restent dans le vide ou dans un milieu d'acide carbonique, ils s'y transforment en des germes, que l'air ne tue pas. Mais ces germes mêmes ne peuvent pas se développer dans l'air ou dans un liquide oxygéné : un milieu d'acide carbonique leur est de nouveau nécessaire pour évoluer.

A cinq heures moins dix minutes, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

441. Fontanel. Essai sur l'exostose sous-inguéale de la main.
442. Brevet. Étude sur quelques points des maladies du cœur.
443. Larraidy. Étude sur le xanthelasma.
444. Piron. De l'efficacité du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie.
445. Rochas. De la suture des tendons.
446. Fromentin. Étude sur le salicylate de soude et sur son emploi dans la phthisie pulmonaire.
447. Lépine. De la rétention d'urine dans la grossesse.
448. Bertrand. Essai sur la myélite aiguë centrale ascendante.
449. Weber. Contribution à l'étude de l'étiologie des maladies des voies lacrymales.
450. Mathelin. Étude sur les différentes formes de la maladie de Werlhof, et particulièrement sur une forme d'origine nerveuse.
451. Grangé. Des éruptions eczémateuses déterminées par l'acide picrique.
452. Anger. Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'acide salicylique.
453. Combes. Étude sur une épidémie d'angine couenneuse.
454. Lambert. Étude clinique et expérimentale sur l'action de l'air comprimé et raréfié dans les maladies des poumons et du cœur, d'après la méthode de Waldenburg.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 décembre 1877, M. Rouvier (Paul-Albert) a été promu au grade de médecin professeur de la marine.

— Le prix de médecine navale pour l'année 1877 a été décerné à M. Guégnen, médecin de deuxième classe de la marine. — Le prix sera remis à sa veuve.

— Des témoignages officiels de satisfaction pour rapports médicaux ont été adressés à MM. Autric, Bourru, Galliot, Maurel et Romain, médecins de la marine.

— M. Mahé, médecin-professeur de la marine, a été nommé à l'emploi de médecin sanitaire de France à Constantinople.

— Un concours pour un emploi de médecin professeur de la marine s'ouvrira à Rochefort le 15 mars 1878.

— *Association des médecins de la Seine.* — L'assemblée générale annuelle aura lieu le 27 janvier 1878, à deux heures dans le grand amphithéâtre de la Faculté. La commission générale a, dans sa séance du 4 janvier, choisi pour être proposés aux suffrages de l'Assemblée comme candidats aux sections du bureau :

Présidence, M. Béclard; — Vice-présidence, MM. Noel Guéneau de Mussy et Richet.

Étude médico-légale sur les épileptiques, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50. — Ad. Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an, . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Quelques cas de dystocie par rétrécissement ou déformation du bassin.

Pendant les deux derniers mois, novembre et décembre 1877, le service de la clinique d'accouchement a été fécond en cas intéressants pour la pratique. On sait que ce service est le rendez-vous de tous les cas difficiles, soit qu'il s'agisse de difficultés actuelles réclamant extemporanément une intervention active et souvent une détermination grave, soit qu'il s'agisse de difficultés prévoyables et prévues, à une échéance plus ou moins prochaine et permettant de préparer d'avance les mesures préventives ou les ressources ultimes que nécessitera l'événement.

Parmi les faits appartenant à la première catégorie, nous citerons, entre autres, le fait d'une femme qui avait subi en ville des délabrements considérables par suite d'applications de forceps réitérées et de tractions violentes faites inopportunément ou contrairement aux règles élémentaires, le tout sans résultat, faute de s'être suffisamment rendu compte de la position de la tête, avant d'agir. Lorsque cette femme fut admise à la clinique, elle portait des signes de contusion et des eschares aux organes génitaux externes, traces manifestes des violences qui avaient été exercées sur ces parties. On apprit, en effet, qu'on avait fait de dix à douze applications successives de forceps, sans aucun résultat. La sage-femme en chef de la clinique ayant examiné, reconnut une position occipito-iliaque droite, non réduite, position qui avait été probablement méconnue par l'accoucheur et les personnes qui l'avaient assisté, et qui expliquait l'obstacle à la sortie de la tête. La sage-femme fit une nouvelle application de forceps, mais avec la précaution, cette fois, de faire opérer à la tête, avant de chercher à l'extraire, le mouvement de rotation qui ne s'était pas effectué spontanément. Ce mouvement opéré et la seule difficulté à l'accouchement ainsi vaincue, par conséquent, la tête fut aisément amenée au dehors et le reste de l'accouchement se termina de la manière la plus simple. Les suites furent heureuses, malgré une fièvre assez intense, conséquence inévitable du traumatisme et des souffrances que cette femme avait eu à subir, et une petite perte, résultat probable du détachement de l'une des eschares.

Nous signalons, en passant, ce fait comme un exemple, malheureusement trop fréquent, des conséquences déplorables et souvent plus graves encore qu'elles ne l'ont été dans le cas présent, des applications de forceps faites en quelque sorte au hasard et sans s'être préalablement rendu un compte exact de la situation des parties et des indications qu'elle comporte.

— Parmi les faits de la deuxième catégorie, nous ajouterons à ceux que nous avons déjà rapportés, dans des revues précédentes, les quatre faits suivants de dystocie, dont deux sont dus au rachitisme, la cause de dystocie sans contredit la plus commune, la troisième à une déformation cyphotique, et la quatrième à un vice de conformation du bassin et des parties externes, dont l'origine et la nature restent indéterminées. Voici l'histoire résumée de ces quatre femmes :

Deux cas de rétrécissement rachitique.

Il s'agit de deux femmes qui se sont présentées dans des conditions très-analogues à plusieurs égards. Toutes deux ont le bassin très-rétréci par une difformité rachitique; toutes deux ont eu déjà plusieurs enfants, et les accouchements ont été tantôt laborieux et funestes pour la vie de l'enfant, tantôt faciles et d'une issue heureuse, suivant le volume des enfants.

La première est une femme de la clientèle privée de M. Depaul; c'est une étrangère qui est venue à Paris tout exprès pour se faire accoucher. Cette femme a déjà accouché quatre fois. Chacun de ses accouchements a été long; la durée a été de deux jours au moins à trois, quatre et cinq jours. Des quatre enfants qu'elle a eus, deux sont vivants. Le premier est venu à terme; l'accouchement a duré trois ou quatre jours; on a été obligé de mutiler l'enfant. La deuxième grossesse s'est terminée par un accouchement très-prolongé et très-difficile d'un enfant très-gros et mort. Enfin, le quatrième enfant, d'un petit volume, est passé tout seul; c'est un des deux enfants survivants.

Cette femme en était à sa cinquième grossesse, elle était à terme au moment où elle est allée consulter M. Depaul. Il n'y avait aucun parti à prendre que d'attendre l'issue naturelle L'examen a fait constater neuf centimètres pour le diamètre. antéro-postérieur.

Au bout de peu de jours le travail se déclara à quatre heures du matin; à six heures on fit appeler M. Depaul. Il n'y avait encore rien dans le petit bassin, la tête était au-dessus du détroit supérieur, elle se présentait dans la position occipito-iliaque gauche, un peu transversalement. On entendait les battements du cœur de l'enfant. Dans la soirée, la dilatation étant devenue complète, le sommet de la tête avait un peu plongé mais sa base était encore retenue au-dessus du détroit supérieur. Après avoir attendu quelques heures, voyant que la têie n'avançait pas, M. Depaul rompit les membranes. La femme se livrait à des efforts considérables, si bien qu'il en résulta une tuméfaction énorme des parois vaginales, faisant saillie au dehors et en avant à chaque douleur, et qu'il fallut chaque fois s'efforcer de contenir. Mais la tête n'avançait pas davantage; M. Depaul se décida à intervenir par une application de forceps qui ayant saisi la tête entre le front et l'occiput, grâce à un mouvement de rotation, l'amena au dehors.

L'enfant était très-volumineux, il pesait 4 kil. 300 (plus de huit livres et demie). Il était venu un peu étonné, mais il fut promptement ranimé. Les suites ont été heureuses.

— La femme du service, qui est couchée au nº 8, est dans des conditions moins favorables. Son bassin n'a que 8 centimètres dans son plus grand diamètre; elle est moins avancée dans sa grossesse. Bien que cette femme ait déjà accouché plusieurs fois, M. Depaul, prenant en considération l'étroitesse du détroit, est d'avis de ne pas attendre le terme et de procéder à l'accouchement artificiel.

Déformation du bassin par cyphose.

Une femme de vingt-six à vingt-sept ans, enceinte pour la première fois, de six mois environ, a été conduite à la consultation par une sage-femme. Cette femme frappait tout d'abord par sa petite stature, elle n'a que 124 centimètres de hauteur, elle est, d'ailleurs, leste, alerte et n'a rien de l'aspect d'une rachitique; les jambes sont petites, grêles, mais droites, ainsi que ses cuisses. Les membres supérieurs ne présentent non plus aucune trace de déformation. Mais, en examinant son tronc, on reconnaît bientôt l'existence d'une gibbosité considérable dans la région dorsale, qui, à partir de la région moyenne, c'est-à-dire de la sixième vertèbre dorsale, présente une excurvation arrondie, à convexité postérieure, laquelle se prolonge jusqu'à la première lombaire, comprenant ainsi les six dernières vertèbres dorsales. Les six premières dorsales et les cervicales n'y sont pour rien ainsi que les vertèbres lombaires, la première exceptée, qui forment, au contraire, une incurvation ou lordose correspondante. On a évidemment affaire à une cyphose due, très-probablement, à un mal de Pott ayant compris plusieurs vertèbres. On apprend, en effet, que cette femme a eu, à l'âge de huit à neuf ans, une affection de cette nature qui avait duré plusieurs années, et qui, après sa guérison, a laissé à sa suite la déformation en question.

Cela étant, M. Depaul a dû se demander comment était le bassin de cette femme. *A priori*, en se fondant sur l'examen d'un grand nombre de bassins cyphotiques et sur les résultats des recherches bien connues snr ce sujet de M. Chantreuil, il n'a pas craint d'affirmer que ce bassin ne devait être très-probablement que très-peu déformé, que s'il était un peu rétréci, ce serait au détroit inférieur seulement, non pas d'avant en arrière, mais transversalement. En effet, en procédant à l'examen, il n'a pu atteindre l'angle sacro-vertébral, l'excavation paraissait avoir transversalement des dimensions moins étendues; mais c'est surtout au détroit inférieur qu'il a constaté des dimensions insuffisantes; ce détroit n'a d'avant en arrière que 8 centimètres et demi, ce qui constitue une diminution d'à peu près 2 centimètres et demie sur les dimensions régulières.

En présence de ce bassin rétréci de 2 centimètres et demi dans son détroit inférieur, quel est le parti à prendre? Considérant qu'en somme la disproportion de ce détroit avec le diamètre bi-pariétal d'une tête d'enfant à terme et de dimensions moyennes n'est pas considérable, et qu'en tenant compte de la réductibilité de la tête qui diminuera encore cette disproportion, M. Depaul a été d'avis de ne rien faire, de laisser aller la grossesse jusqu'à terme, en surveillant toutefois les progrès du développement de l'enfant, afin de se tenir prêt, au cas où ce développement viendrait à dépasser les proportions moyennes, à recourir à l'accouchement prématuré à sept mois et demi ou à huit mois. Mais il y a tout lieu d'espérer qu'on pourra laisser aller les choses jusqu'au terme normal de la grossesse.

Difformités du bassin et des parties génitales externes.

Une femme s'est présentée à la clinique d'accouchement avec un vice de conformation du bassin qui doit être fort rare, car M. Depaul, dans sa pratique obstétricale de plus de trente années n'en a pas vu d'exemple. Cette femme, âgée de vingt et un ans, est enceinte de sept mois et demi environ. Elle a été visitée par une sage-femme qui avait été frappée d'une anomalie dont elle ne s'était pas bien rendu compte. Voici ce qu'un examen attentif a montré chez elle : la vulve et l'entrée du vagin ne sont pas à leur place normale. Elles sont situées tout à fait en arrière, tout près du coccyx. Après avoir reconnu, non sans quelque peine, l'entrée du vagin, M. Depaul a cherché à introduire le doigt, mais il n'y est parvenu qu'avec une très-grande difficulté, et à peine l'extrémité du doigt avait-elle pénétré, qu'elle est venue se heurter contre le coccyx; en le ramenant un peu en avant il a rencontré la symphise pubienne qui présentait une hauteur tout à fait insolite, elle mesure 9 centimètres, c'est-à-dire le double à peu près de sa hauteur normale moyenne. Quant à la distance entre le coccyx et la symphise, elle est à peine de 2 centimètres ou 2 centimètres et demi. Cette femme ne présente, d'ailleurs, aucune trace de rachitisme. Elle prétend n'avoir jamais été malade et n'a subi aucun accident traumatique; elle n'a pas eu de fracture du bassin. Mariée depuis un an, elle n'a jamais pu avoir de rapports complets avec son mari, ce qui ne l'a pas empêchée de devenir enceinte. L'accouchement normal, à terme, sera évidemment impossible. Il y aura un parti à prendre sur lequel M. Depaul n'est pas encore arrêté. Nous le ferons connaître en temps et lieu.

— Au moment où nous venons de rédiger ces notes, nous apprenons que M. Chantreuil qui remplace momentanément M. Depaul, absent par congé, a procédé à l'accouchement prématuré chez les deux femmes rachitique et cyphotique dont il vient d'être question, et que, dans ces deux cas, l'issue en a été heureuse pour les mères et pour les enfants. Nous reviendrons sur ces deux faits à l'occasion d'autres cas également intéressants, dont il nous reste à parler.

Atrophie musculaire progressive avec paralysie glosso-labio-laryngée.

M. le docteur J. Worms a eu l'occasion d'observer dans son service de l'hôpital de Rothschild, un cas d'atrophie musculaire progressive avec paralysie glosso-labio-laryngée, qui

vient confirmer les recherches récentes de M. Charcot, sur la sclérose symétrique des cordons latéraux de la moelle.

Il s'agit d'un homme âgé de trente ans, dont voici en quelques mots les antécédents.

La maladie de cet homme aurait eu son début au commencement de l'année 1870. Les premiers symptômes se seraient montrés à la suite d'une grande frayeur, ils auraient consisté en douleurs le long de la colonne vértébrale et des membres inférieurs. Un peu plus d'un an après le début des accidents, on constatait tous les signes de l'atrophie musculaire avec paralysie glosso-labio-laryngée. A cette époque, le malade, quoique éprouvant déjà une certaine faiblesse dans les membres inférieurs, pouvait encore se tenir debout et marcher assez facilement avec l'aide d'un bras. Il passa ainsi environ deux ans dans le quartier des Incurables de l'hôpital Rothschild. Une bronchite aiguë l'ayant fait passer de ce quartier dans le service de M. Worms, voici ce que notre confrère constata alors (c'était le 30 décembre 1873):

La paralysie n'était pas encore complète à ce moment du côté des membres inférieurs; leurs muscles, qui n'avaient rien perdu de leur volume normal, étaient de temps à autre agités d'une trémulation convulsive, mais la contracture ne s'y montrait point.

Il n'en était pas de même du côté du tronc. Il y avait une rigidité telle de la colonne vertébrale qu'il était impossible de faire asseoir le malade sur son lit.

Dans la région cervicale l'émaciation des muscles était portée à son comble, les muscles avaient presque complétement disparu.

Les membres supérieurs étaient couchés, immobiles le long du corps; l'avant-bras et le bras étaient réduits à l'état de squelette, la paume de la main était tout à fait excavée. Les doigts, le poignet et l'avant-bras étaient le siége de déformations spéciales.

Quant à la contractilité faradique, il a été impossible de la déterminer dans les muscles des membres supérieurs et dans ceux de la langue; elle était, au contraire, très-évidente dans les muscles des membres inférieurs.

Enfin on constate une paralysie de l'orbiculaire des lèvres, de la langue, qui se trouve logée derrière l'arcade dentaire inférieure, qui est amincie, sillonnée, et ne peut être portée ni en haut ni sur les côtés, et une insensibilité presque complète du voile du palais.

A part les douleurs du début, il n'y a pas eu d'autres troubles de la sensibilité. Un grand nombre de muscles étaient le siége de contractions fibrillaires, extrêmement accusées, tantôt spontanément, tantôt sous l'influence des moindres attouchements. Tous les sens avaient conservé leur intégrité, excepté celui du goût qui était légèrement émoussé.

Rien au cœur. La respiration était costo-diaphragmatique et accélérée. Les digestions se faisaient bien. La miction et les garde-robes étaient régulières.

Guéri de l'affection aiguë qui l'avait fait entrer dans le service de M. Worms, le malade retourna aux Incurables, où il vécut encore huit ou neuf mois, sans que les lésions signalées eussent sensiblement augmenté. Au bout de ce temps, les bronches s'étant de nouveau enflammées, le malade ne pouvant plus se débarrasser par l'expectoration des mucosités qui s'opposaient au passage de l'air dans les vésicules pulmonaires, en proie à des crises d'asphyxie fréquentes, finit par succomber dans un de ces accès.

Voici ce que l'examen histologique du système nerveux, fait par M. Hayem, a montré :

Il existait dans toute la longueur de la moelle, une sclérose bilatérale des cordons antéro-latéraux avec deux foyers centraux d'élection. Les cellules des cornes antérieures étaient atteintes de dégénérescence et d'atrophie, avec une multiplication très-marquée en quelques points, des éléments du tissu interstitiel de la substance grise, et épaississement des gaînes vasculaires. Il existait des corps amylacés dans la substance grise et les parties scléreuses, et une multiplication des cellules épithéliales du canal central.

Du côté du bulbe il existait une sclérose de la partie postéro-interne des pyramides et une atrophie des racines de l'hypoglosse, du spinal et du pneumogastrique, avec atrophie diffuse de ces nerfs.

Au niveau de la huitième vertèbre cervicale et des troisième et quatrième lombaires, on constatait deux foyers de lésions plus marquées que dans le reste de la moelle, avec les caractères manifestes de l'inflammation médullaire chronique.

Les cornes antérieures de la moelle étaient tout à fait atrophiées.

Le nerf médian et les nerfs musculaires avaient quelques-uns de leurs tubes atrophiés.

Dans les muscles, les fibres musculaires atteintes d'atrophie simple ou de dégénérescence granuleuse étaient disséminées par petits groupes irréguliers au milieu des fibres saines ou peu atrophiées. Du côté des muscles vertébraux, à l'atrophie et à la dégénérescence granuleuse s'ajoutait la dégénérescence graisseuse.

L'examen histologique a permis ici, comme on le voit, de reconstituer en quelque sorte la marche de la maladie et de donner à chacun de ses phénomènes principaux sa signification réelle. Les phénomènes bulbaires, qui constituent ordinairement la dernière période de l'affection, s'étaient développés de bonne heure chez ce malade, et lorsque l'on constatait l'atrophie des muscles du cou et des membres supérieurs, il présentait déjà tous les caractères du syndrome de la paralysie glosso-labio-laryngée. A tous ces phénomènes vinrent bientôt s'ajouter des troubles graves de la respiration que l'on pouvait prévoir par l'atteinte portée aux muscles de la langue, indiquant une altération des racines et des noyaux de l'hypoglose et par conséquent l'envahissement du bulbe. C'est ce qui a eu lieu, en effet, on a vu la respiration se troubler peu à peu et une nouvelle atteinte de bronchite amener la mort dans un accès d'asphyxie. Dr Brochin.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE

M. E. Magitot.

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).

Leçons et observations recueillies par M. le docteur Th. David.

VIII

4° *De la gingivite fongueuse.*

Sous ce titre nous allons décrire une forme d'inflammation qui se caractérise par le développement à la surface de la gencive, de ces végétations charnues, molles, irrégulières et mamelonnées, connues sous le nom de *fongosités*, et qui donnent à la muqueuse un aspect tout à fait spécial.

Les fongosités qui se produisent dans ces circonstances ne

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 décembre 1877.

diffèrent en rien de celles que l'on rencontre accidentellement à la surface des muqueuses en général, frappées d'inflammation ou sur les plaies bourgeonnantes. Elles ont la même physionomie et la même structure anatomiques. On les trouve, en effet, constituées par une masse de tissu embryonnaire qui, plus tard, passe à l'état de tissu conjonctif et qui contient un grand nombre de vaisseaux flexueux et terminés en anse, de façon à former un réseau très-serré. On s'explique ainsi la rapide turgescence de ces productions, et les hémorragies fréquentes dont elles sont le siége.

Elles peuvent apparaître soit dans le cours, soit à la suite d'une gingivite quelconque, indépendamment de la nature et de la cause particulière de celle-ci, de telle sorte que l'état fongueux représente une variété des complications de la maladie primitive, plutôt qu'une espèce pathologique nosographiquement définie. Cependant, comme la forme fongueuse de la gingivite se trouve parfois intimement liée tantôt à certaines conditions locales, tantôt à diverses influences générales, nous avons cru devoir en tracer une description spéciale, pour n'omettre aucun des aspects multiples que peut offrir la gingivite et pour nous conformer au cadre que nous nous sommes imposé au début de ces études.

La gingivite prend donc la désignation de fongueuse, toutes les fois que l'on voit apparaître la production spéciale, la fongosité. Toutes les variétés d'inflammation gingivale peuvent la présenter, les plus simples, les traumatiques par exemple (tartarique, des fumeurs), aussi bien que les graves (phlegmoneuse, ulcéreuse, toxique, etc.)

Le passage à l'état de végétation des languettes interdentaires décollées et soulevées, constitue la première phase de l'état fongueux. Consécutivement, les replis semi-lunaires, antérieurs et postérieurs sont atteints et une région plus ou moins étendue, ou la totalité même de la gencive, se trouve bientôt couverte de productions de ce genre.

Hâtons-nous de faire toutefois une distinction entre cette forme fongueuse de la gingivite et la production si fréquente de végétations, soit au pourtour des fistules gingivales, ou des dents cariées (caries du collet), soit au niveau des dents affectées d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. Dans ces circonstances, en effet, les fongosités représentent des épiphémomènes ou des complications isolées, limitées, d'une lésion spéciale, dentaire ou alvéolaire, et n'appartiennent en aucune façon à l'histoire de la gingivite proprement dite.

Quoi qu'il en soit, la gingivite fongueuse, telle que nous la décrivons, ne doit pas être, par conséquent, considérée comme une forme de début. Le plus souvent, en effet, elle succède à une autre forme. Cependant l'état fongueux des gencives peut se produire parfois si rapidement, qu'il semble être apparu d'emblée. Ce processus doit alors être attribué à l'influence d'un état général, à une diathèse qui détermine ainsi la physionomie spéciale de ses manifestations multiples, aussi bien de celles qui ont les gencives pour siége, que de toutes les autres.

L'état fongueux peut se produire dans des circonstances diverses dont quelques-unes sont nettement déterminées : Nous avons indiqué tout à l'heure les différentes variétés de gingivites primitives ou secondaires qui peuvent revêtir ce caractère. Ajoutons encore les phénomènes de la sortie difficile de la dent de sagesse, cause si commune d'accidents de ce genre, les lésions osseuses ou périostiques des maxillaires, la présence de corps étrangers, appareils de prothèse ou de réduction des difformités, etc.

Mais il en est une autre non moins fréquente, c'est le passage d'une gingivite à l'état chronique, soit par la persistance de sa cause, ou par l'absence de toute tentative thérapeutique, soit encore par l'intervention de complications diverses. Ici, l'état fongueux est en quelque sorte une conséquence de la chronicité même de la maladie.

Enfin, il faut ajouter certaines influences qui, quoique bien différentes de caractère, produisent les mêmes effets ; telles sont, pour les jeunes sujets, la chlorose, l'anémie. C'est ainsi que nous avons vu, chez quelques jeunes chlorotiques, des gingivites fongueuses très-marquées et très-rebelles.

Le siége de cette variété de gingivite varie nécessairement avec les diverses influences qui peuvent la produire. Mais toujours, alors même qu'elle est née d'une cause limitée, comme, par exemple, l'éruption de la dent de sagesse inférieure, l'affection occupe une assez grande étendue de la muqueuse gingivale. Rarement cependant elle est entièrement généralisée. Même dans le cas où elle est liée à un état général, elle semble surtout se localiser aux parties antérieures de la bouche et principalement à la face labiale de la crête gingivale.

La gingivite fongueuse une fois constituée se présente avec les caractères suivants :

La muqueuse est considérablement épaissie ; son bord libre, les languettes interdentaires surtout, forment un relief très-accusé sur le plan de l'arcade dentaire et quelquefois le cachent en grande partie. La coloration générale est d'un rouge sombre avec une bande d'une teinte plus vive sur le bord libre. Sa surface, dépourvue d'épithélium, a perdu l'aspect poli de l'état normal et est devenue granuleuse, exactement semblable en cela, à une plaie couverte de bourgeons charnus ; et, de fait, lorsqu'on la regarde attentivement, on y distingue parfaitement les mêmes petites végétations mamelonnées que baigne un suintement purulent. Le bord gingival est remarquable par son festonnement et ses échancrures quelquefois très-profondes, au niveau des dents. Les parties déclives de ces irrégularités se recouvrent bientôt de tartre et de divers enduits buccaux, dont la présence est favorisée par l'inaction des parties atteintes et l'impossibilité des soins de propreté. Au toucher, la gencive est molle, dépressible et saigne avec facilité au moindre contact. Enfin on trouve une légère fétidité de l'haleine et une hypersécrétion salivaire, d'ailleurs peu marquée.

Ajoutons à ces phénomènes une douleur spontanée, peu intense, mais notablement exaspérée par les attouchements, par le contact des corps à température basse ou élevée.

Tel est, en peu de mots, le tableau de la gingivite fongueuse. Mais assez souvent, dans les cas d'une certaine intensité, ou après une longue durée, on peut voir survenir quelques-unes des complications que nous avons signalées déjà dans la forme phlegmoneuse et en particulier la propagation inflammatoire au périoste alvéolo-dentaire. Dès lors, les dents deviennent douloureuses, chancelantes et se déchaussent au point d'avoir leurs racines en grande partie mises à nu par la résorption des procès alvéolaires. Ces complications, qui aggravent l'état pathologique de la bouche, ne s'accompagnent cependant, le plus ordinairement, ni de phénomènes généraux, ni d'engorgements ganglionnaires voisins, et cela, sans doute, en raison de la lenteur de leur marche.

C'est qu'en effet, l'affection possède une allure tout à fait particulière : une fois bien établie, elle ne progresse pas, elle reste stationnaire. A la longue cependant, le processus inflammatoire finit par se modifier. Le bourrelet constitué par la gencive, primitivement mou et dépressible, devient dur et

fibroïde, se cicatrise en quelque sorte et semble rentrer dans la variété de gingivite que nous allons décrire sous le nom d'*hypertrophique*. L'état fongueux persiste seulement sur le bord gingival, sous forme de liséré. C'est ce que nous avons observé plusieurs fois et tout récemment encore, dans un cas où l'affection, d'origine rhumatismale, datait de seize ans. Il s'était peu à peu formé un bourrelet arrondi et résistant à quelques millimètres du collet, sur une grande étendue des arcades dentaires, tandis que le bord libre restait rouge, saignant et fongueux.

La durée de la maladie est le plus souvent sous la dépendance de l'état général qui l'a produite ou qui l'entretient; de sorte, qu'en outre de l'intervention locale dont nous aurons à parler dans un chapitre d'ensemble, il conviendra, au point de vue du traitement, de bien saisir et de remplir l'indication relative aux phénomènes généraux ou diathésiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 23 janvier 1878. — Présidence de M. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. VERNEUIL présente, de la part de M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, une note sur le *traitement blennorrhagique par le baume de gurjun*; et, de la part de M. Labordette (de Lisieux), une observation de *calcul salivaire*, avec la pièce qui en fait le sujet.

M. DESPRÈS, de la part de M. Bertin (de Gray), présente également un *calcul salivaire* qui semble s'être développé dans les origines du canal de Warthon.

M. MARJOLIN, lors de la dernière discussion sur le mal de Pott, a écrit à M. Perrochaud pour lui demander les résultats de sa pratique. La statistique que le médecin de Berck vient de lui envoyer comprend 350 cas qu'il a traités depuis 1869. M. Marjolin fera un rapport sur ce travail.

M. PANAS offre, de la part de M. Laugier, un travail intitulé : *Etude médico-légale sur les lésions de l'intestin dans les contusions de l'abdomen.*

M. MABOURME, médecin aide-major, adresse une observation intitulée : *Existence simultanée chez une femme, d'une hernie crurale enflammée et d'une hernie inguinale étranglée; kélotomie double; guérison.*

M. CAZIN (de Boulogne), membre correspondant, adresse une observation d'*anévrysme de la carotide interne dans le sinus caverneux.* Le malade qui en fait le sujet entend depuis longtemps déjà, mais sans y attacher grande importance, un sifflement dans l'oreille gauche, isochrone aux battements du pouls, et qui est quelquefois assez fort pour être perçu par les personnes qui sont auprès de lui. Un strabisme en dedans survenu brusquement le décide à consulter un médecin. Les sifflements dans l'oreille gauche persistent toujours; à l'aide du stéthoscope, en en constate aussi l'existence dans l'oreille droite, mais le malade ne les ressent pas. Il n'y a pas de surdité. L'intensité de ces sifflements varie peu avec les mouvements de la tête; elle n'augmente que sous l'influence des causes qui excitent la circulation. Il n'y a pas eu d'exophthalmie, pas de congestion scléroticale ni conjonctivale. Le strabisme en dedans est absolu. Il n'y a aucune apparence d'athérome aux artères du poignet. La compression de la carotide fait cesser les sifflements. En présence de ces symptômes, M. Cazin diagnostique une dilatation anévrysmale de la carotide gauche à l'intérieur du sinus caverneux. Mais doit-il intervenir, et comment? C'est ce qu'il demande à ses collègues, qu'il prie d'examiner le malade qu'il leur fait présenter.

M. PANAS, après le dépouillement de la correspondance, cède le fauteuil à M. Guyon. Le nouveau président remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en le choisissant pour diriger leurs travaux. L'année 1878, doit être plus encore que les précédentes, s'il est possible, fertile en études importantes. L'Exposition universelle amènera à Paris un grand nombre de savants et la Société de chirurgie de Paris tiendra à maintenir sa réputation et fera en sorte que les comparaisons ne soient pas défavorables à la science française.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TRÉPANATION, ET LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a été surpris, après les promesses de M. Desprès d'éclairer la question par son expérience, de le voir rester constamment dans le même cercle d'arguments théoriques insuffisants, basés sur une seule observation personnelle. M. Desprès se contente de louer les statistiques qui sont favorables à son argumentation et d'attaquer celles qui lui sont contraires. Celles qu'il met en parallèle ne peuvent pas être comparées : ainsi les plaies par armes à feu de la guerre américaine ne peuvent nullement être mises en comparaison avec les plaies de tête qu'on voit d'ordinaire dans les hôpitaux de Paris. M. Lucas a dit et répété que les paralysies primitives persistantes sont à peu près le seul, et, en tout cas, le meilleur signe qui indique la nécessité de la trépanation. Si à cette indication on parvient à joindre celle du point où le trépan devra être appliqué, ce sera un très-grand progrès. C'est vers ce but que tendent tous ses efforts. La trépanation pourra alors avoir des règles fixes et entrer dans la pratique usuelle. Il n'y aura plus à redouter que les complications hospitalières dont il est possible de se préserver par un pansement convenable.

M. LE FORT ne veut pas laisser penser qu'il est adversaire de la trépanation. Il en est, au contraire, grand partisan, mais il existe encore une grande incertitude sur les indications et les contre-indications de cette opération.

M. LE DENTU se trouve, après cette discussion, d'accord avec M. Lucas sur beaucoup de points. Le procédé indiqué par M. Lucas, pour déterminer les points où il faut appliquer la couronne de trépan est très-pratique. M. le rapporteur regrette de voir M. Desprès se déclarer adversaire résolu du trépan. Il est toujours dangereux, mais surtout à une époque de progrès comme la nôtre, de vouloir clore une question. Combien d'opérations, autrefois condamnées, sont aujourd'hui parfaitement acceptées, parce que les dangers en sont diminués, ou pour toute autre raison! On ne fait pas la science avec des faits exceptionnels, et des statistiques sérieuses ne peuvent pas être basées sur des curiosités comme l'observation unique de M. Desprès. Les indications et les contre-indications de la trépanation commencent à être assez bien connues. Les dangers de l'opération ne sont pas aussi grands qu'on le croyait, surtout si on les compare sérieusement à ceux de l'expectation. M. le rapporteur entrevoit que, dans un avenir prochain, on arrivera à intervenir plus souvent qu'on ne le fait aujourd'hui dans les fractures du crâne. Dans tous les cas, il veut ne pas clore la question et laisser la porte ouverte au progrès.

M. DESPRÈS ne désespère pas de voir ses jeunes collègues changer d'opinion. La mode est tellement variable, même en chirurgie! Si l'on trépane parce qu'un fragment d'os a pénétré dans la zone motrice du cerveau, pourquoi ne pas trépaner lorsque c'est une autre zone qui est atteinte. Les dangers de méningo-encéphalite ne sont-ils pas les mêmes dans les deux cas?

M. LE DENTU. Les dangers sont les mêmes, mais, dans le premier cas, le symptôme paralysie indique où est l'esquille, tandis que, dans le second, on n'a aucun indice. On ne peut alors intervenir que si l'on voit ou si l'on touche la partie fracturée.

M. TRÉLAT a fait, il y a deux ans, à la Faculté, un cours sur les plaies de tête. Il a dit alors, et il n'a pas, depuis, modifié son opinion : Il y a deux conditions où la trépanation est indiquée : 1° lorsqu'il y a plaie des parties molles avec déformation du crâne; 2° lorsque, dans le cours du traitement d'une plaie du crâne, il se manifeste un quelconque des symptômes qui indiquent une lésion des centres moteurs. La science se fait tous les jours sur ces questions ; elle est aujourd'hui beaucoup plus avancée qu'il y a trois ans, et on peut espérer que l'avenir arrivera à donner à l'interven-

tion chirurgicale une formule aussi exacte que celle qui indique aujourd'hui les lésions de la troisième circonvolution frontale. Il est bien vrai qu'un grand nombre de malades qui ont eu des plaies du crâne avec enfoncement, ont guéri sans intervention. La trépanation leur aurait été au moins inutile. Mais que devient la presque totalité de ceux qui ont une fracture du crâne, sans enfoncement, malheureusement pour eux. N'est-ce pas le cas de rappeler la fameuse observation du chanoine, trépané, et mort le cinquante-troisième jour, après avoir reçu sur la tête un cierge? Il ne paraissait pas bien malade après son accident, et il a continué à vivre et à bien vivre pendant quelque temps. N'est-il pas plus que probable que l'existence de ce chanoine aurait pu être prolongée par une trépanation plus hâtive?

M. PERRIN n'a pas voulu dire qu'il ne faut pas trépaner, mais les trois observations qui lui sont personnelles semblent affaiblir la valeur du symptôme paralysie. Le hasard a voulu que tous trois guérissent sans trépanation.

Cela ne l'empêche pas de partager tout à fait la manière de voir de M. Trélat. Il rappelle le principe qu'il a posé, de faire d'une plaie compliquée une plaie simple, à l'aide d'une ou deux couronnes de trépan. Quant à la trépanation consécutive, il est très-rare que l'altération, cause des accidents que l'on veut combattre, soit assez localisée pour que cette opération soit efficace.

La séance est levée.

ÉTUDE

DE L'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE ET DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ENCÉPHALE (1)

Par M. le professeur BITOT (de Bordeaux).

M. le docteur Bitot, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Bordeaux, présente un appareil destiné à couper méthodiquement l'encéphale en tranches ou zones d'égale épaisseur et un système de disques de verre pour leur conservation.

L'appareil pour les coupes consiste en trois calottes métalliques, de forme crânienne, fendues transversalement antéro-postérieurement et horizontalement de 5 en 5 millimètres. Un support à deux colonnettes sert à fixer ces calottes. Les coupes se font de la base à la convexité avec un couteau à lame très-longue guidé par les fentes parallèles des calottes.

Les disques de verre conservateurs sont au nombre de deux: l'un inférieur plein, l'autre supérieur percé de deux trous de 2 millimètres chacun, espacés d'environ 1 centimètre et placés près de la circonférence. Un tube annulaire en caoutchouc, d'un diamètre légèrement inférieur à celui des disques, les sépare et constitue de la sorte avec eux une cage ou boîte dans laquelle est logée la coupe cérébrale, nageant dans un liquide composé d'eau-de-vie et de sirop de sucre.

Un système mobile à vis de pression comprime les deux disques, qui sont maintenus sur le tube de caoutchouc, après l'expulsion de l'air et l'obturation des deux trous du disque supérieur, par la simple pression atmosphérique.

Les avantages de la cérébrotomie ainsi pratiquée sont les suivants :

1° Coupes symétriques ou homologues obtenues sûrement et rapidement sur des encéphales *frais, sans macération préalable.*

2° Conservation permanente des tranches.

3° Simplification extrême de l'étude topographique de l'encéphale.

4° Localisation en mensurations faciles de tout district anatomique ou anatomo-pathologique.

REVUE DE LA PRESSE

Nouveau procédé de résection de l'os maxillaire supérieur. — M. le docteur Letiévant a apporté, au procédé de résection de l'os maxillaire supérieur, des modifications certaines. Un des principaux avantages serait la conservation du nerf sous-orbitaire. Voici comment opère le chirurgien de Lyon.

Premier temps. — Le malade étant anesthésié par l'éther, M. Letiévant fait une incision partant de 15 millimètres, au-dessous de l'angle interne de l'œil, suivant le sillon génio-nasal, contournant l'aile du nez dans son sillon de séparation avec la joue, gagnant horizontalement sous la narine le sillon médian de la lèvre supérieure qu'elle divise ensuite verticalement dans toute son épaisseur à ce niveau. Cette incision contournée a pour but de dissimuler la cicatrice formée dans le fond des sillons naturels.

La moitié droite de la lèvre supérieure, saisie alors et portée en dehors, on la sépare rapidement, par dissection, de la face antérieure de l'os maxillaire, tantôt en conservant le périoste, tantôt en l'enlevant, suivant les indications. La dissection du lambeau est arrêtée sur le rebord orbitaire, au niveau du canal orbitaire, dès qu'on aperçoit le nerf orbitaire, dès qu'on aperçoit le nerf orbitaire à la sortie de son canal.

Deuxième temps. — Le lambeau maintenu fortement tiré, on taille sur le rebord orbitaire, à l'aide du ciseau et du maillet, à petits coups, une encochure triangulaire correspondant exactement par son sommet au canal sous-orbitaire à sa terminaison. Ce canal se trouve ainsi ouvert par en haut. Dans sa partie antérieure. On achève l'ablation du reste de sa paroi supérieure, à l'aide de pinces, tout le long du plancher de l'orbite. Le nerf mis alors à nu au fond de sa gouttière osseuse, il est facile de l'en extraire à l'aide d'un crochet, il vient avec son artère satellite, s'appliquer à la face profonde du lambeau genier.

Troisième temps. — 1° Sur la lèvre interne de l'encochure faite au rebord orbitaire, on taille, à l'aide du ciseau, une aiguille osseuse comprenant ce rebord orbitaire et se continuant avec la base de l'apophyse montante qui est ainsi séparée du corps de l'os maxillaire.

2° On taille de même sur la lèvre externe de l'encochure une deuxième aiguille osseuse comprenant, cette fois, la portion malaire du rebord orbitaire et se continuant avec le reste de l'os malaire. Puis on achève la séparation du malaire d'avec l'os maxillaire.

3° Enfin, passant au bord alvéolaire et à la voute palatine, on détache à l'aide de la rugine, la muqueuse gingivo-palatine des gencives à la ligne médiane, de la voûte, et le bord adhérent du voile du palais, si la conservation de ces organes peut en être faite, puis on pratique, toujours à la gouge ou au ciseau, une section suivant le bord droit de la deuxième incisive, allant dans la direction de la ligne de séparation de l'os incisif avec le maxillaire, jusqu'au canal palatin antérieur. Ici, la section osseuse, changeant de direction, est conduite, en ligne droite en arrière, séparant les deux apophyses palatines jusqu'au bord adhérent du voile du palais.

Les trois saillies osseuses que conserve ainsi M. Letiévant (os incisif et les deux aiguilles osseuses du rebord orbitaire) sont destinées à former un trépied de support au lambeau jugal et à l'empêcher de s'affaisser.

Quatrième temps. — Si la muqueuse palatine, trop altérée, n'a pu être conservée dans le temps précédent, on fait alors rapidement, à l'aide du bistouri, la section du voile du palais à son bord adhérent, de dedans en dehors, jusqu'au voisinage de l'apophyse ptérygoïdienne. A ce moment, saisissant le maxillaire à l'aide de pinces dentées, on l'abaisse brusquement, rompant ses adhérences avec l'apophyse ptérygoïdienne et on l'extirpe en lui imprimant rapidement un mouvement de torsion.

L'os enlevé et l'opération terminée, le lambeau jugal est rabattu; les trois supports osseux le maintiennent soulevé. Des points de suture entortillée ou à points passés réunissent les lèvres de la plaie dans toute sa longueur.

La conservation du nerf sous-orbitaire, assurée par ce procédé, a non-seulement, aux yeux de M. Letiévant l'avantage de conserver la sensibilité des régions auxquelles il se distribue, mais encore de s'opposer à la dégénérescence et à la perte de contractilité des muscles, à la nutrition desquels ce nerf préside.

D'autre part, la taille d'un trépied de support osseux, contri-

(1) Voir la séance de l'Académie de médecine du mardi 22 janvier 1878.

buerait à conserver à la face sa forme et sa physionomie.) (*Lyon médical*).

Traitement du lupus par le râclage. — M. Besnier emploie fréquemment, dans son service, un procédé préconisé par Volkmann, dans le traitement du lupus, et qui donnerait, ordinairement, d'excellents résultats. Il consiste à râcler les parties malades avec de petites cuillères tranchantes sur leur bord. Au premier abord, il semble que, par ce procédé, il soit difficile de limiter son action aux parties malades et de ne pas atteindre les parties saines; cependant, grâce à la forme de ces cuillères, il arrive qu'elles n'atteignent que les parties saillantes ou indurées, tandis que les parties souples et molles ne sont pas touchées par l'instrument; aussi doit-on s'arrêter dans l'opération quand on n'éprouve plus la sensation de résistance que donne la section de ces tissus par la cuillère. L'inconvénient de ce procédé est qu'il est très-douloureux; mais comme son action est superficielle, on y remédie facilement par l'anesthésie locale, soit au moyen de l'insufflation de l'éther, soit par l'application de la glace. Il faut être prévenu aussi qu'il se produit à la suite un écoulement de sang abondant, mais qui s'arrête toujours par la simple application de charpie sèche. Après cette opération, on obtient une plaie dans de bonnes conditions et qui se cicatrise rapidement; mais il est urgent, ainsi que M. Besnier le recommande toujours, de surveiller de très-près cette cicatrisation, et de réprimer chaque jour les bourgeons charnus par le nitrate d'argent.

Le procédé est applicable surtout aux lupus peu étendus, au lupus maculeux en particulier. Il est indiqué encore pour le lupus tuberculeux qui n'occupe pas une étendue trop grande, lorsque celle-ci est considérable, pour ne pas faire une plaie trop importante, il est bon de consacrer plusieurs séances à cette opération. D'ailleurs on est presque obligé de renouveler plusieurs fois le râclage pour enlever toutes les parties indurées. (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

455. Lassalle. Étude sur le traitement de la névralgie rebelle du nerf maxillaire supérieur par la résection du nerf sous-orbitaire dans la cavité de l'orbite.

456. Gacitua. Essai sur les kystes de l'orbite.

457. Suryot. Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice dans les cas de plaies articulaires.

458. Saint-Martin. De la restauration de la lèvre inférieure après l'ablation du cancroïde.

459. Godefroy. Essai sur l'emploi de l'extension continue dans le traitement des fractures du fémur.

460. Rizat. Du phimosis et de la balano-posthite syphilitique.

M. le docteur Douvillé, membre de l'Association philotechnique de Paris, vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 12. — MARDI 29 JANVIER 1878. 51e ANNÉE. MARDI 29 JANVIER 1878. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. DEPAUL.

Influence de la grossesse sur l'allaitement.

Vous avez vu ce matin une jeune femme qui va me permettre de traiter, devant vous, une question dont la solution est de la plus haute importance. Cette femme, qui est accouchée depuis six ou sept mois, qui a un bel enfant, vigoureux, bien portant, venait nous consulter parce que, se croyant enceinte, elle craignait de nuire à la santé de son enfant en continuant à l'allaiter dans ces conditions.

Interrogée sur les raisons qui lui faisaient croire à un commencement de grossesse, elle déclare que, depuis quatre ou cinq mois, elle n'avait plus vu ses règles, qu'elle était dans un état de malaise continuel, qu'elle avait des nausées, des envies de vomir, etc., et qu'enfin son lait avait notablement diminué de quantité.

Nous avons donc examiné cette femme au point de vue du diagnostic de grossesse.

A cet effet, nous l'avons fait coucher de manière à mettre les muscles abdominaux dans le relâchement le plus complet, puis, par le palper et la percussion du ventre, nous nous sommes assuré qu'aucun organe ne dépassait le détroit supérieur du bassin. D'autre part, le toucher vaginal pratiqué avec le doigt nous a appris que nous étions en présence d'un utérus petit, mobile, tel qu'on l'observe à l'état de vacuité, et qu'enfin le col ne présentait aucune des modifications que lui aurait imprimées une grossesse datant déjà de cinq ou six mois. A moins donc que cette femme ne fût enceinte de quelques semaines, ce qu'il est impossible de diagnostiquer, cette femme n'était pas gravide et nous lui avons déclaré que rien ne s'opposait à ce qu'elle continuât d'allaiter son enfant.

Qu'aurions-nous donc fait si les appréhensions de cette femme eussent été fondées, si réellement elle eût été enceinte. Dans ce cas, ma réponse n'eût pas été douteuse un seul instant : j'aurais conseillé, à cette jeune femme, de cesser de nourrir son enfant, et, quoique celui-ci eût déjà six mois, alors même qu'il en eût eu sept ou huit, je l'aurais engagée, non pas à le sevrer, mais à lui donner une nourrice.

C'est qu'en effet, indépendamment des inconvénients qui en résultent pour la mère, et dont nous n'avons pas à nous occuper aujourd'hui, l'état de grossesse exerce le plus souvent une influence extrêmement fâcheuse sur la santé de l'enfant, quand la femme gravide continue à lui donner le sein.

Voici ce que l'on observe dans ces conditions. D'abord, la quantité du lait diminue; les enfants tètent longtemps; ils ne prennent plus la quantité de nourriture qui leur convient, et leur estomac n'étant pas satisfait, au lieu de s'endormir comme ils le font après un repas copieux, ils deviennent grincheux, ils crient, ils s'agitent. Si, malgré ces signes, la mère continue l'allaitement, les symptômes deviennent plus alarmants : les digestions se troublent; après chaque tétée, au lieu de ce simple écoulement de lait pur, qui se manifeste après qu'on leur a retiré le sein, même chez les enfants bien portants, un véritable vomissement a lieu et ils rejettent une grosse fusée de lait non encore coagulé, que leur estomac n'a pas pu supporter.

De leur côté, les garde-robes subissent des modifications caractéristiques. L'enfant qui, jusque là, n'allait à la selle que deux ou trois fois par vingt-quatre heures, a des garde-robes beaucoup plus fréquentes. Dans certains cas, c'est de la constipation que l'on observe, mais le plus souvent il a de la diarrhée, et va alors quatre, cinq, six fois et même plus, à la selle.

Les matières, également, présentent un aspect anormal. Au lieu d'être un peu épaisses, au lieu de ressembler, comme on le dit très-bien. à de l'œuf bouilli, c'est-à-dire d'avoir une apparence grumeleuse et de présenter une coloration jaune, au milieu de laquelle on aperçoit quelques petits filets blanchâtres dus à la présence d'une petite quantité de caséum non digéré, en tout point semblable à de l'eau d'épinard. D'autres fois, les matières sont moins mauvaises : elles sont alors moins fluides, brunâtres, semblables à du cambouis, ou bien elles ressemblent tout à fait, par leur consistance et leur coloration, à du mastic de vitrier. En même temps, elles renferment des quantités plus ou moins considérables de mucus dû à un certain degré d'irritation intestinal et même, si celle-ci est poussée très-loin, quelques filets, et dans certains cas, de véritables gouttes de sang.

Quelquefois la quantité du lait ne paraît pas avoir notablement diminué; il n'est pas rare, en effet, en exerçant une légère pression sur le sein de la mère ou de la nourrice, de voir le lait jaillir en abondance; aussi ce signe pourrait-il induire en erreur, s'il ne témoignait, non pas que la fabrication de la mamelle soit féconde, mais simplement que le sein

fonctionne bien et si les pesées de l'enfant, avant et après chaque tétée, ne venaient démontrer que celui-ci n'a pris qu'une quantité de nourriture tout à fait insuffisante.

Et d'ailleurs, alors même qu'il n'y aurait pas diminution de la sécrétion lactée, les modifications qu'imprime à la qualité du lait l'état de grossesse, suffiraient encore pour rendre compte du dépérissement de l'enfant. En quoi consistent ces modifications de qualité? C'est ce qu'il est difficile d'expliquer, l'analyse chimique étant impuissante à constater, dans le lait de la femme gravide et qui continue à nourrir, rien qui diffère de la composition normale de ce liquide. Toutefois, il n'est pas douteux que ces modifications existent, et la répugnance du petit malade, à prendre le sein qu'on lui présente, suffit pour l'expliquer.

J'ai, en effet, été témoin, trois ou quatre fois, dans une pratique, de faits qui m'ont singulièrement surpris. Dans un de ces cas entre autres, que j'ai encore très-bien présent à la mémoire, je fus appelé auprès d'une jeune femme dont l'enfant, très-bien portant et que jusque-là elle avait parfaitement nourri, refusait absolument de téter. Surpris, je fis devant moi présenter le sein à l'enfant et je constatai, qu'en effet, bien qu'il n'eût pas pris de nourriture depuis quelque temps, le petit malade refusait l'allaitement. Immédiatement on fit venir une nourrice, et à peine celle-ci avait-elle présenté le sein à l'enfant qu'il le saisissait avec avidité. C'est alors, qu'en interrogeant la jeune femme et en l'examinant au point de vue d'une grossesse commençante, j'acquis la conviction qu'elle était enceinte.

La conclusion qui découle de ces faits, c'est que toutes les fois qu'une femme viendra vous demander si, étant enceinte elle doit continuer à nourrir son enfant, vous devez répondre par la négative et l'engager à se procurer une nourrice. Soyez persuadé, en effet, que si les troubles dont je viens de faire le tableau très-affaibli ne se sont pas encore produits, ils ne tarderont pas à se manifester au grand détriment de la santé de l'enfant.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Des arthrites purulentes consécutives aux lymphangites.

Nous avons observé assez souvent que des lymphangites du membre inférieur étaient suivies d'accidents articulaires, très-graves du côté du genou. Il y a certainement entre ces faits une relation de cause à effet, qui n'est pas encore, actuellement, nettement dégagée. Billroth a observé que, lorsqu'il y a suppuration dans le trajet des lymphatiques, on voit les articulations du même membre contenir du pus, mais il n'en cherche pas la cause. J'ai observé, chez un homme cachectique, porteur d'ulcérations au pied, une lymphangite suivie d'induration et d'abcès du trajet lymphatique: j'ai ouvert successivement ces divers abcès; l'un d'eux parut se faire une ouverture dans l'articulation du genou, détermina une arthrite purulente, rapidement mortelle.

J'ai encore vu, en consultation, une jeune fille de douze ans qui fut atteinte de lymphangite consécutive à une écorchure du gros orteil. L'articulation du genou fut encore prise, sans même qu'il y eût des abcès sur le trajet des lymphatiques. Une arthrite purulente, avec abcès et fistules, se développa et entraîna la mort au bout de trois mois de souffrances.

A l'hôpital Lariboisière, j'ai encore vu un homme cachectique atteint d'une plaie contuse du pied, qui fut suivie d'une vaste eschare; une lymphangite se déclara; il y eut encore communication avec l'articulation du genou, et mort.

Il est à remarquer que ces communications se font toujours par les abcès siégeant du côté *interne* du genou.

Ici enfin, dans cette salle, au n° 22, est couché un homme, ouvrier au chemin de fer, variqueux, qui présente encore le même phénomène : hydarthrose consécutive à une lymphangite, produite par une écorchure du pied.

Un abcès menace de se produire et de s'ouvrir, non pas du côté interne, mais au-dessus du genou, sur la surface du triceps, ce qui écarte les craintes de communication du pus avec le genou. Mais il y a hydarthrose.

Au coude, l'hygroma se produit souvent, lorsqu'il y a lymphangite du bras.

Pour le genou, il convient de surveiller très-attentivement les abcès qui se forment à la partie *interne* et de les ouvrir très-rapidement.

Pour expliquer cette relation, on peut invoquer la disposition des lymphatiques qui rencontrent dans le tissu cellulaire sous-cutané, des bourses séreuses; lesquelles peuvent servir de trajet de communication avec les articulations. On peut encore supposer qu'il se produisait, dans les lymphatiques, des séreuses articulaires, une lymphangite *centrifuge*, analogue, par exemple, à l'érysipèle qui, dans les opérations sur le sein, se propage de cette région vers les extrémités des doigts. Enfin, il y a là un point obscur qui se lie à l'étude générale des lymphatiques et qui mérite d'être signalé et étudié.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

La myocardite palustre et la myocardite puerpérale (1)

(Leçons recueillies par le docteur Garcin, chef de clinique).

Beaucoup de paludéens, surtout ceux qui nous viennent d'Algérie, sont grands buveurs de vermouth et d'absinthe. L'alcoolisme détermine de son côté une myocardite avec hypertrophie et altération granulo-graisseuse du cœur. Cette myocardite peut se montrer seule ou combinée à la myocardite palustre chez les alcoolisés paludéens. L'hypertrophie, l'épaississement des parois cardiaques, servira de base au diagnostic. Cette hypertrophie provient beaucoup moins de la myocardite que de l'artérite concomitante et prédominante qui crée à la circulation artérielle des obstacles d'où résulte pour le cœur un surcroît d'action. L'hypertrophie donne au cœur une matité plus nette et plus étendue ; elle lui conserve une partie de ses forces, de sorte que le premier bruit normal, le bruit systolique, ne disparaît pas; elle neutralise en partie les effets de la dilatation et empêche le deuxième bruit normal de prendre plus d'éclat en même temps qu'elle s'oppose à la formation du bruit anormal de l'insuffisance mitrale qu'elle rend plus fort une fois produit. Chez notre n° 1 de la salle Ducros, un vieux paludéen, comme vous savez, et un alcoolisé de premier ordre, le souffle très-net de la pointe révélait l'impaludisme, souffle si fort que la régularité du pouls et l'absence d'asystolie étaient nécessaires pour nous permettre d'exclure une lésion valvulaire; les signes de l'hypertrophie trahissaient l'alcoolisme; et c'est ainsi que nous sommes arrivés à diagnostiquer la combinaison des deux myocardites.

Enfin, dans la myocardite palustre elle-même, il y a deux

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 janvier.

états anatomiques distincts, inégalement développés chez les divers sujets et dont on peut établir le diagnostic. Quand prédomine la dilatation, l'on constate une force apparente dans l'impulsion cardiaque, l'abaissement de la pointe, le caractère plus éclatant du second bruit normal, une ligne d'ascension longue et verticale dans le tracé sphygmographique. Quand la dégénérescence granuleuse est la lésion principale, il y a faiblesse d'impulsion précordiale, diminution du premier bruit, petitesse du pouls, ligne d'ascension courte et inclinée. Le souffle du premier temps, sous-mamelonnaire, sans abaissement de la pointe, est le signe en quelque sorte pathognomomique, de la dégénérescence granuleuse des muscles papillaires.

Mais ce n'est pas tout que de connaître et d'interpréter les phénomènes cardiaques, il faut savoir remonter à l'origine des troubles morbides que, suivant les circonstances, l'affection du cœur et l'impaludisme peuvent également enfanter. Ces troubles ont leur principal foyer dans la circulation capillaire. Ils consistent en des congestions pulmonaires, des œdèmes et des hydropisies et constituent, pour le diagnostic, un écueil, qu'Albenois, malgré sa perspicacité, n'a pas toujours su éviter. Placer ces symptômes sous la dépendance de l'affection cardiaque semblerait tout naturel, si on ne savait que l'impaludisme peut les produire d'une autre manière, sans l'intermédiaire d'une lésion du cœur, la congestion directement, l'hydropisie par le moyen d'une leucocythémie.

La congestion pulmonaire qui survient sous l'influence directe de l'impaludisme est un fait commun, que j'ai eu maintes fois occasion de vous faire constater et qui est placé sous la dépendance de la loi qui veut que les congestions viscérales soient fréquentes dans l'intoxication palustre. Elle est infiniment plus commune que celle qui provient de l'affection cardiaque et dont elle diffère par l'époque de l'apparition, par les signes, par la marche, par le siége, par les coïncidences.

Par l'époque de l'apparition : elle peut se manifester à toutes les époques et dans toutes les formes du mal, tandis que la congestion d'origine cardiaque ne peut naître que pendant la période cachectique.

Par les signes : elle peut s'accuser par des crépitants et du souffle, au point de simuler une pneumonie, tandis que l'autre s'annonce par des sous-crépitants et la diminution du murmure vésiculaire.

Par la marche : elle est intermittente ou subit des oscillations très-grandes, tandis que l'autre est à peu près continue.

Par le siége : elle peut occuper un point quelconque du poumon, la partie moyenne, le sommet; elle est très-souvent unilatérale; tandis que l'autre occupe toujours la base, des deux côtés.

Par les coïncidences, c'est-à-dire par les troubles concomitants de la circulation centrale : ceux-ci font défaut ou ne se trouvent pas en rapport d'intensité avec les phénomènes pulmonaires, tandis que, dans la congestion d'origine cardiaque, il y a nécessairement insuffisance relative de la mitrale avec adynamie du cœur et petitesse du pouls.

De leur côté, l'œdème et les hydropisies ne sont pas rares dans l'impaludisme chronique à forme cachectique, où ils peuvent coïncider avec la lésion cardiaque sans être produits par elle, il arrive même rarement que l'affection du cœur en soit la cause.

Vous baserez le diagnostic d'un côté sur les caractères et la distribution de l'hydropisie; d'autre part sur les phénomènes concomitants.

Née de l'affection cardiaque, l'hydropisie occupe surtout les parties déclives; elle siége dans le tissu cellulaire bien plutôt que dans les séreuses splanchniques; elle reste renfermée dans des proportions restreintes. L'hydropisie cachectique obéit beaucoup moins aux lois de la pesanteur, dans le tissu cellulaire, elle est plus disséminée, occupant les paupières aussi bien que le pourtour des malléoles; elle préfère au tissu cellulaire les séreuses splanchniques où parfois, surtout dans le péritoine, elle peut former de vastes collections.

Les phénomènes concomitants ont pour théâtre soit le sang, soit les viscères. Le sang est stagnant dans l'hydropisie cardiaque; il s'accumule surtout dans le système veineux. Le sang est altéré dans l'hydropisie cachectique et cette altération s'accuse surtout par la leucocythémie. L'hydropisie qui vient du cœur s'accompagne de lésions des viscères thoraciques et principalement du cœur. L'hydropisie cachectique s'accompagne de lésions des viscères abdominaux et principalement de la rate.

Les deux écueils à éviter dans le diagnostic de la myocardite paludéenne se retrouvent à peu près les mêmes dans le diagnostic de la myocardite puerpérale. Ici encore il faut se garder de mettre sur le compte de la myocardite tous les phénomènes cardiaques qui peuvent se produire; il faut également avoir soin de ne pas faire à la myocardite une part exagérée dans l'étiologie des congestions et des hydropisies dont elle n'est pas, il s'en faut, toujours coupable.

L'anémie, les altérations valvulaires, la simple dilatation du cœur peuvent, chez la femme en état puerpéral, déterminer des phénomènes cardiaques plus ou moins semblables à ceux de la myocardite.

Quand je parle d'anémie, je devrais dire hydrémie. C'est un état bien commun chez la femme enceinte ou récemment accouchée que celui où, la masse du sang ayant augmenté, la quantité des globules a diminué. Bien différente par son origine de l'anémie palustre, l'anémie puerpérale lui ressemble par ses signes et sera distinguée de la myocardite grâce aux mêmes moyens de diagnostic.

Les altérations valvulaires, douteuses dans l'impaludisme, sont, dans l'état puerpéral, au-dessus de toute contestation. Il s'agit surtout ici d'une endocardite connue sous le nom d'ulcéreuse, mieux appelée végétante par Decormière et qui produit de petites embolies dont la présence, surtout à la peau, peut, ainsi que les hémorrhagies intestinales, éclairer le médecin. Cause ou effet de cette endocardite, cause et effet, comme j'incline à le croire, l'état général typhoïde sera le meilleur moyen de diagnostic, car l'état local, l'état cardiaque, peut ressembler beaucoup à celui de la myocardite.

Quant aux affections valvulaires préexistantes, qui, latentes jusque-là, se démasquent brusquement pendant la grossesse par des congestions subites, le siége de leur bruit anormal à la base dans quelques cas, son intensité dans tous et la force de l'impulsion cardiaque seront les meilleurs moyens de les reconnaître.

La dilatation simple existe souvent dans la grossesse sans myocardite. La répétition des grossesses y expose plus particulièrement. Vous ne vous hâterez donc pas de diagnostiquer une myocardite puerpérale qnand vous constaterez une certaine vivacité dans l'impulsion cardiaque et que la femme accusera des étouffements avec sensation de pesanteur dans

la région précordiale; il vous faudra, pour l'admettre sans réserve, la diminution du premier bruit normal, le bruit de souffle de l'insuffisance mitrale, l'impulsion cardiaque affaiblie, la petitesse du pouls, et vous vous rappellerez que, d'après les observations de Coste, la myocardite puerpérale est de toutes les myocardites celle qui paraît exercer l'action le plus puissamment dépressive sur le cœur.

Voici maintenant le deuxième écueil : qu'il y ait ou non myocardite, la femme enceinte pourra être affectée de congestion pulmonaire; la pléthore hydrémique jointe aux obstacles mécaniques à la circulation, qui proviennent du développement de l'abdomen, suffit pour la produire. Cette congestion qui se développe en dehors de la myocardite peut être reconnue à la prédominance des signes rationnels sur les signes physiques : il y a oppression, douleur très-vive, souvent hémoptysie ; elle est souvent unilatérale et peut siéger à la partie moyenne, enfin les émissions sanguines la combattent avec un succès merveilleux.

La myocardite peut être innocente de l'œdème : l'albuminurie peut le produire à elle seule. Dans ce cas, il n'y aura pas de faiblesse dans l'impulsion cardiaque; au contraire, l'énergie des contractions du cœur sera plutôt augmentée ; pas de petitesse ni d'inégalité du pouls; le gonflement des paupières, les troubles oculaires, l'éclampsie, pourront, dans des circonstances différentes, éclairer le diagnostic dont la base la plus sûre sera l'analyse des urines.

Voilà comment des phénomènes, en apparence semblables, diffèrent par leur origine, et vous comprenez combien il est essentiel d'arriver au diagnostic de cette origine, puisque c'est sur elle seule que reposent un pronostic exact et un traitement efficace.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 janvier 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Troubles de la vision chez les hystériques. — M. Charcot présente une jeune fille hystérique, chez laquelle il démontre expérimentalement l'existence des phénomènes dont il a parlé dans la dernière séance. Cette jeune fille est hémianesthésique du côté droit et présente dans l'œil droit les phénomènes de dyschromatopsie dont M. Charcot a parlé dans sa dernière communication. Sous l'influence de l'application d'une plaque d'or, ces phénomènes disparaissent et la malade recouvre successivement les couleurs qui lui manquaient, et qu'elle retrouve suivant l'ordre indiqué par M. Charcot dans la dernière séance. (Voy. n° 9 du 22 janvier 1878 de la *Gazette des hôpitaux*).

M. Regnard a fait chez les hystériques une série d'expériences relatives à la perception des couleurs simples et des couleurs composées.

Étant donnée, par exemple, une hystérique qui voit le rouge et ne voit pas le vert, si on lui présente un disque formé de rayons rouges et de rayons verts, elle nomme bien le rouge, mais dit que le vert est blanc. Si on fait rapidement tourner ce disque, de façon que les deux couleurs complémentaires l'une de l'autre forment la couleur composée, qui est le gris, cette hystérique verra cette couleur composée, dont elle ne voit pas l'une des couleurs complémentaires. Il semble donc résulter de cette expérience et d'un grand nombre d'autres analogues qu'a faites M. Regnard, que c'est dans le centre perceptif lui-même et non dans la rétine qu'est le siége de l'achromatopsie.

M. Paul Bert dit qu'il serait intéressant d'examiner ce que devient, dans ces cas, non-seulement le contraste simultané, mais aussi le contraste successif des couleurs, de rechercher ce que donnent les couleurs subjectives, et ce que sont, chez ces malades, les phosphènes colorés, en un mot, d'accumuler les preuves à l'appui de cette opinion, que ce sont là des phénomènes d'origine cérébrale et non d'origine rétinienne.

M. Javal pense qu'avant toutes choses, il y aurait lieu de s'assurer si l'absence de rouge dans la vision de ces malades repose bien sur une négation ou, au contraire, sur une trop grande affirmation, c'est-à-dire de s'assurer si ces malades, voyant tous les objets rouges, n'éliminent pas par ce fait seul cette couleur. Il serait facile, ajoute M. Javal, de nous placer nous-mêmes dans les conditions où se trouvent ces malades, en nous mettant sur les yeux des verres colorés. Si nous parvenions à constater ainsi les mêmes phénomènes en nous mettant artificiellement dans les mêmes conditions, il faudrait évidemment en conclure qu'il s'agit là d'une altération rétinienne; si, au contraire, nous n'y parvenions pas, ce serait une preuve non moins évidente qu'il s'agit de phénomènes d'origine cérébrale. Il faudrait, avant tout, suivant M. Javal, faire cette première épreuve éliminatrice.

M. Charcot dit que tout porte à croire que ces phénomènes sont d'origine centrale. La clinique semble le prouver, puisqu'on observe ces mêmes phénomènes chez des malades, non plus hystériques, mais atteints de lésions cérébrales donnant lieu aux mêmes résultats, sans qu'il y ait la moindre altération du côté de la rétine.

Appareil électrique de la torpille. — M. Marey présente le troisième volume relatif aux travaux accomplis dans son laboratoire pendant l'année qui vient de s'écouler. Il appelle particulièrement l'attention sur plusieurs mémoires de M. Franck, mémoires qui, pour la plupart, ont été communiqués à la Société ; puis M. Marey fait une courte analyse de ses expériences personnelles. Ces expériences ont porté sur l'appareil électrique de la torpille; elles ont conduit à ce résultat que les phénomènes de la décharge de la torpille sont analogues à ceux de la contraction musculaire.

Inexcitabilité de certains points du cerveau.—M. Franck présente, au nom de M. Pitres et au sien, les résultats d'expériences sur *l'inexcitabilité du noyau ventriculaire du corps strié et sur l'excitabilité exagérée de la capsule interne.*

1. Quand on localise les excitations à la substance grise du corps strié mis à découvert par l'ablation d'un cube de cerveau, on ne provoque aucun mouvement. Au moment où les électrodes arrivent au contact de la surface de section de la capsule interne, le mouvement survient avec les caractères de brusquerie et de généralisation déjà indiquées. Ce fait a été maintes fois vérifié par MM. Pitres et Franck et est évident sur les tracés qui sont soumis à la Société. Il en résulte que, quand on porte les excitations sur la *région du corps strié*, ce n'est pas le corps strié lui-même qu'on excite si le mouvement se produit, mais bien les fibres blanches qu'il renferme. En effet, en enfonçant progressivement de dedans en dehors dans l'épaisseur du cerveau, les électrodes isolées jusqu'à leur pointe, et en suivant le plancher du ventricule latéral, on constate que l'excitation reste un instant sans effet et que le mouvement survient ensuite tout d'un coup dans tout le corps de l'animal : cette explosion de mouvement coïncide avec l'instant où les électrodes arrivent au contact de la capsule.

2. Quand on compare l'intensité du mouvement produit par l'excitation même légère de la capsule, à la faiblesse relative du mouvement que déterminent des excitations plus fortes appliquées aux faisceaux blancs du centre ovale, on est frappé de l'hyperexcitabilité des fibres blanches au niveau de la capsule. MM. Pitres et Franck proposent d'interpréter le phénomène par l'hypothèse suivante qu'ils chercheront à contrôler et qui repose actuellement sur une expérience assez démonstrative : la partie antérieure de la capsule interne renferme non-seulement des fibres qui proviennent de la zone motrice corticale, mais aussi des fibres fournies par le corps strié et constituant un système surajouté, d'où les mouvements plus violents pour des excitations égales quand on s'adresse à la capsule que quand on excite les faisceaux blancs du centre ovale.

Sur un chien dont le centre moteur cortical, pour le membre antérieur gauche, avait été enlevé depuis six mois, et dont les fibres blanches correspondant à ce centre étaient complétement inexcitables, MM. Franck et Pitres ont déterminé des mouvements dans le membre antérieur gauche en excitant la capsule, c'est-à-dire, sans doute, des fibres saines provenant du corps strié. De nouvelles expériences sur ce point sont en voie d'exécution et seront soumises à la Société.

Influence du repos snr le développement des êtres vivants. — M. ALEXIS HORVATH (de Kieff) fait une communication sur ce sujet. On sait que si l'on injecte des bactéries directement dans les artères des animaux, ces animaux n'éprouvent aucun trouble et que ces bactéries disparaissent. On sait, d'autre part, que les autopsies des animaux tués par les bactéries démontrent que celles-ci siégent principalement dans les vaisseaux lymphatiques et qu'on n'en rencontre jamais dans les grosses artères bien que l'oxygène, si nécessaire à leur développement, se trouve en abondance dans ces gros vaisseaux alors qu'il fait presque complétement défaut dans les vaisseaux lymphatiques. Ayant recherché quelles pouvaient être les causes de ces faits et d'autres faits analogues, M. Horvath a fait cette remarque générale que les êtres vivants, animaux et plantes, ont besoin pour se développer d'un certain repos et que ce repos favorise la multiplication des éléments dont les êtres vivants sont formés.

Dans le but d'éclairer cette question, M. Horvath a entrepris, une série d'expériences et a choisi, pour sujets de ces expériences, les bactéries, en raison de la facilité et de la rapidité avec lesquelles elles se développent, de leur petit volume qui fait que, chez elles, les lésions mécaniques sont réduites au minimum, et de la facilité avec laquelle on peut constater exactement leur multiplicité. Le liquide employé par M. Horvath est le suivant : pour un litre d'eau distillée, 10 grammes de sel neutre de tartrate d'ammoniaque, 5 grammes de sel acide de phosphate de potasse, 5 grammes de sulfate de magnésie et 0,50 centigrammes de chlorure de sodium. Dans ce liquide complétement clair et limpide sont injectées quelques gouttes de liquide contenant des bactéries préalablement développées dans une solution absolument semblable :

Ces expériences entreprises dès l'année 1875, continuées dans le laboratoire du célèbre botaniste, M. Bary, et au Collége de France dans le laboratoire de M. Bernard, ont fourni les résultats suivants: ces bactéries étaient placées dans des tubes de 20 centimètres de long et de 2 centimètres de diamètre, à moitié remplis du liquide ci-dessus désigné, fermés à leurs extrémités, présentant seulement en leur milieu une ouverture de 1 demi millimètre de diamètre. Plusieurs de ces tubes étant placés dans les mêmes conditions de température, de milieu, etc., les uns sont laissés dans un repos absolu, d'autres sont continuellement agités pendant vingt-quatre heures. Dans les premiers les bactéridies se sont développées en grand nombre, comme l'indique le nuage caractéristique ; dans les seconds, le liquide est resté aussi clair et aussi limpide qu'au début de l'expérience. Si ces tubes qui ont été ainsi agités pendant vingt-quatre heures, sont ensuite soumis à un repos absolu, les bactéridies s'y développent. Mais, si, au lieu de les remuer pendant vingt-quatre heures, on les remue pendant quarante-huit heures, elles ne peuvent plus s'y développer, bien que les tubes soient placés toujours dans les mêmes conditions.

On peut donc conclure de ces expériences que, pour les bactéridies, le mouvement retarde ou empêche même leur développement. M. Horvath, d'après ces expériences et d'après les observations nombreuses qu'il a pu faire, est convaincu que c'est là une loi générale commune à tous les êtres vivants.

La séance est levée à six heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier 1878. — Présidence de M. Empis.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORTS

Maladies régnantes. — M. BESNIER, secrétaire général, donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes pour les trois derniers mois de l'année 1877.

La mortalité générale du quatrième trimestre de l'année 1877, dans les hôpitaux et hospices civils, a été supérieure à la mortalité moyenne des trimestres correspondants des cinq années précédentes. De même la mortalité générale de l'année entière a été supérieure à celle de chacune des années précédentes.

A propos de la *diphthérie*, M. Besnier rappelle qu'il a déjà démontré que cette affection, à la manière des autres maladies populaires, était soumise à certaines lois d'évolution qu'elle n'éludait jamais, même au milieu de paroxysmes aussi excessifs que celui que nous observons en ce moment. La diphthérie est essentiellement une maladie d'hiver, comme le typhus. Chaque année elle atteint son hypogée en automne, son paroxysme en hiver et au printemps, pour décliner régulièrement pendant la saison chaude. La mortalité diphthéritique atteint son maximum en hiver et son minimum en été. Cette année, par exemple, la mortalité ayant été pour le premier trimestre de 83 pour 100, n'a plus été que de 79 pour 100 pour le le second, s'est abaissée à 54 pour 100 pour le troisième, et est remontée à 73 pour 100 pour le quatrième. Au point de vue de la thérapeutique, les erreurs d'interprétation causées par la méconnaissance de la marche normale des épidémies sont aussi nombreuses que graves. Ainsi s'expliquent les nombreuses illusions thérapeutiques, les déceptions multipliées causées par l'insuccès ultérieur des médications qui avaient d'abord donné de brillants résultats.

L'épidémie diphthéritique de 1877 est la plus importante, par le nombre et la gravité, dont on puisse retrouver les traces dans les documents authentiques ayant trait à l'épidémiologie parisienne. Son invasion n'a pas été soudaine ; il y a plus de dix ans que M. Besnier signale sans relâche la marche régulièrement croissante de la maladie. Pour ne parler que des dix dernières années, en 1872, il y a eu, à Paris, 1,135 décès diphthéritiques, 1,164 en 1873, 1,008 en 1874, 1,328 en 1875, 1,521 en 1876, 2,393 en 1877, c'est-à-dire que, de 1872 à 1877, la mortalité diphthéritique a plus que doublé à Paris.

La maladie s'est reproduite sur la ville entière, aucun arrondissement, aucun quartier n'en est exempt.

Ayant constaté un assez grand écart entre les divers arrondissements au point de vue de la mortalité diphthéritique, M. Besnier a recherché quelles pouvaient être les causes de cet écart. Sous le rapport de l'altitude, les arrondissements élevés ne jouissant pas, pour la diphthérie, de l'immunité relative qu'ils ont pour la fièvre typhoïde, au lieu des dix-septième, dix-neuvième et vingt-cinquième rangs qu'ils prennent pour cette dernière maladie, ils occupent les deuxième, troisième et septième rangs sur l'échelle de la mortalité diphthéritique. L'action du nombre des habitants et de la densité de la population n'apparaît nulle part manifeste ; l'action de l'indigence est comme toujours plus accentuée. Pour la diphthérie donc, comme pour toutes les autres épidemies, la misère apparaît au premier rang des conditions qui en favorisent le développement. Pour la diphthérie donc, comme pour les autres épidémies, l'amélioration des conditions hygiéniques et sociales doit prendre place au premier rang des préoccupations des véritables philanthropes.

La *variole* a présenté, pendant le quatrième trimestre, un abaissement brusque et insolite de son mouvement de déclinaison annuelle.

La *fièvre typhoïde* a parcouru, pendant l'année 1877, sa courbe régulière et normale.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à l'occasion du rapport de M. Besnier, fait observer qu'il a, en ce moment, dans le service des crèches à Saint-Antoine, sur quinze malades, douze enfants atteints de rougeole, deux femmes atteintes de fièvre puerpérale et un enfant atteint de diphthérie. Tous ces malades sont dans la même salle, sans aucune espèce de séparation. La mortalité des enfants atteints de rougeole est on ne peut plus considérable. Voilà, ajoute M. Beaumetz, les conditions qui nous sont imposées par l'administration de l'Assistance publique. M. Beaumetz ajoute que les deux malades

atteintes de fièvre puerpérale viennent de chez la même sage-femme.

COMMUNICATIONS

Un nouveau signe de la paralysie agitante. — M. DEBOVE lit une note sur un nouveau signe observé chez un malade atteint de paralysie agitante et qui n'est pas mentionné par les auteurs. Ce malade ne pouvant lire, on attribuait cela au tremblement de sa main; on posa alors le livre sur une table et la difficulté restait la même. Avant la fin de chaque ligne, il y avait un temps d'arrêt, et le malade reprenait en empiétant sur la ligne suivante puis en revenant brusquement sur la première ligne. Il y avait là quelque chose d'analogue à ce qu'on a appelé la propulsion et la rétropulsion pendant la marche. Mais le mécanisme n'étant pas le même pour les globes oculaires que pour les membres, M. Debove propose de désigner ce signe par le mot de latéro-pulsion.

Rhumatisme spinal. — M. VALLIN fait une communication sur ce sujet et fournit plusieurs cas de forme anormale du rhumatisme spinal.

M. RENDU, à l'occasion des faits avancés par M. Vallin, dit qu'il ne connaît pas d'hémianesthésie d'origine spinale et serait porté à croire, dans ces cas, plutôt à l'existence d'une lésion cérébrale que d'une lésion unilatérale limitée à la moelle, comme le suppose M. Vallin.

M. VALLIN fait observer que, vu l'absence de délire, de symptômes cérébraux, il y avait de grandes difficultés à expliquer les phénomènes observés, dans ces cas, par l'existence d'une lésion cérébrale.

M. RENDU cite l'exemple des hystériques chez lesquelles, d'après les récents travaux de M. Charcot, on est à peu près d'accord pour admettre l'existence d'une lésion cérébrale, jusqu'ici insaisissable, mais qui n'en existe pas moins.

M. VALLIN n'a donné ces faits que comme des cas d'attente, en faisant des réserves.

M. OLLIVIER pense que les faits de rhumatisme spinal ne sont pas si rares qu'on le croit généralement. Les manifestations cérébrales, dit-il, parlent très-haut; il n'en est pas de même des manifestations spinales qui peuvent souvent passer inaperçues. Depuis 1864, époque à laquelle son attention s'est portée sur ce point, M. Ollivier a eu l'occasion de constater un certain nombre de fois des symptômes spinaux chez les rhumatisants. Il y a là, évidemment, de nouvelles recherches à faire.

Diarrhée catarrhale guérie par le sulfate de quinine à hautes doses. — M. GUYOT rapporte un cas dans lequel il s'agit d'un homme de soixante-six ans qui, depuis plusieurs années, était atteint d'une diarrhée catarrhale contre laquelle avaient échoué tous les moyens employés et sous l'influence de laquelle cet homme dépérissait à vue d'œil. Sur le conseil de M. Potain, M. Guyot lui fit prendre, d'heure en heure, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Sulfate de quinine . .	50 centigrammes.
Sirop de codéine. . .	30 grammes.
Julep gommeux. . . .	100 grammes.

La dose de sulfate de quinine fut progressivement portée à 60, à 70, à 80 centigrammes, puis à un gramme. Sous l'influence de cette médication qui fut continuée pendant longtemps, tous les accidents disparurent et le malade recouvra une santé parfaite. Il ne fut constaté chez lui aucun des accidents inhérents à l'emploi du sulfate de quinine.

Du souffle anémo-spasmodique. — M. CONSTANTIN PAUL donne lecture de la seconde partie de son travail. Dans cette seconde partie, l'auteur étudie le diagnostic différentiel du bruit de souffle anémo-spasmodique. Il examine les maladies dans lesquelles peuvent se rencontrer l'anémie et les affections cardiaques, et les caractères si nets des bruits anémiques permettront, dit-il, de distinguer, parmi ces maladies, celles qui s'accompagnent simplement d'anémie et celles qui se compliquent d'une affection cardiaque.

M. Constantin Paul fait d'abord le diagnostic différentiel entre le bruit de souffle anémo-spasmodique et les bruits dus à l'endocardite. Lorsque, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, on rencontre un bruit de souffle à la base, on se demande si le bruit en question appartient à une anémie ou à une endocardite siégeant à l'orifice de l'aorte ou même à une péricardite. Mais si l'on se rappelle que le bruit anémo-spasmodique a un siége spécial dans le deuxième espace intercostal gauche, près du sternum, et s'accompagne toujours d'un bruit de souffle dans les jugulaires, il devient plus facile de faire le diagnostic. M. Constantin Paul cite plusieurs exemples ; trois cas peuvent se présenter :

1° On ne trouve de bruits de souffle que dans les jugulaires ; il n'est pas douteux qu'il s'agit simplement d'anémie.

2° Il existe un bruit de souffle au niveau de l'artère pulmonaire ; s'il s'agit d'une anémie, on doit retrouver les bruits de souffle des jugulaires ; si, au contraire, il s'agit d'une endocardite ou d'une péricardite, voici ce qu'on trouve : pour la péricardite, les bruits, exactement délimités, donnent un schéma représentant la forme du sommet du péricarde ; pour l'endocardite, le bruit de la base, au lieu d'être dans l'artère pulmonaire, est dans l'aorte, c'est-à-dire à droite et non à gauche du sternum.

3° Il existe trois foyers, l'un dans les jugulaires, le second dans l'artère pulmonaire, le troisième à la pointe du cœur ; si ces bruits apparaissent et disparaissent dans l'ordre où ils apparaissent et disparaissent dans l'anémie, on sera en droit de supposer qu'il ne s'agissait que de bruits anémiques. Dans le cas où l'on trouverait les trois foyers précédents, si le bruit de la pointe persistait alors que les deux foyers supérieurs, c'est-à-dire les bruits des jugulaires et de l'artère pulmonaire auraient disparu, on serait en droit de supposer que le rhumatisme s'est accompagné, d'une part, d'anémie, et, d'autre part, d'endocardite. M. Constantin Paul fait ressortir toute l'importance de ces faits au point de vue du pronostic à porter chez les malades présentant ces bruits de souffle. Il cite un certain nombre d'exemples ; il cite également, en toute franchise, trois observations dans lesquelles il a été impossible de se prononcer exactement sur l'interprétation des bruits que l'on entendait.

Dans d'autres cas de rhumatisme articulaire, il y a, d'une part, des bruits de souffle dans la jugulaire, et d'autre part, un soufle mitral, alors que l'artère pulmonaire ne donne aucun bruit ; dans ces cas, on doit penser que le rhumatisme s'accompagne d'anémie et d'endocardite.

M. Constantin Paul aborde ensuite un autre problème : si le bruit de souffle anémique a sa source dans l'artère pulmonaire, il ne faut pas oublier pour cela que tous les bruits de souffle systoliques que l'on entend au niveau de l'artère pulmonaire, c'est-à-dire dans le deuxième espace intercostal gauche, soient des bruits anémiques. On peut entendre à gauche du sternum des bruits qui siégent dans l'artère pulmonaire, mais qui sont organiques et indiquent par conséquent un état autrement grave.

M. C. Paul rappelle, à cette occasion, le mémoire qu'il a lu en août 1871 et dont nous avons donné l'analyse dans la *Gazette des hôpitaux* de la même année ; dans ce mémoire, l'auteur montrait que l'artère pulmonaire pouvait devenir, comme l'aorte, le siége d'endartérite et de rétrécissement consécutif de son orifice artériel. Or, le diagnostic entre le bruit anémo-spasmodique de l'artère pulmonaire et le bruit organique lié à un rétrécissement de cette artère est possible et même facile en tenant compte des renseignements suivants : l'auscultation du cou révèle, dans l'anémie, le bruit de souffle des jugulaires, tandis que le bruit de rétrécissement de l'artère pulmonaire ne se propage que peu ou point dans ces vaisseaux. En outre, l'examen des symptômes généraux montre, dans un cas, ceux de l'anémie et dans l'autre ceux d'une maladie organique fixe, rebelle à tout traitement, et se terminant habituellement par la phthisie pulmonaire.

Il existe encore d'autres maladies donnant des bruits de souffle systoliques dans le deuxième espace intercostal gauche. M. Duroziez en a observé des exemples, M. C. Paul en cite une observation très-détaillée, suivie d'une discussion approfondie et dans laquelle l'autopsie est venue confirmer son diagnostic, il s'agissait d'une

dégénérescence athéromateuse des parois de l'aorte dont le maximum se trouvait au niveau de l'aorte descendante.

M. C. Paul termine son mémoire par l'étude du diagnostic différentiel des bruits anémo-spasmodiques et des bruits extra-cardiaques. Ces bruits ont entre eux des caractères communs :

1° Le souffle extra-cardiaque se fait entendre dans un point où le poumon se trouve placé au devant du cœur et de l'aorte, et par conséquent aussi de l'artère pulmonaire ;

2° Il a un timbre doux et parfois nettement superficiel ;

3° Il ne se propage pas et s'entend dans un point limité.

4° La suppression des mouvements respiratoires modifie son intensité ;

5° Dans les deux cas, l'intensité du souffle diminue considérablement lorsque le malade passe du décubitus horizontal à la position assise ou debout.

Voici maintenant comment on peut les différencier :

1° Le bruit de souffle anémo-spasmodique de l'artère pulmonaire, s'accompagne toujours d'un bruit de souffle jugulaire ;

2° Quelquefois il est étendu et se propage vers la pointe ;

3° Le bruit de souffle anémo-spasmodique est toujours systolique, tandis que les bruits extra-cardiaques sont tantôt systoliques et tantôt diastoliques ;

4° Jamais le bruit de souffle anémo-spasmodique ne se transforme en bruit saccadé, comme cela arrive pour le bruit extra-cardiaque.

5° Le bruit anémo-spasmodique se montre à toutes les révolutions cardiaques, et on ne voit pas, comme pour le bruit extra-cardiaque, le bruit manquer dans certaines révolutions cardiaques.

6° Le bruit de souffle anémo-spasmodique est beaucoup moins transitoire que le bruit extra-cardiaque, et est moins sujet à disparaître sous l'influence de modifications cardiaques légères.

7° Le bruit de souffle anémo-spasmodique n'est jamais accompagné de râles humides ou sibilants ayant le même rhythme.

La séance est levée à cinq heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

461. Mahot. De la paralysie pseudo-hypertrophique.
462. Cellard. De l'éléphantiasis vulvaire chez les Européennes.
463. San-Martin. Plaies de séreuses traitées par le pansement de Lister.
464. Henry. Considérations sur les fractures et les luxations des cartilages costaux.
465. Tardy. Essai sur les altérations des nerfs crâniens dans la paralysie générale.
466. Chevalier. De l'endocardite rhumatismale chez l'enfant.
467. Le Roux. De la méningite tuberculeuse de l'enfance.
468. Bancel. Contribution à l'étude des maladies du cœur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier dimanche a eu lieu l'assemblée générale de l'association des médecins de la Seine.

M. Béclard a été élu président en remplacement du regretté M. Barth ; MM. Guéneau de Mussy (Noël) et Richet ont été nommés vice-présidents.

— Le *Lyon médical* nous annonce que lundi dernier (21 janvier), la Faculté de médecine de Lyon a procédé, sans apparat, à la réception d'un premier docteur en médecine. M. Chavanis, interne des hôpitaux, a soutenu une thèse sur l'obstruction artérielle consécutive aux traumatismes.

— La « Société contre l'abus du tabac » a reçu 108 mémoires manuscrits pour les prix mis au concours en 1877, dont 14 de l'Angleterre, 1 de la Belgique et 1 de l'Allemagne.

Le résultat du concours sera porté à la connaissance des lauréats le plus tôt possible ; mais les auteurs, pour la plupart médecins ou instituteurs, comprendront qu'il faut plusieurs mois pour que le comité des récompenses examine un nombre si considérable de travaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur l'histologie du système nerveux, par le docteur L. Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collége de France. — Paris, 1878, 2 volumes grand in-8° avec figures dans le texte et 12 planches chromolithographiées. Prix : 25 francs. — F. Savy.

Manuel de pathologie générale et de diagnostic, par le docteur Léon Moynac (de Bayonne), ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien professeur libre de pathologie et de clinique. — 1 vol. in-12 de 759 pages avec figures dans le texte. Prix : 8 francs. — H. Lauwereyns.

Le Vin dans la Sologne considéré comme prophylactique puissant des fièvres telluriques. Lettres médicales par le docteur Édouard Burdel (de Vierzon), membre correspondant de l'Académie. — Grand in-8° de 40 pages. Prix : 1 fr. 50. — G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 13. — JEUDI 31 JANVIER 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 31 JANVIER 1878. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Comme on s'y attendait la semaine dernière, après le discours si substantiel et si concluant de M. Richet, la discussion n'a pu se prolonger sur le mémoire de M. Verneuil qu'en changeant d'objectif principal.

En effet, que restait-il à dire sur le manuel opératoire préconisé par M. Verneuil, pour la désarticulation de la hanche considérée en particulier? M. Richet n'avait-il pas montré tout ce qu'il y avait d'excessif dans ce luxe de précautions qui n'étaient pas indispensables et qui, gênant l'opération, étaient loin d'assurer un meilleur résultat?

Mais sur la question du pansement des plaies en général, l'accord devait être bien plus difficile à établir entre chirurgiens qui se sont fait chacun, depuis longtemps, sur ce point, une opinion propre.

On ne s'entend pas même pleinement sur les termes dans lesquels cette question doit être posée.

Tandis que, pour les uns, la distinction fondamentale doit être cherchée dans l'affrontement plus ou moins exact ou tout à fait nul des surfaces saignantes, d'autres la placent, au contraire, dans l'usage ou le non-usage de substances antiseptiques.

Le point de vue des premiers est tout chirurgical et opératoire, pour ainsi dire : ils s'inquiètent surtout de savoir si la plaie sera ouverte ou fermée.

Le point de vue des derniers est tout physiologique et *microcosmique,* si je puis m'exprimer ainsi : ils se préoccupent, avant tout, de ce que l'atmosphère peut apporter en fait de germes invisibles, des milieux dans lequel se trouveront ces germes et qui peuvent s'opposer à leur évolution. Ceux-ci n'ont point encore pris une part active à la discussion, mais il est probable qu'ils vont le faire dans les séances prochaines.

Dans celle d'aujourd'hui, M. Trélat, qui, pour la première fois, montait à la tribune de l'Académie de médecine, a combattu l'idée des plaies maintenues ouvertes, phéniquées ou non phéniquées, dans un discours, improvisé presque sans notes, mais qui n'en était pas moins clair, moins bien coordonné ni moins élégant.

M. Trélat a toutes les qualités d'un bon orateur académique. Il n'oublie pas que son auditoire est, en majorité, composé de savants, qui n'ont jamais fait leur spécialité de la chirurgie et qui, pour être intéressés, ont besoin que l'on vulgarise, à leur profit, les termes, les données et les démonstrations techniques. Il sait réveiller l'attention par un mot qui porte, par une critique incisive, par un néologisme heureux. Enfin, il a l'art de conclure sans paraître se répéter.

Il s'est attaché à établir qu'en ce moment un courant d'opinion irrésistible ramène tous les chirurgiens, l'un après l'autre, à la méthode, si logique, de la réunion immédiate des plaies, et il a terminé en exprimant l'espoir de voir, avant peu de temps, M. Verneuil lui-même, converti à son tour, adopter la pratique qu'il combat maintenant.

M. Verneuil n'a pas voulu rester un seul jour sous le coup de cette péroraison habile, et, bien qu'il fût déjà cinq heures, il a tenu à prendre la parole aussitôt.

Il a dit que M. Trélat avait déplacé la question en parlant du pansement dans les amputations en général, au lieu de s'en tenir à la désarticulation de la hanche. C'est pour cette opération seulement que M. Verneuil se déclare aujourd'hui partisan exclusif du pansement ouvert, réservant, d'ailleurs, son opinion pour ce qui concerne les autres.

Si le débat devait être restreint entre ces étroites limites, la discussion serait terminée.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Altération du foie se rapprochant de la cirrhose atrophique par les symptômes présentés par la malade, mais en différant par les lésions anatomiques et les signes fournis par l'examen des urines.

Nous allons faire devant vous l'autopsie d'une malade qui est restée longtemps dans nos salles, que vous avez pu étudier à loisir et dont l'observation est assez intéressante pour que je n'aie pu résister au désir de rapprocher aujourd'hui les lésions que nous allons trouver des différents symptômes que nous avions observés pendant la vie, bien que, depuis quelque temps, la plupart de mes leçons aient été presque exclusivement consacrées à l'anatomie pathologique.

Voici, en quelques mots, l'histoire de cette femme, dont

l'observation est, je le répète, d'autant plus digne d'intérêt que, chez elle, le diagnostic ne s'imposait pas d'une manière absolue.

Cette malade, qui était couchée au nº 16 de notre salle Sainte-Anne, est entrée à deux reprises différentes dans mon service. C'est en août 1876 que nous l'avons observée pour la première fois. Elle présentait alors un ictère très-caractérisé et se plaignait de douleurs hépatiques très-vives. Ces phénomènes coïncidaient avec un gonflement assez notable du foie, notamment du lobe gauche de cet organe.

On remarquait, en outre, que les battements du cœur au lieu de se faire sentir, comme cela a lieu normalement, dans la région correspondant à la quatrième et à la cinquième côte, se faisaient entendre dans les deuxième et troisième espaces intercostaux, de telle sorte que nous nous étions demandé si nous avions affaire à une disposition congénitale, ou bien si ce refoulement du cœur par en haut n'était pas le résultat de l'augmentation de volume du foie.

Cette femme resta pendant quelques semaines dans nos salles, et, en raison des douleurs assez vives qu'elle éprouvait, de l'augmentation de volume du foie et de l'ictère, nous avions diagnostiqué l'existence d'un calcul biliaire ayant déterminé une rétention de la bile. Elle fut soumise à un traitement par les alcalins, et après quelques jours, l'ictère ayant disparu, le foie étant à peu près revenu à son volume normal, à l'exception du lobe gauche, qui continua à rester un peu gros, la malade put quitter l'hôpital dans un état à peu près satisfaisant et reprendre ses occupations.

Mais, après plusieurs mois d'une santé bonne, elle commença à maigrir et à éprouver, du côté du tube digestif, des troubles notables, tels que l'inappétence, un sentiment de pesanteur pendant la digestion, des vomissements et surtout une diarrhée abondante, persistante, caractérisée chaque jour par cinq ou six garde-robes liquides. Ces symptômes décidèrent la malade à se représenter de nouveau à l'hôpital, où elle entra au mois de novembre dernier.

A ce moment, ce qui, au premier abord, attirait l'attention, c'était une maigreur excessive des parties supérieures du corps, de la figure, des bras, du thorax, tandis que les membres inférieurs et le ventre étaient le siége d'une augmentation de volume considérable. Ce phénomène était évidemment le résultat d'une hydropisie. En effet, il était facile de constater que la peau des jambes et des cuisses était soulevée par de la sérosité, et que le ventre lui-même était le siége d'une ascite manifestement indiquée par la sensation de fluctuation que l'on obtenait à la percussion, ainsi que par le déplacement de la matité, suivant les positions que l'on faisait prendre à la malade.

De plus, cette femme présentait sur la paroi antérieure de l'abdomen, des veines très-dilatées, phénomène que l'on voit le plus ordinairement survenir lorsque, la circulation de la veine porte ou de la veine cave inférieure étant entravée, les veines collatérales, et particulièrement celles de la paroi abdominale, sont chargées de suppléer à l'insuffisance des troncs veineux profonds.

Quant à la coloration jaune que nous avions constatée lors du précédent séjour de la malade à l'hôpital, elle avait complétement disparu et fait place à une teinte terreuse très-accentuée. De son côté, le foie, naguère augmenté de volume, s'était considérablement rapetissé, surtout à droite, car à gauche on constatait toujours un certain sentiment de résistance qui semblait indiquer que, de ce côté, cet organe avait conservé un volume à peu près normal.

Les urines, qui ont été examinées avec soin, ne présentaient à la simple inspection, rien de particulier. Elles étaient peu abondantes, mais claires, transparentes et n'offraient pas surtout cette coloration rouge qui caractérise certaines affections du foie et notamment la cirrhose.

L'analyse chimique ne laissait également voir aucune des modifications que l'on rencontre habituellement dans la cirrhose atrophique. Ce qu'on constatait, en effet, c'était une diminution assez notable des sels organiques et des matériaux solubles de l'urine, et une diminution considérable de l'urée qui, au lieu de 12 à 16 grammes, représentent à l'état normal la quantité d'urée produite dans les vingt-quatre heures, était descendue à 3gr80. D'autre part, on remarquait une augmentation très-grande de l'acide urique, dont la proportion était presque triplée et qui, de 40 à 50 centigrammes, chiffre habituel, s'élevait à 1gr50; une augmentation relative des matières extractives azotées de l'urine; enfin, une proportion également accrue d'uro-hématine, d'indicante et des peptoses; toutes modifications indiquant un trouble profond de la nutrition.

Dans la cirrhose normale, rien de semblable. En effet, les matériaux solubles de l'urine, au lieu de s'élever comme c'était le cas chez notre malade, à 42 grammes, ne dépassent pas, dans cette affection, 30 à 40 grammes dans les vingt-quatre heures; la quantité d'urée est également moindre et varie de 3 grammes à 10 grammes. De son côté, l'uroérythine qui était nulle chez cette femme, est notablement augmentée; enfin, la proportion d'acide urique et d'uro-hématine est ordinairement normale.

Nous ne trouvions donc pas là les caractères que présente ordinairement l'urine des cirrhotiques, et cependant nous avions tous les symptômes que l'on rencontre chez les individus atteints de cirrhose atrophique; l'hydropisie qui, au dire même de la malade, avait commencé par le ventre, pour, de là, envahir les membres inférieurs; les troubles de la digestion qui avaient marqué l'entrée en scène de la maladie; la dilatation des veines préabdominales; la diminution de volume du foie; enfin, l'altération profonde de la nutrition, marquée surtout par cet amaigrissement poussé jusqu'à la limite la plus extrême.

En un mot, nous avions tous les phénomènes de la cirrhose hépatique, moins les caractères des urines.

En présence de ce désaccord profond entre les signes fournis par l'examen de la malade et l'analyse chimique du produit de la sécrétion urinaire, je ne pouvais croire à l'existence de la cirrhose, et je m'étais borné à diagnostiquer une altération bien positive du foie, à laquelle il fallait évidemment rattacher tous les troubles secondaires survenus dans l'état de la malade. Mais de quelle nature était cette altération? Était-ce un cancer? Je ne le pensai pas. Dans cette maladie, en effet, le foie, au lieu d'être diminué de volume, est plus développé que d'habitude, et d'ailleurs, nous n'avions aucun des symptômes propres au cancer de cet organe.

Telle était mon hésitation quand, le 6 janvier, cette femme a fini par succomber. Voyons maintenant ce que l'autopsie va nous révéler.

Autopsie. — Le foie présente une surface bosselée, inégale; il est notablement diminué de volume, à l'exception pourtant du lobe gauche, qui ne paraît pas sensiblement diminué. A la coupe, on ne trouve aucun des caractères de la cirrhose atrophique classique : ni inégalités, ni saillies, ni coloration jaune du parenchyme hépatique. Cependant le lobe gauche paraît un peu induré; il est parcouru, à la coupe, par quel-

ques petits tractus fibreux qui indiquent un certain degré de développement du tissu conjonctif.

La rate est considérablement tuméfiée, comme dans tous les cas où le foie remplit mal ses fonctions.

Rien du côté des reins. Les poumons présentent au sommet quelques petits foyers caséeux.

Quant au cœur, il ne présente rien de particulier, et sa situation anormale semble plutôt être une disposition congénitale que le résultat du refoulement de cet organe par le foie.

Telles sont les lésions que l'autopsie fait voir et qui montrent bien que j'avais raison de ne pas admettre d'une manière absolue, la cirrhose classique, telle qu'on la rencontre habituellement. C'est donc un nouveau fait à joindre à ceux, déjà si nombreux, qui existent dans l'histoire des maladies du foie, histoire encore obscure, mais que, je n'en doute pas, on parviendra un jour à élucider tout à fait.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Broca.

I. Anévrysme de la crosse de l'aorte traité par l'application du collodion. — II. Production rapide des eschares au sacrum chez les alcooliques.

I. Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'un mode de traitement que vous m'avez vu employer tout récemment chez une malade de notre service.

Il s'agissait d'une femme de cinquante ans environ, chez laquelle on constatait facilement l'existence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte faisant saillie au niveau du sternum, avec pulsations et bruits de souffle bien manifestes.

Sans pour cela employer un régime débilitant, nous avons fait mettre cette malade à un régime très-modéré et tenir au repos absolu; puis espérant, en repoussant légèrement la fibrine dans le sac, la faire ainsi servir de noyau à de nouvelles couches fibrineuses, nous avons fait appliquer sur la tumeur du collodion ordinaire, non élastique, et par conséquent rétractile, qui pût la comprimer et la faire rentrer dans la cage thoracique. Le lendemain matin, en effet, la tumeur était réduite des deux tiers. La malade avait été gênée au début, mais cette sensation de malaise n'a pas continué. Le surlendemain, il n'y avait plus de bruits de souffle; les battements avaient diminué considérablement; le pouls, égal des deux côtés jusque-là, quoique très-faible, était moins déformé à gauche qu'à droite, où il était presque insensible. Néanmoins, les deux pouls sont redevenus égaux un peu plus tard.

En raison de ces phénomènes, on peut supposer que la tumeur siége sur la paroi antérieure de la crosse, au niveau du tronc brachio-céphalique; avant l'application du collodion, le pouls étant très-faible des deux côtés à cause de l'interposition dans le courant sanguin d'une vaste poche de dérivation; puis le collodion, en repoussant la tumeur, a déterminé la compression du tronc brachio-céphalique, et, par suite, l'affaiblissement notable du pouls droit; enfin, des caillots s'étant formés dans la tumeur, et ceux-ci s'étant rétractés, ce vaisseau est redevenu perméable et la disparition de la poche a rendu au pouls toute sa force des deux côtés. On peut donc considérer cette femme comme étant en voie de guérison. Elle a voulu malheureusement quitter l'hôpital.

Ce n'est pas la première fois qu'on emploie le collodion dans les cas de ce genre. M. Lelong s'est servi avec succès du collodion élastique dans un cas d'anévrysme de l'aorte pour former une cuirasse qui s'opposât à l'extension de la tumeur. Mais dans ce cas, le but que se proposait M. Lelong n'était pas le même que celui que nous poursuivions ici.

II. Un autre malade, sur lequel je désire également appeler votre attention, est ce charretier, qui est entré dans le service il y a quelques jours. Cet homme, qui est alcoolique, présentait une plaie de l'articulation du genou, produite par une roue de voiture. Dès son entrée, le genou avait été enveloppé dans un appareil ouaté, et les choses allaient assez bien, lorsque, le troisième jour après son arrivée à l'hôpital, le malade fut pris de *delirium tremens*. Trente-six heures plus tard, on constata un état œdémateux et phlegmoneux de la cuisse au-dessus de l'appareil ouaté. Si ce malade n'avait pas été en proie au délire, nous aurions sans doute défait l'appareil pour voir dans quel état se trouvaient les parties malades, et rechercher si l'amputation du membre n'était pas indiquée. Mais comme cette opération eût été impraticable dans l'état d'agitation extrême où se trouvait le malade, nous avons préféré maintenir l'appareil en place.

Les jours suivants, le gonflement diminua et l'état local parut s'améliorer considérablement; on administra du vin et de l'opium, et sous l'influence de cette médication, le délire cessa.

Mais malgré cette amélioration, le douzième jour, un frisson se déclara, et depuis ce moment, nous avons lieu de craindre l'infection purulente, bien que, jusqu'à présent, le malade n'en présente aucun signe certain.

Un autre fait remarquable dans l'histoire de cet homme et sur lequel je tiens à appeler toute votre attention, c'est le développement rapide d'une eschare au sacrum. Le huitième jour, en effet, on voyait à ce niveau une eschare assez large qui s'était produite sous la seule influence de la pression du poids du corps, sans qu'il y ait eu une action irritante des matières fécales ou des urines.

Ce fait, extrêmement intéressant, est propre aux alcooliques. Il est incontestablement lié à leur état d'intoxication, car, dans aucune maladie, sauf dans certaines affections de la moelle, on n'observe la mortification aussi rapide des téguments sous l'influence de la seule cause que je viens de vous signaler. De là ce précepte que je ne saurais trop vous recommander, de surveiller toujours attentivement à ce point de vue les gens soupçonnés d'alcoolisme quand ils sont forcés de garder le repos prolongé dans le décubitus dorsal.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

La myocardite palustre et la myocardite puerpérale (1)

(Leçons recueillies par le docteur Garcin, chef de clinique).

VII.

Dans le pronostic de la myocardite paludéenne, deux caractères nous frappent : sa gravité, si nous jetons sur elle un regard d'ensemble ; les différences que cette gravité présente, si nous faisons de ces divers cas un examen particulier.

Sa gravité tient à trois circonstances principales : 1° à l'action pathogénique réciproque de l'affection cardiaque et de la cachexie ; 2° à la difficulté que les fibres altérées éprou-

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 janvier.

vent à reconquérir leur structure normale; 3° aux accidents qu'elle peut provoquer.

L'affection cardiaque dans l'impaludisme est à la fois effet et cause de cachexie. Quand l'organisme dépérit, le cœur se détériore; quand le cœur est affecté, la circulation languissante devient impropre à une nutrition réparatrice. Nous dirons cependant de la myocardite palustre que sa signification est plus grave comme effet, que son importance, considérable comme cause.

L'altération des fibres du cœur dans cette affection, rétrograde avec lenteur et guérit avec difficulté. C'est un fait que, en forçant un peu la note, Albenois a justement mis en lumière. La myocardite de la cachexie paludéenne diffère sous ce rapport des myocardites pyrétiques en général. Dans une fièvre aiguë, le cœur surpris reprend ses forces; dans une cachexie chronique, le cœur épuisé ne les retrouve pas.

Les accidents subits qui pèsent comme une menace sur le pronostic, sont la syncope, ici très-rare, et la rupture du cœur, encore plus rare, heureusement.

Malgré toutes ces circonstances aggravantes, je ne voudrais pas que vous vous fissiez de la myocardite palustre une idée par trop terrible. Si elle ne peut être innocente, elle est bien rarement meurtrière. Quand un malheureux paludéen a été jeté dans un état de marasme qui parfois aboutit à la mort, au banc des accusés, elle doit comparaître comme complice. Dans l'échelle des troubles cardiaques de l'impaludisme, elle trouve, au point de vue de la gravité, sa place entre les simples palpitations anémiques et les névroses graves de l'intoxication pernicieuse, dont la fièvre pernicieuse syncopale de Rivière et de Forti est le type le plus commun et le plus redoutable à la fois.

Les différences de gravité que présentent les divers cas de myocardite palustre, tiennent à deux ordres de causes : les troubles locaux, c'est-à-dire circulatoires, d'une part; les troubles généraux, de l'autre.

Parmi les troubles circulatoires, je vous signalerai, comme ayant une certaine valeur pronostique :

La diminution très-grande des deux bruits normaux : du premier, à la pointe, c'est un peu la règle; mais du second, au-dessus du mamelon, c'est la preuve que la dégénérescence l'emporte sur la dilatation. La faiblesse du bruit normal a beaucoup plus de valeur pronostique que la force du bruit anormal, car celle-ci peut témoigner de l'énergie contractile du ventricule gauche.

La faiblesse d'impulsion : elle sert pour le pronostic comme pour le diagnostic; il y a ici une erreur d'appréciation à éviter quand la pointe bat contre la côte et non dans l'espace intercostal.

L'abaissement considérable de la pointe, dans le sixième espace intercostal ou vers la septième côte; ce signe acquiert plus de valeur quand ce cœur présente, avec cette augmentation de volume, une diminution sensible dans son impulsion.

Le pouls petit, faible, inégal, irrégulier, surtout avec un cœur volumineux, la ligne d'ascension du tracé sphygmographique courte et inclinée : c'est la preuve que le cœur manque d'énergie contractile, et, par conséquent, de fibres saines.

Parmi les troubles généraux, dont il faut se méfier d'autant plus que l'intoxication a été plus longue, tous ceux qui indiquent une altération du sang ou une dégénérescence des viscères doivent peser sur le pronostic de la myocardite autant que les signes qui proviennent directement de la myocardite elle-même, car on ne peut compter sur une amélioration sérieuse dans un état local quand l'état général reste grave. Si l'on constate une dégénérescence amyloïde des viscères de l'abdomen, la myocardite sera incurable comme l'impaludisme lui-même.

Avec quelques différences dans les nuances, le pronostic de la myocardite puerpérale présente un aspect semblable et soulève des questions analogues.

Elle est, elle aussi, effet et cause et plus effet que cause. Elle ne provient plus, il est vrai, d'une cachexie que des circonstances extérieures ont fait naître, mais elle témoigne de dispositions fâcheuses, d'une faiblesse radicale dans la constitution même du sujet. Elle porte le cachet d'un organisme impuissant.

Mais cet organisme qui ne pouvait nourrir deux êtres peut encore suffire à en nourrir un seul. Tandis que dans l'impaludisme le miasme a, en quelque sorte, établi domicile dans le malade et ne le quitte qu'à la longue; dans l'état puerpéral, l'enfant est, par l'accouchement, brusquement séparé de sa mère et avec lui s'éloigne la cause accidentelle du mal. Privée du concours de la cause accidentelle, la prédisposition individuelle ne suffit plus pour entretenir l'état morbide, aussi la myocardite puerpérale éprouve-t-elle beaucoup moins de difficulté à guérir que la myocardite paludéenne. Il est bien rare qu'elle persiste au-delà de quarante jours.

Mais à côté de cette curabilité plus grande, la myocardite puerpérale présente aussi des dangers plus redoutables. Les accidents subits prennent ici une importance exceptionnelle. Il y a des cas rares de rupture du cœur, tels que ceux qui ont été observés par Danyac, Spiegelberg, Mac-Nichol, Mac-Cratock et Simpson. Il y a des cas de syncope mortelle, et ils sont nombreux, puisque Maurice Coste, à lui seul, a pu en recueillir six observations. La mort subite survient quelquefois après l'accouchement, et si Coste n'a pas complétement démontré que, par l'intermédiaire de la syncope, la myocardite en est la cause la plus commune, il a au moins réussi à prouver qu'elle en est une cause importante et qui mérite d'être prise en très-sérieuse considération.

En évitant l'ignorance et le scepticisme qui peuvent faire méconnaître cette influence, je ne voudrais pas vous voir entraînés par l'enthousiasme qui porte à l'exagérer. Sachez donc d'un côté, ainsi que je vous en ai cité un exemple, que la syncope qui survient dans la myocardite puerpérale n'est pas fatalement mortelle; d'autre part, qu'un certain nombre d'autres causes peuvent également, chez la femme en couche, produire la mort subite. Depuis le premier travail de Ramsbotham, qui a paru en 1814, l'épuisement nerveux par émotion morale ou par hémorrhagie et l'obstruction pulmonaire par embolie, ainsi que j'en ai observé un exemple où le caillot oblitérateur provenait d'une varice, telles sont, au milieu d'une foule d'hypothèses, les deux causes importantes de cet accident terrible qui ont été réellement démontrées et qui peuvent réellement disputer à la myocardite, le premier rang, comme action pathogénique.

Il faut tenir compte ici, pour le pronostic, des mêmes symptômes généraux que dans la myocardite paludéenne. Remarquez surtout la fréquence et l'importance que, dans la myocardite puerpérale, acquièrent la petitesse et les irrégularités du pouls.

Enfin l'état puerpéral se présente dans trois conditions, ou, si vous le voulez, trois périodes différentes qui influent sur le pronostic de la myocardite :

Avant l'accouchement, la myocardite se développe, mais les accidents sont assez rares pour que je n'en connaisse pas

d'exemple; il m'a semblé seulement que le travail est alors plus prolongé, parce que les douleurs sont plus courtes; on dirait que l'organisme a conscience de l'impuissance où se trouve le cœur de soutenir l'effort, et s'arrête pour ne pas le produire.

Au moment de la délivrance, quand arrivent les hémorrhagies qui la précèdent ou la suivent, il semblerait *à priori* que la syncope à laquelle prédispose l'affection cardiaque fût plus particulièrement à craindre; pas plus que les observations de Coste, nos propres observations ne justifient cette crainte qui ne s'est réalisée, sous mes yeux, qu'une seule fois; mais il faudrait, pour la bannir, des faits nombreux et complets.

Enfin, après l'accouchement et la délivrance, les inflammations puerpérales, qui produisent certaines myocardites, contribuent à les aggraver toutes. Nous avons vu cependant que leur action n'est pas nécessaire, puisque sur six cas de myocardite avec mort subite, consignés dans la thèse de Coste, il n'y a eu que trois cas de péritonite.

Ainsi donc, comme causes aggravantes dans le pronostic de la myocardite puerpérale, nous notons : pendant le travail, les douleurs, dont l'influence est problématique ; à la délivrance, les hémorrhagies, dont l'action sur les syncopes se comprend actuellement mieux qu'elle ne se démontre; enfin, après la délivrance, les inflammations, dont l'action puissante n'est cependant pas nécessaire.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

VI

Ce que nous savons des anévrysmes de la fémorale profonde, nous autorise donc à les considérer comme une affection d'un diagnostic souvent difficile, mais qui, dans des circonstances favorables, peut être et a dû être parfaitement distinguée du cancer d'un côté et de l'autre d'une affection de la fémorale elle-même.

Quant au traitement, il est clair, d'après les deux observations de M. Erichsen et du docteur Watson, que les anévrysmes de la profonde sont favorablement placés pour le succès de la compression : si celle-ci échoue, c'est à la sagacité du chirurgien de choisir entre la ligature de la fémorale primitive ou de l'iliaque externe.

Dans les anévrysmes traumatiques, cependant, si le sac semble être incomplétement formé, ou s'il y a quelque raison de soupçonner une communication veineuse, il serait mieux, je crois, de recourir à l'opération ancienne.

Le docteur Gayet, de Lyon, décrit (dans la *Gazette hebd.* de 1864, nº 11), un cas intéressant dans lequel on diagnostiqua, pendant la vie, la nature artério-veineuse de la tumeur, seulement on crut que c'étaient les vaisseaux fémoraux qui étaient affectés. Après une expectation prolongée, la plaie commença à donner issue à du sang et à du pus et il devint nécessaire d'agir. On lia l'iliaque externe et le bruit ne reparut pas pendant le temps que le malade continua à vivre, mais il mourut d'épuisement par suite de la suppuration de la tumeur, à laquelle on avait laissé prendre un développement considérable. Il me semble résulter clairement de l'observation, que la seule chance de vie pour ce malade, était d'inciser en premier lieu et de lier le vaisseau ou les vaisseaux lésés.

Dans cette circonstance, la communication avec la veine était ouverte et quand il en est ainsi, je crois que l'opération de Hunter est contre-indiquée. Lorsque, comme dans la préparation de M. Beaumont, la veine est complétement oblitérée au-dessus et au-dessous de la tumeur, on n'a plus les mêmes raisons de la repousser.

L'anévrysme spontané peut quelquefois, mais rarement, affecter les branches de la fémorale. Dans le *Bull. de la soc. de chir.*, VI. 1856, p. 415, M. Letenneur, de Nantes, décrit un anévrysme d'une branche de la fémorale, qu'il appelle la grande musculaire externe et qui est, je crois, la circonflexe externe. Le diagnostic de l'anévrysme était difficile, les pulsations et le bruit étant fort obscurs. Mais ils étaient tous deux perceptibles. La tumeur était très-mobile et pouvait être complétement isolée de la fémorale. Cependant la compression du tronc fémoral faisait cesser le bruit; on obtenait le même résultat en comprimant une artère qui se rendait de haut en bas dans la tumeur et qui pouvait être suivie jusqu'au pli de l'aine, au niveau de l'origine de la fémorale primitive et qui ne pouvait être que la circonflexe externe. On décida de lier cette artère. On fit une incision de trois pouces de longueur environ, le long du bord interne du muscle droit; on refoula le bord interne du couturier (Sartorius) et on incisa l'aponévrose sur une sonde cannelée: l'artère et sa veine satellite furent exposées et on lia la première. Le bruit cessa et la tumeur diminua; mais tous les symptômes reparurent bientôt et on aperçut alors un gros vaisseau qu'on avait vu pendant l'opération, longeant le bord du muscle droit. La fémorale primitive fut liée. Cette opération fut suivie d'une hémorrhagie secondaire pour laquelle on lia l'iliaque externe. Tout se passa bien d'abord et l'on put croire à une guérison complète, mais l'anévrysme revint bientôt à son état primitif. Le malade montra alors des symptômes de phthisie. On lui proposa de pratiquer l'opération ancienne, mais il refusa et il mourut un an environ après la ligature de l'iliaque externe. On ne fit pas l'autopsie. Dans un cas analogue, l'opération ancienne serait préférable et serait beaucoup plus facile, la fémorale étant comprimée dans l'aine.

Quant aux anévrysmes traumatiques des branches secondaires de l'iliaque externe ou de la fémorale, l'exemple le mieux connu est celui de ce malheureux officier qui fut opéré par Liston. Ce grand chirurgien en a donné l'observation dans le vingt-neuvième volume des *Medico-chirurgical Transactions*. Le blessé était un homme de haute stature, menant une vie dissipée, qui reçut dans l'aine un coup de pistolet dont la balle était entrée en dehors et en dessous du ligament de Poupart, pour ressortir dans le voisinage de l'anneau inguinal externe, sans intéresser le cordon. Une tumeur pulsatile apparut dans l'aine le septième jour et s'accrut rapidement jusqu'au dixième jour. L'iliaque externe fut liée le onzième jour et le malade mourut de péritonite dans l'après-midi du jour suivant. On constata la présence d'un anévrysme traumatique qui s'était formé sur l'une des petites branches de la fémorale, probablement l'une des branches honteuses externes, laquelle avait été divisée à un pouce environ de son origine, c'est-à-dire du tronc de la fémorale.

Dans son article, M. Liston cherche à prouver que la meilleure marche à suivre dans un cas d'anévrysme traumatique, ou anévrysme faux, comme il l'appelle, d'une branche de la fémorale, est de lier l'iliaque externe. Il cherche à en faire

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 janvier.

une proposition générale, et son raisonnement s'appuie sur des faits dans lesquels on a lié l'humérale avec succès pour des blessures de l'arcade palmaire, et dans lesquels on avait inutilement employé d'autres méthodes de traitement, sur des faits de ligature de l'iliaque externe, suivie de succès pour des ulcérations dans l'aine, de ligature de la fémorale pour hémorrhagie secondaire après amputation, et ainsi de suite. On pourrait répondre à cela : 1° que cette pratique serait légitimée, si le même raisonnement était applicable à toutes les blessures d'artères ; 2° qu'on ne lie l'humérale dans les blessures de l'arcade palmaire que parce que cette artère est elle-même difficile à lier, et que la circulation est trop active et les anastomoses trop nombreuses pour qu'on puisse ordinairement espérer réussir par la ligature des artères de l'avant-bras. Cette dernière considération n'est pas le moins du monde applicable à l'abdomen ; 3° que, dans le cas d'hémorrhagie par le moignon, de bubons, gangrènes, etc., l'artère n'est liée que comme pis-aller et parce que les vaisseaux qui fournissent le sang ne peuvent être trouvés dans des tissus altérés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 janvier 1878. — Présidence de M. Baillarger.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique adresse un exemplaire des *Dictionnaires topographiques de la France,* tome I à XIV, pour la bibliothèque de l'Académie de médecine.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend un mémoire sur la question mise au concours par l'Académie de médecine pour l'année 1878 : *de l'assistance des enfants abandonnés du premier âge et, en particulier, de l'institution des tours.*

PRÉSENTATIONS

M. Verneuil présente au nom de l'auteur, M. Oré, de Bordeaux, un travail intitulé : *Du redressement et de l'immobilisation continue et intermittente dans le traitement des maladies chroniques des articulations* (comm. : MM. Verneuil et Panas).

M. Vulpian présente, au nom de l'auteur, M. Le Testut, de Bordeaux, un mémoire manuscrit sur un poison d'épreuves du Gabon, nommé le M'Boundou (comm. : MM. Chatin et Gubler).

M. Lancereaux présente, au nom de M. Leard, pharmacien, un appareil aspirateur dans lequel tous les robinets sont remplacés par des soupapes en caoutchouc, renfermées dans un cylindre en verre, qui en laisse voir le fonctionnement.

Le vide ne se fait pas à l'avance, mais au fur à mesure du besoin, ce qui évite toute aspiration brusque et violente. L'aspiration se fait au moyen d'une boule en caoutchouc : deux de ces boules sont attachées à l'appareil, l'une, d'une force moyenne, pour les liquides séreux, l'autre, très-forte, pour les liquides purulents.

Le même appareil peut servir pour injection et si, dans une ponction, on vient de vider une collection purulente, on peut immédiatement, sans déranger la canule, laver la cavité ponctionnée. Il suffit pour cela d'introduire le liquide destiné au lavage dans une bouteille, et d'ajouter un tube, qui plonge au fond du liquide, en changeant la direction de la boule.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉSARTICULATION DE LA HANCHE.

M. Trélat fait d'abord remarquer que la désarticulation de la hanche est une opération relativement très-rare. Il est beaucoup de chirurgiens qui ne l'ont jamais pratiquée, et M. Trélat est du nombre. Il ne parlera donc de ce point particulier des questions soulevées par M. Verneuil et du choix du meilleur manuel opératoire que d'une manière toute théorique et sans y insister longuement.

Certainement, l'hémorrhagie est bien le danger le plus pressant, celui qui devient, le plus souvent, la cause de la mort, car, dans une statistique portant sur près de deux cents cas, on a constaté que plus de moitié des individus qui avaient subi la désarticulation de la hanche, avaient succombé dès les premières heures, par suite de ce que les chirurgiens anglais nomment le choc, c'est-à-dire de la perte de sang et de l'anémie opératoire. Mais la mise à nu préalable et la ligature de chaque artère, suivant le procédé, si lent et si compliqué, de M. Verneuil, ne paraît pas, en réalité, plus efficace que des procédés beaucoup plus simples pour empêcher la perte excessive du sang. M. Richet obtenait l'hémostase par l'application de larges éponges à la surface de la plaie ; on peut également l'obtenir à l'aide de pinces hémostatiques, placées sur les vaisseaux sanguins aussitôt qu'en taillant largement ses lambeaux, on se serait trouvé les ouvrir.

Il est vrai que M. Verneuil n'a pas seulement en vue l'hémostase dans le tracé de ses sections ; il a également pour but l'établissement d'une plaie à surfaces étroites pour pouvoir plus facilement en obtenir la cicatrisation à ciel ouvert. Mais cette recherche des pansements à ciel ouvert ne paraît pas non plus avantageuse à M. Trélat.

On discute encore beaucoup la manière de panser les plaies d'amputation. Quelques-uns, comme M. Verneuil, préfèrent les plaie, découvertes. D'autres, au contraire, les plaies fermées. D'autres, enfin, comme M. Richet, recommandent un genre de pansement qu'ils appellent pansement mixte, et qui, suivant eux, tiendrait également de l'un et de l'autre. Mais il semble à M. Trélat que ces derniers se font illusion : en réalité, ce qu'ils font, c'est un pansement fermé, un genre de pansement dans lequel on tente la réunion par première intention. En effet, le pansement fermé, pour être bien fait, exige toujours qu'on ait ménagé une issue pour les liquides qui peuvent se produire. Que cette issue soit plus ou moins large, qu'elle occupe le tiers ou le quart ou le cinquième de la plaie, cela importe peu. Dans tous les cas, on agit d'après le même principe. On réunit la plus grande partie des surfaces cruentées, on les rapproche, on les met en contact ; et on espère que leur accolement se produira, limitant ainsi la suppuration et diminuant d'autant le travail de la cicatrisation secondaire. M. Richet est donc maintenant, on pourrait dire presque à son insu, le partisan des réunions immédiates. Et il est loin d'être le seul qui se soit ainsi converti.

M. Verneuil a raconté qu'étant l'élève de Lisfranc et l'élève de Denonvilliers, c'est-à-dire d'un chirurgien qui cherchait toujours la réunion immédiate, et d'un autre qui ne la tentait pas, il avait presque dès le début de sa pratique, d'après ce qu'il avait vu, renoncé aux pansements fermés. M. Trélat a eu les mêmes exemples, et l'impression qui lui en est restée est diamétralement opposée à celle qu'accuse M. Verneuil.

Depuis qu'il pratique, il considère la réunion immédiate comme devant être le but final des recherches des chirurgiens. Il faut arriver à l'obtenir par les moyens les plus parfaits possibles, car un simple pansement ouvert vaut certainement beaucoup mieux qu'un pansement fermé mal fait (et cela explique les préférences de M. Verneuil), mais il ne faut point y renoncer trop facilement, car les suites en sont infiniment plus avantageuses pour l'opéré. Non-seulement il guérit plus vite, mais il possède une cicatrice qui se prête bien mieux à l'emploi de tous les appareils prothétiques.

Est-il vrai qu'il paye ces avantages par des dangers plus grands? Ce n'est pas démontré. M. Verneuil, qui, sur quatre opérés, n'en a sauvé qu'un, se figure devoir cette guérison unique à un manuel opératoire particulier et à un mode particulier de pansement.

Mais que signifie une statistique de quatre cas ! M. Richet, dont la statistique porte sur trois cas, dont deux succès complets, pourrait, à ce compte, se vanter d'une supériorité réelle; 66 pour 100, en effet, c'est une moyenne plus élevée que les 25 pour 100 de M. Verneuil. Qu'est-ce que cela prouve ? rien au fond, car il faut de gros chiffres pour échapper aux conclusions erronées qu'inspirent les coïncidences fortuites.

Pour le pansement fermé il faut, pour réussir, que la réunion soit bien faite, c'est-à-dire qu'on ne se borne pas à rattacher les bords de la plaie avec des fils ou des épingles, comme on le faisait autrefois. Le rapprochement doit porter sur toute la hauteur des surfaces saignantes, être aussi complet dans la profondeur que près de la superficie. C'est ce qu'on sait pour aujourd'hui et ce qu'on ignorait naguère. Au fond, c'est là le grand progrès qui est réalisé par les appareils antiseptiques de Lister et de son école, aussi bien que par l'appareil ouaté de M. Guérin.

Depuis le moment où l'on a commencé à pratiquer aussi convenablement la réunion immédiate, on a vu, chaque jour, s'accroître le nombre des partisans de cette méthode; maintenant c'est presque la majorité des chirurgiens de tous les pays. M. Trélat cite notamment, parmi les plus marquants, en Angleterre avec M. Lister, M. Kalender, qui se sert d'un pansement à lui, pansement à l'huile phéniquée; en Allemagne MM. Nüssban (de Munich), Tiersch (de Dresde), Essmarch (de Kiel), Folkmann (de Halle), qui vient d'écrire sur cette question une brochure pour répondre aux critiques que Billroth adressait aux réunions immédiates; en Autriche, Neudörfer (de Vienne), dont le travail *sur le traitement chirurgical des plaies*, a été récemment l'objet d'une analyse dans les *Annales de médecine*; en Danemark, Saxtorf (de Copenhague); enfin, en France, Azam (de Bordeaux), qui, résumant devant l'Académie la pratique des chirurgiens de cette ville, a accusé seulement douze insuccès sur deux cent-deux grandes opérations à la suite desquelles le pansement a toujours eu pour but de chercher à obtenir la réunion par première intention; M. Letiévant (de Lyon), qui a fait connaître les succès obtenus par lui, dans une communication faite au congrès scientifique du Havre; MM. Eugène et Jules Boeckel, qui, en 1875, adversaires déclarés de toute tentative de réunion immédiate, ont pleinement changé d'avis, et, en 1877, dans un nouveau travail, se louent fort, au contraire, des résultats que leur a donnés cette méthode. Ils se servent, comme beaucoup de ceux qui ont été nommés plus haut, de procédés antiseptiques, mais ce n'est là qu'un accessoire dans la méthode. Le principal est le contact parfait des surfaces à réunir et l'écoulement facile des liquides épanchés, ménagé soit à l'aide d'un drain ou de deux drains, soit à l'aide de fils de cat-gut, soit par toute autre manière, car chaque chirurgien a l'habitude d'apporter quelque petite modification aux procédés qu'il emprunte à autrui.

La guérison est très-souvent d'une promptitude extraordinaire par cette méthode. M. Trélat cite l'exemple d'une jeune fille qui, opérée par lui d'une tumeur volumineuse du sein, était guérie complétement dès le cinquième jour, sans avoir perdu une seule goutte de pus ni de sang par la plaie, et venait chez lui le remercier le huitième jour, ne portant d'autre trace de son opération qu'une longue cicatrice tout à fait linéaire.

En terminant, il exprime l'espoir que M. Verneuil, une fois ayant essayé de la réunion immédiate bien faite, se convertira lui-même et abandonnera la méthode, si défectueuse, des pansements ouverts.

M. VERNEUIL tient à bien poser la question pour ne pas laisser la discussion s'égarer, comme elle tend à le faire. Il n'est pas l'adversaire des pansements fermés, puisque sur vingt-deux opérations qu'il a pratiquées depuis deux ans, il n'a eu recours que cinq fois au pansement ouvert. Mais il croit que ce dernier genre de pansement est seul applicable à la suite de la désarticulation de la hanche, opération dont M. Trélat n'a pour ainsi dire pas parlé, parce qu'il ne l'a pas pratiquée, mais qui est pourtant seule en cause.

A cinq heures cinq minutes, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 11 janvier 1878, M. Mahé (Jean-Baptiste) a été promu au grade de médecin en chef dans le corps de santé de la marine.

— Aujourd'hui mercredi ont eu lieu les obsèques de M. le docteur Hirtz, ancien professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et membre de l'Académie de médecine.

— M. le docteur Émile Tillot, ancien inspecteur des eaux de Saint-Christau, vient d'être nommé médecin des eaux thermales de Luxeuil.

— Un concours public pour trois places de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, s'ouvrira le jeudi, 21 mars 1878, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert au secrétariat général de l'administration, le lundi 18 février 1878, de midi à trois heures, et sera clos définitivement le mercredi 6 mars à trois heures.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 14. — SAMEDI 2 FÉVRIER 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 2 FÉVRIER 1878. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La goutte et le rhumatisme.

La goutte et le rhumatisme, ces deux sphinx pathologiques, longtemps confondus sous une dénomination commune, qui semblait impliquer l'idée d'une même origine, mais séparés, en réalité, par des différences profondes et beaucoup plus sensibles que les quelques ressemblances qui peuvent les rapprocher, n'ont presque jamais cessé néanmoins de rester associés dans les études si nombreuses et si variées dont ils ont été l'objet. Il n'est pas un traité, gros ou petit, une monographie, un article de dictionnaire, une élucubration quelconque, — et l'on sait si la fécondité des auteurs a manqué à ce sujet, — où l'on ne se soit cru plus ou moins obligé de les mettre en parallèle, quitte à les séparer ensuite et à leur assigner à chacun une place distincte dans le cadre nosologique. Parmi les nombreux ouvrages de ce genre qui ont passé sous nos yeux depuis plus d'un quart de siècle, il en est un qui, bien que sans grandes prétentions scientifiques et sous des apparences modestes, eût mérité peut-être par le style seul, ce grand sauveur de livres, d'être soustrait à l'oubli, si à ce rare mérite ne s'ajoutait une réelle valeur pratique, relevée par de fines et judicieuses observations allant droit à leur but, l'enseignement des soins médicaux et hygiéniques que réclament ces deux maladies. Ce livre est celui que publia en 1837, Réveillé-Parise, sous le titre de *Guide pratique des goutteux et des rhumatisants*. Avec tout son savoir et son esprit, Réveillé-Parise n'a pas déchiffré, sans doute, l'énigme cachée sous ces deux noms, et il n'avait pas à coup sûr cette prétention. Il s'est borné à esquisser le plus clairement et le plus succinctement possible les traits caractéristiques principaux de ces deux affections, à exposer ce que l'observation de ses devanciers et la sienne propre lui avaient appris sur leur marche naturelle et à formuler des préceptes thérapeutiques et hygiéniques frappés au coin de l'expérience et d'un grand bon sens pratique. C'était déjà un résultat assez appréciable.

Mais la science a marché depuis; l'étude de la goutte et du rhumatisme, comme celle de toutes les autres maladies, grâce aux procédés modernes et à une extension et une précision à la fois plus grandes données à l'observation, est entrée plus avant dans des voies plus scientifiques. Aussi, si le dernier mot n'est pas trouvé encore, du moins peut-on affirmer que nos connaissances actuelles sur ces deux affections se sont notablement accrues. Il fallait donc, pour donner au guide de Réveillé-Parise le bénéfice de la survivance à laquelle il avait droit, tout en lui maintenant son caractère primitif, l'enrichir, dans une nouvelle édition, de tous les acquêts de la science. C'est l'œuvre dont s'est chargé M. le docteur Ed. Carrière, qui y était plus apte que tout autre et par cette heureuse association des connaissances médicales avec le goût de la forme et des bonnes traditions littéraires, qui lui a depuis longtemps assigné une place distinguée dans ce groupe d'écrivains médicaux philosophes et lettrés dont Réveillé-Parise faisait partie, et par ses études spéciales sur la climatologie et sur les maladies envisagées au point de vue de l'influence qu'elles reçoivent dans leurs caractères et leur marche par l'action des divers climats.

C'est particulièrement à ce dernier point de vue que nous allons exposer sommairement quelques-unes des utiles et heureuses additions que M. Carrière a faites aux précédentes éditions du livre de Réveillé-Parise, dans cette édition nouvelle (1).

Climats propres aux goutteux.

Voici, d'après M. Carrière, quelles sont les règles à suivre pour le choix d'un climat.

D'abord ne pas perdre de vue que la goutte se présente sous deux aspects différents et même en opposition l'un vis-à-vis de l'autre. Dans le premier, la goutte est jeune, elle se manifeste par des paroxysmes violents, elle sévit dans un corps que les souffrances n'ont pas encore épuisé et qui, d'ailleurs, porte souvent lui-même les marques d'une constitution pleine et vigoureuse.

Dans le second, la cachexie a pénétré tout l'organisme et le délabrement de l'estomac n'est pas le moindre des accidents qui compliquent cette période pleine de dangers.

Les mêmes influences, évidemment, ne sauraient convenir à ces deux états. Il faut, à l'un, des modifications qui ne conviendraient pas à l'autre. Au premier, dominé par une

(1) *Guide pratique des goutteux et des rhumatisants*, par M. le docteur J.-H. Réveillé-Parise, membre de l'Académie de médecine. Édition entièrement refondue par le docteur Ed. Carrière. — Un vol. in-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1878, chez J.-B. Baillière et fils.

disposition inflammatoire et par une grande susceptibilité du système nerveux, il faut un climat chaud et humide. Au second, caractérisé par une diminution de la force de réaction et par les signes de la cachexie goutteuse, il faut appliquer les moyens propres à relever le ton des organes et à reconstituer l'économie. C'est le climat chaud et sec qui convient avec le concours des agents thérapeutiques,

Les atmosphères chaudes et humides produisent dans l'économie une détente qui ne peut se comparer qu'à celle qui résulte de l'emploi des calmants et des antiphlogistiques. Les atmosphères chaudes et sèches remplissent le rôle opposé, avec cette réserve que la susceptibilité des goutteux mise en éveil, même lorsqu'il n'y a pas d'état inflammatoire, doit être toujours ménagée.

La question du tempérament doit être prise en grande considération. Il est difficile qu'un même climat soit également à la convenance du goutteux à tempérament éminemment sanguin, et chez lequel la nutrition exagérée joue un grand rôle, et à celle du goutteux à tempérament sec et maigre. Il faudra faire entrer en grande considération ces conditions spéciales dans le choix d'une station, et aider l'influence climatérique par les moyens hygiéniques et thérapeutiques appropriés. C'est affaire au médecin de plier les indications générales aux exigences de l'état général des malades.

D'après M. Carrière, les climats chauds, humides ou secs, doivent être compris dans les stations d'une température relativement élevée, avec une moyenne annuelle voisine de 17 degrés. Mais au-dessous de ce chiffre, il y a des stations, propres aux goutteux, où la disposition du sol favorise assez la température pour entretenir la peau dans un état de vitalité qui en excite et en maintient la fonction. Tous ces climats sont situés non loin de la Méditerranée ou sur ses bords. Les climats chauds et humides appartiennent principalement à la zone méridionale de la Méditerranée; ils font moins partie du littoral européen que de celui de l'Afrique. En tête des stations appartenant à ce climat se place Alger, puis Palma (de Mayorque), Palerme, Pau et Dax dans la zone méridionale de la France, bien que d'une température moyenne inférieure à celle d'Alger.

A la région septentrionale de la Méditerranée appartiennent les climats chauds et secs. Ce sont ceux de Nice, d'Antibes. Toutes les stations qui s'échelonnent sur le bord septentrional ou dans le voisinage de la Méditerranée, offrent les mêmes avantages, la durée de la sérénité du ciel, la sécheresse de l'air et la possibilité de soumettre les malades à de véritables bains de soleil aidés par l'action du massage et des frictions.

On trouvera dans ce chapitre, en manière d'annexes au sujet intéressant qui y est traité, des considérations sur les saisons et les précautions qu'elles réclament, soit en raison de leurs qualités propres, soit, et surtout au point de vue des variations plus particulièrement inhérentes aux saisons que l'on peut appeler de passage ou de transition ; enfin, quelques bons avis sur ce que l'auteur appelle les climats de chambre ou les atmosphères artificielles.

Climats propres aux rhumatisants.

Si de la goutte nous passons au rhumatisme, M. Carrière nous y montre encore tout le parti que l'on peut tirer des déplacements et du choix des climats. Il est de notion vulgaire que le rhumatisme, quoique ubiquitaire se comporte très-différemment dans les pays chauds ou dans les pays froids et que les climats humides et froids sont, en général, les plus fertiles en douleurs. La conséquence pratique s'en déduit de soi, et l'observation, conforme dans ses résultats à cette donnée, a appris que les zones chaudes n'ont pas seulement l'avantage de ne point donner lieu aux affections rhumatismales graves, mais qu'elles exercent une bonne influence sur la susceptibilité rhumatismale, à la condition de savoir se soumettre aux précautions que réclame l'habitation des pays chauds.

Ici, comme pour la goutte et mieux que pour la goutte, le climat domestique a ses lois et ses indications que M. Carrière a formulées dans un petit paragraphe plein de vues justes et pratiques.

Ongles incarnés opérés par avulsion avec le secours d'un mélange réfrigérant.

On connaît les nombreux procédés proposés et mis en usage pour la guérison de l'ongle incarné, il serait superflu de les rappeler tous ici. Ayant à combattre cette affection chez une femme atteinte d'onyxis des deux côtés, M. le docteur L. Sorbets (d'Aire), a donné la préférence au procédé du docteur Long, ancien chirurgien de l'hôpital de Toulon.

Voici en quoi il consiste :

Le malade étant assis, son pied placé sur le genou de l'opérateur, celui-ci prend de la main droite l'extrémité aplatie d'une spatule, le pouce étant placé sur la face concave, l'index et le médius sur la face convexe. La spatule ainsi tenue, le chirurgien sépare lentement la peau qui recouvre la racine de l'ongle : parvenu vers son bord postérieur, il exécute rapidement un mouvement de bascule, de manière que la spatule vienne faire un angle très-aigu avec l'orteil malade. Après ce temps de l'opération, l'extrémité de la spatule se trouve engagée sous l'ongle qui est encore adhérent par ses bords latéraux et sa partie moyenne. En faisant alors avancer la spatule entre l'ongle et les tissus, on parvient sans peine à en faire l'avulsion.

C'est ce procédé que M. Sorbets a mis en œuvre chez sa malade, mais après avoir préalablement cherché à engourdir la sensibilité du gros orteil, à l'aide d'un mélange réfrigérant (une partie de glace pilée et deux parties de chlorure de sodium.) Voici en peu de mots la relation de cette opération et de ses suites :

Madame V..., âgée de quarante-deux ans, est atteinte d'onyxis des deux gros orteils. Les parties latérales des ongles, par leur pénétration dans les chairs, ont déterminé une vive inflammation avec fongosités ; la marche est très-douloureuse et menace de devenir impossible.

« La malade a déjà subi plusieurs cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, l'alun calciné et le perchlorure de fer pur. Ces divers moyens n'ont en rien changé son état.

Dès ma première visite, Mme V..., fatiguée de l'insuccès des cautérisations, me demanda de l'opérer. Après un examen attentif de l'orteil malade, l'opération est renvoyée au jour suivant, huit heures du matin.

Après avoir, pendant deux minutes, appliqué de la glace pilée et du chlorure de sodium sur le gros orteil gauche, j'enlevai l'ongle à l'aide de la spatule, et d'après le procédé décrit plus haut.

On ne constate que quelques gouttes de sang, des douleurs très-supportables pendant quatre ou cinq secondes ; le temps nécessaire à faire glisser la spatule sous la partie postérieure de l'ongle et à le détacher.

Pansement cératé simple et le repos. Après cinq minutes, la malade demande à être opérée du pied droit. Je renvoie l'opération au lendemain vers sept heures du matin; ce qui fut pratiqué avec succès et de la même manière.

Huit jours après cette opération, la malade marchait sans douleur.

De l'avis de notre confrère, ce procédé, aidé du mélange réfrigérant, l'emporterait sur tous les autres par la rapidité de l'opération, l'absence de l'hémorrhagie, la douleur d'une durée très-courte, la récidive évitée et enfin la reproduction certaine de l'ongle, dont il est facile de surveiller le développement.

Nous ne contesterons pas les avantages attribués par notre honorable correspondant au procédé auquel il a eu recours, pas plus que les résultats heureux qu'il en a obtenus. Nous le considérerons même volontiers comme un des meilleurs. Mais ayant, dans plusieurs circonstances, obtenu de très-bons effets des cautérisations répétées du bourrelet avec le nitrate d'argent, secondées par un pansement compressif, nous avouerons que, pour notre part, nous ne recourrions au procédé de Long, préconisé par notre confrère, que comme ressource ultime et en cas seulement d'insuccès des cautérisations. Peut-être même donnerions-nous encore la préférence à la méthode curative sans opération, que M. le docteur Bouchaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, a fait connaître récemment dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine*, dans les cahiers d'octobre et de novembre dernier.

Voici en quoi consiste la méthode proposée par M. Bouchaud :

Méthode curative de l'ongle incarné sans opération.

L'objectif de la méthode de M. Bouchaud est de faire disparaître, à l'aide de l'écartement et de la compression, l'ulcération et l'engorgement des parties, de manière à rendre les bords de l'ongle entièrement libres, puis permettre à ceux-ci de reprendre leur forme normale.

Pour atteindre ce but, il suffit de faire usage d'un demi-cylindre dont les deux bords taillés obliquement s'appuient sur la partie interne des bourrelets. A cet effet, M. Bouchaud s'est servi de liége. La moitié d'un bouchon ordinaire convient très-bien; lorsque le demi-cylindre est en place, on le fixe solidement à l'aide de bandelettes de diachylon. Pour que la peau ne soit pas lésée il faut arrondir avec soin les angles, surtout en arrière où la chaussure tend à refouler l'appareil. On est même parfois obligé de protéger la peau au niveau de la matrice de l'ongle avec quelques plaques de diachylon.

Ce demi-cylindre d'une exécution facile est parfois difficilement maintenu en place, mais il forme surtout une saillie considérable au-dessus de l'orteil, et, dans ce cas, le pied ne pourrait plus entrer dans une chaussure qui ne serait pas très-large. Aussi M. Bouchaud a-t-il, dans ce cas, remplacé le liége par du zinc. Ce demi-cylindre doit dépasser les limites de l'ongle et, à la face interne de chacun de ses bords, on colle un prisme en liége, destiné à reposer sur le bourrelet et taillé convenablement à cet effet. Deux trous latéraux permettent de le fixer dans le sens transversal avec de petits liens, et, pour l'empêcher d'être repoussé en arrière, un trou antérieur donne attache à un lien double, qui passe sous l'orteil et va contourner la première phalange, après qu'on a fait un premier nœud. Ces liens sont enduits de cire afin qu'ils aient peu de tendance à se déplacer.

Pour empêcher l'appareil de pencher d'un côté ou de l'autre et de se déplacer, on a le soin de faire le demi-cylindre de zinc assez grand pour qu'il embrasse la moitié postérieure et supérieure de la phalange, tout en restant étroit en avant. Cette dernière partie porte inférieurement deux prismes en liége, qui doivent agir sur les bourrelets; en arrière est collé un demi-anneau au liége que l'on taille à volonté, suivant la forme de l'organe à recouvrir, de telle sorte que l'appareil mis en place reste parfaitement immobile. Deux liens latéraux contribuent à maintenir cette immobilité, un troisième lien antérieur empêche l'appareil de se porter en arrière.

L'appareil une fois en place, on en doit surveiller et diriger l'action, veiller à ce que la pression ne porte que sur les bourrelets. Pour que cette pression produise son effet voulu, il faut, au début surtout, repousser les bourrelets de chaque côté en refoulant dans les sillons un peu de ouate sur laquelle les prismes reposent en grande partie.

La pression doit être modérée, mais suffisante néanmoins. Le meilleur guide à ce sujet est de consulter les sensations du malade et d'éviter toute souffrance. Une compression un peu forte est bien supportée vers la fin du traitement, mais au début, il n'est pas rare qu'on soit obligé de relâcher un peu le bandage. Il est indispensable que l'orteil, muni de son appareil, ne soit point gêné par la chaussure qui devra être large et souple.

Sous l'influence seule d'une compression douce et de l'immobilité, la plaie se cicatrise.

M. Bouchaud a appliqué cet appareil chez vingt-trois sujets atteints d'incarnation de l'ongle, avec un succès à peu près constant. Dans deux cas seulement il y a eu récidive par suite de la négligence des malades qui n'ont fait qu'un traitement incomplet.

Avant de recourir à des méthodes opératoires plus ou moins sanglantes et toujours très-douloureuses, même avec l'emploi des moyens anesthésiques locaux, presque toujours insuffisants d'ailleurs, nous croyons qu'on ferait sagement d'essayer la méthode de M. Bouchaud, qui lui a déjà donné de si remarquables résultats.

Injections sous-cutanées de chloroforme.

Dans la Revue du 9 décembre dernier, nous avons exposé les résultats des expériences d'injections sous-cutanées de chloroforme, faites par M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, pour combattre la douleur. Dans la dernière séance de la Société de thérapeuthique, M. Dujardin-Beaumetz a fait savoir que, depuis quelque temps, il avait souvent aussi employé cette méthode dans son service, dans le même but. Il a constaté, comme M. Besnier, que ces injections calment la douleur et la font disparaître; seulement il a remarqué qu'à la dose de 1 gramme, l'action du médicament paraissait rester locale et ne produisait pas le sommeil anesthésique. Il a aussi observé, au début, des gangrènes, surtout chez les malades cachectiques; mais ces accidents sont devenus depuis de plus en plus rares. La douleur locale produite par l'injection est, d'ailleurs, peu vive et facilement supportée. M. Dujardin-Beaumetz fait, en ce moment, des recherches pour savoir si, en élevant les doses, on n'obtiendrait pas des effets plus généralisés.

Nous ferons connaître les résultats des nouveaux essais que poursuit en ce moment notre confrère. Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

—

La myocardite palustre et la myocardite puerpérale (1)

(Leçons recueillies par le docteur Garcin, chef de clinique).

VIII.

Qu'elle soit paludéenne ou puerpérale, la myocardite n'est pas une de ces affections contre lesquelles la médecine, impuissante, renonce à lutter.

Dans la myocardite paludéenne, vous devez tenir compte à la fois et des phénomènes cardiaques et des phénomènes généraux.

Les phénomènes cardiaques présentent des indications, et, ce qui n'a pas moins d'importance, des contre-indications.

Les remèdes indiqués sont, d'un côté, les toniques du cœur; d'autre part, les moyens qui facilitent la circulation capillaire.

Des toniques du cœur, les uns, tels que l'alcool et le phosphore, paraissent agir surtout sur la nutrition cardiaque; nous les employons de préférence quand nous avons constaté des signes de dégénérescence granuleuse et d'altération des muscles papillaires; cependant le phosphore est un remède héroïque, beaucoup trop peu connu, qui trouve son emploi chaque fois que le cœur est affaibli. Les autres, tels que la noix vomique, le quinquina, le café, paraissent agir surtout sur la contractilité cardiaque; nous les employons de préférence quand nous avons constaté les signes de la dilatation du cœur. La digitale à dose tonique, c'est-à-dire à faible dose, ou associée au fer, suivant la méthode de Seiler, trouve également ici son indication. Une autre association, qui nous a donné quelques résultats, ce sont des pilules d'extrait de noix vomique et d'acide arsénieux, en proportions et à doses variables, suivant les cas.

Parmi les moyens qui facilitent la circulation capillaire, l'arsenic, un des remèdes de l'impaludisme, occupe le premier rang. Il convient de soutenir son action par celle des remèdes externes : bains sulfureux, frictions stimulantes sur la peau.

Les remèdes contre-indiqués sont tous ceux qui dépriment le cœur et, parmi les plus usités, les vomitifs et la quinine à haute dose. Remarquez bien que cette proscription n'est pas absolue. Ce que je vous demande ici, ce n'est pas de vous priver complétement de substances qui occupent, à juste titre, une très-grande place dans le traitement des affections palustres, c'est la modération et la prudence dans leur emploi. Ne donnez pas des doses exagérées de quinine à des sujets atteints de myocardite; ne leur administrez un vomitif que si leur langue est franchement saburrale; dans ce cas, donnez à l'ipéca la préférence sur le tartre stibié; ayez sous la main de l'alcoolat de mélisse ou un alcool quelconque, ou un stimulant diffusible, comme l'éther, pour arrêter en temps opportun un état nauséeux qui menace de dégénérer en état syncopal.

Certains procédés hydrothérapiques sont également, à mes yeux, des moyens contre-indiqués chez les paludéens atteints de myocardite. Remarquez bien encore qu'ici je repousse les procédés et non la méthode. L'hydrothérapie, presque nécessaire dans la cachexie palustre, peut être utile dans la cachexie cardiaque; on ne saurait donc l'exclure quand se présente une myocardite. Ce que je n'ose employer ce sont les douches longues et générales qui troublent brusquement la circulation; mais les douches légères, mais les lotions fraîches, mais les bains de lac et surtout les bains de mer par un temps d'été, courts, suivis de frictions énergiques et de boissons stimulantes, je suis bien loin de les proscrire; au contraire, je les emploie et les recommande parce qu'exciter la circulation capillaire et tonifier l'organisme, c'est soulager deux fois un cœur atteint de myocardite.

Tonifier, reconstituer, si faire se peut, l'organisme, telle est, dans la myocardite palustre, la grande indication basée sur les phénomènes généraux, telle est même l'indication qui prime toutes les autres, car sans la reconstitution de l'organisme le cœur ne peut guère se fortifier.

Le fer, sous toutes ses formes et sur une vaste échelle, trouve ici son emploi; un régime analeptique est de rigueur, et, avec le régime, les substances eupeptiques sans lesquelles un estomac dont les sécrétions sont diminuées par l'anémie générale ne sait profiter des aliments qu'on lui donne. Mais le fer et le régime ne suffisent pas, il est à remarquer même combien, dans ces anémies par intoxication, le régime reste impuissant. Le grand air, l'air des montagnes devient alors un des meilleurs remèdes, le meilleur peut-être, de la cachexie palustre; je l'ai vu produire des résultats surprenants; mais les phénomènes cardiaques s'opposent au transport des malades dans des lieux trop élevés, car la diminution trop grande de la pression atmosphérique augmente le travail du cœur en même temps que la raréfaction trop grande de l'atmosphère, diminue l'introduction de l'oxygène qui est le grand faiseur de globules. Vous ne dépasserez donc pas, pour vos paludéens atteints de myocardite, l'altitude de 800 à 1,000 mètres au maximum.

La myocardite puerpérale a aussi ses indications basées sur l'état général et celles qui reposent sur l'état local. Elle a, de plus, ses indications particulières qu'elle présente successivement pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement. Elle a enfin ses contre-indications.

Pendant la grossesse, l'indication fournie par l'état général est la principale, c'est la grande indication, parce qu'il n'y a pas de myocardite sans déchéance de l'organisme. Les toniques et les analeptiques, l'hygiène alimentaire, le fer et le quinquina en font les frais.

A côté d'elle vient l'indication fournie par l'état local et qui se résume en un mot : diminuer le travail du cœur. Dans ce but, le précepte hygiénique sera d'éviter les efforts; les prescriptions pharmaceutiques consisteront dans le sage emploi des purgatifs et des diurétiques qui sont des saignées séreuses.

La contre-indication est relative à l'emploi des poisons : arsenic, phosphore, noix vomique, auxquels il est prudent de renoncer, à cause du fœtus.

Les questions spéciales qui peuvent surgir sont celle de la saignée et celle de l'accouchement prématuré.

Nous sommes actuellement trop sobres de saignées pendant la grossesse. C'est merveille de voir comment des congestions diverses et surtout certaines congestions pulmonaires, avec douleur vive et oppression intense, disparaissent sous l'influence d'une saignée qui n'enlève après tout à l'organisme qu'une faible quantité de sang veineux, et rappelez-vous que rien ne se répare aussi vite qu'une perte de sang. Les cas de myocardite puerpérale ne sont un obstacle à la saignée que s'il y a forte dépression cardiaque et tendance à

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 janvier.

la syncope. Il faut seulement éviter un écoulement trop brusque et préférer le plus souvent à la lancette les sangsues ou les ventouses.

En 1827, Da Costa posait à l'Académie de médecine la question de l'avortement provoqué dans les affections organiques du cœur. L'Académie, par l'organe de Capuron, donnait une réponse négative, mais Stoltz ne tardait pas à protester contre le verdict du jury académique. Dans ces derniers temps, Durosiez a conseillé l'avortement provoqué à sept mois et demi chez les femmes atteintes d'affection cardiaque et surtout d'insuffisance mitrale; Maurice Coste opinerait pour la même conduite dans les cas de myocardite. Je serais porté à y recourir dans les insuffisances absolues de la mitrale et à y renoncer dans les myocardites. Pour les premières, en effet, le principal danger est dans les congestions pulmonaires qui deviennent forcément plus dangereuses quand l'utérus gravide atteint son entier développement; il faut donc un moyen héroïque quand cette congestion persiste ot augmente d'intensité. Pour les secondes, au contraire, le principal danger est dans les syncopes; mais cet accident est trop rare et l'accouchement provoqué trop périlleux, soit pour la mère soit pour l'enfant, qui ne sont, ni l'un ni l'autre, préparés à ce changement prématuré dans leur état ; il faut, de plus, se méfier des arrêts du cœur par action réflexe, si bien démontrés par Brown-Séquard et par Tarchanoff, et auxquels les manœuvres que réclame l'accouchement provoqué ne peuvent manquer d'exposer les femmes atteintes de myocardite.

Pendant le travail, les femmes affectées de myocardite doivent être soutenues par la nourriture, le café, le vin. Il faut, chez elles, se priver du chloroforme. L'intervention chirurgicale, destinée à leur éviter des efforts dangereux, doit être plus hâtive que dans les conditions ordinaires.

Après l'accouchement, il faut redoubler, pour la délivrance, de précautions et de soins, tenir la tête de l'accouchée dans une position presque horizontale, lui administrer de l'ergot de seigle pour éviter l'hémorrhagie, et de l'alcool pour prévenir la syncope, combattre activement et tout de suite l'hémorrhagie par l'évacuation, la titillation, la compression utérines et par l'emploi de la glace. Quand la délivrance est opérée, exiger et maintenir longtemps le séjour au lit, éviter les changements brusques de position, les efforts de défécation, voila des précautions nécessaires et qui cependant ne suffisent pas; une seule des malades de Coste est morte pendant qu'elle s'habillait, les autres étaient couchées quand la mort les a surprises. Il faut donc insister sur la médication tonique et sur l'aération que vous pouvez rendre plus énergique par des inhalations d'oxygène. Redoublez de précautions contre la fièvre puerpérale, qui, indépendamment de ses dangers propres, créerait pour la femme, en favorisant la myocardite, un danger de plus. Opposez-vous, enfin, à l'allaitement, que vous devez si vivement recommander en d'autres circonstances : mais nous ne pouvons oublier que toute myocardite est le résultat d'une déchéance et signale un organisme à reconstituer.

REVUE DE LA PRESSE

Antagonisme entre la belladone et l'opium. — M. le docteur Ménard a eu l'occasion d'observer, d'une façon très-nette, chez un malade atteint de tétanos, l'antagonisme signalé, d'ailleurs, depuis longtemps déjà, entre la belladone et l'opium.

Cet homme avait eu, quelques jours auparavant, la phalangette du médius droit écrasé à la suite de la manœuvre malheureuse d'un frein de wagon. La plaie marchait rapidement vers la cicatrisation quand, à la suite d'un refroidissement, apparurent des accidents tétaniques caractérisés d'abord par du trismus, puis bientôt par de l'opisthotonos. Pour calmer cet état, M. Ménard eut l'idée d'injecter, sous la peau, environ 0,005 d'une solution d'atropine contenant 0,05 de substance active pour 10 grammes d'eau. Une heure après, les symptômes d'intoxication, de la diplopie, de la sécheresse de la gorge, enfin, une agitation extrême se manifestèrent. Pour mettre fin à cette scène et pour s'édifier sur l'antagonisme existant entre l'atropine et l'opium, M. Ménard fit alors dissoudre 0,03 de chlorhydrate de morphine dans 3 grammes d'eau, et injecta, sur l'abdomen, le tiers de la solution, soit 0,001. Vingt minutes ne s'étaient pas écoulées, que tout désordre cessait et que le malade commençait à ressentir les effets de la morphine : il dormait. Il avait donc suffi de 0,01 de ce médicament pour annihiler les effets de 0,005 d'atropine et cela entre quinze et vingt minutes. (*Lyon méd.*)

Traitement de l'acné varioliforme. — Voici le moyen qu'emploie M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, pour combattre cette variété d'acné caractérisée par de petites tumeurs globuleuses, dures, transparentes et ombiliquées à leur centre, à laquelle M. Bazin a donné le nom d'acné varioliforme et, qu'avant lui, Batmann avait décrite sous le nom de *molluscum contagiosum*. Il consiste, comme la lésion est très-superficielle, à passer, au-dessous de la tumeur, une aiguille ou une épingle pour les plus petites; pour les plus volumineuses, une aiguille à cataracte. Il faut prendre la précaution d'examiner la région à la loupe pour appliquer le même procédé sur les plus petites des tumeurs, qui pourraient, sans cela, échapper au traitement. En même temps M. Besnier recommande d'isoler les malades qui sont atteints de cette forme d'acné, afin d'éviter la contagion, car, si l'affection est peu grave en elle-même, elle n'en est pas moins à craindre à cause de sa ténacité. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Plaie du cœur par arme à feu. — La guérison des blessures au cœur, par armes à feu, n'est pas absolument rare, mais nous ne croyons pas que l'on ait jamais signalé de cas dans lesquels la mort subite n'ait pas suivi la perforation de plus d'une des deux grandes divisions du cœur. A ce titre, le fait qui suit, rapporté par le docteur Conors (de Cincinnati) offre un réel intérêt.

Disons d'abord que la pièce anatomique qui en fait le sujet, fut présentée à l'Académie de Cincinnati, qui, après avoir nommé une commission pour l'examiner et en faire un rapport, adopta les conclusions de l'auteur.

G. M..., âgé de 15 ans, reçut un coup de feu le 31 décembre 1872. La balle se logea dans la cavité thoracique, ayant pénétré au-dessus de la sixième côte, à 3 centimètres environ en arrière de la ligne axillaire droite. Une hémorrhagie abondante se produisit, puis une pleuro-pneumonie intense se déclara bientôt.

Au cinquième jour, une péricardite compliquée d'endocardite se développa. Les inflammations du poumon et du cœur furent graves. mais le trente et unième jour tout danger avait disparu et le malade pouvait être considéré comme guéri.

Cependant des examens fréquemment répétés démontraient qu'il existait encore des lésions valvulaires, et quoique le malade pût encore faire quelques travaux peu pénibles, il est vrai, il conservait de l'anémie et une faiblesse musculaire prononcée.

Le 23 janvier 1876, la faiblesse devint si grande que M. Conors fut appelé de nouveau pour donner ses soins au malade. Celui-ci toussait alors beaucoup, expectorait peu mais était tourmenté par une anasarque progressive.

La mort arriva le 12 mars 1876, trois ans deux mois et treize jours après la blessure.

L'autopsie fut faite trente heures après le décès.

Le sternum et les cartilages enlevés, le cœur apparut occupant un espace bien plus grand qu'à l'état normal. Le péricarde était partout adhérent et le cœur mesurait, dans sa circonférence, 3 centimètres et pesait 21 onces et demie.

Sur la surface antérieure du ventricule droit, à 2 centimètres et

demi à droite de la cloison ventriculaire et à 2 centimètres et demi au-dessous de la cloison auriculo-ventriculaire, on voyait une plaque indurée intéressant toute l'épaisseur de la paroi ; à la surface externe, cicatrice légèrement marquée.

A l'ouverture des ventricules, on constatait l'existence d'un canal de 7 millimètres de long, avec orifices cicatriciels lisses, tapissé d'endothélium, s'étendant immédiatement au-dessous du centre du segment postérieur gauche de la valvule pulmonaire, à un point situé exactement entre les segments antérieurs de la valvule aortique ; sur la face ventriculaire du segment antérieur gauche de cette valvule, il y avait une végétation de forme presque circulaire de 8 millimètres de diamètre.

Le segment postérieur était déchiqueté et ses surfaces couvertes de végétations d'une dimension très-considérable; on en trouvait qui n'avaient point moins de 2 centimètres et demi de hauteur.

Une ouverture, à bords déchiquetés et couverte de végétations des deux côtés, établissait une communication avec l'auricule droit; cette communication était située au tiers environ de la distance comprise entre l'anneau fibreux et l'ouverture de la veine-cave supérieure.

Sur la paroi postérieure, au point directement opposé, dans la position normale des parties, il y avait une plaque cicatricielle un peu étoilée et très-marquée.

A la racine du lobe inférieur du poumon droit, immédiatement au-dessous de la bifurcation de la bronche principale de ce lobe, on trouve la balle complétement enkystée. Elle avait 1 centimètre de long et 5 millimètres de diamètre.

Les cavités pleurales et péritonéales étaient le siége d'un épanchement assez abondant.

M. Conors explique ainsi comment la balle, entrant au-dessus de la sixième côte et en arrière de la ligne axillaire, a pu atteindre le cœur et le trajet indiqué à travers cet organe. Selon lui, la balle, après avoir fracturé la côte et enfoncé l'esquille dans le tissu pulmonaire, a longé la paroi antérieure du thorax jusqu'au sternum, où elle a été détournée à peu près à angle droit et envoyée directement en arrière. (*Lyon méd.*)

Fracture du crâne ayant donné lieu à des symptômes de compression cérébrale. — Trépanation. — L'observation suivante prouve, ainsi que l'on en a cité des exemples, que la trépanation hâtive peut, dans certains cas de fracture du crâne avec enfoncement des fragments, sauver la vie du blessé.

Il y a quelque temps, le docteur Schmeltz fut appelé, avec son collègue le docteur Ritzinger, auprès d'un cultivateur qui, à la suite de coups de pied reçus sur la tête, présentait sur le crâne deux fractures, l'une divisant tout le pariétal gauche, depuis la bosse frontale jusqu'à la bosse occipitale, l'autre partant du haut de la conque et se prolongeant en haut jusque vers le pariétal droit et divisant la première à angle droit. Il en était résulté une compression considérable de la substance cérébrale caractérisée symptomatiquement par la perte de la parole, une diminution notable de l'intelligence et la perte des mouvements dans les deux membres du côté droit.

Grâce à l'application d'une couronne de trépan, M. Schmeltz parvint à relever les fragments et à retirer un vaste coagulum de sang qui comprimait la dure-mère; les lambeaux de peau qui avaient été préalablement détachés du crâne, furent ensuite appliqués sur les os et la plaie bourrée de charpie. Quinze jours après, le malade avait recouvré en partie l'usage de ses membres ainsi que celui de la parole (*Gaz. méd. de Strasbourg*).

Rétrécissement avec insuffisance tricuspide, ayant donné naissance à des infarctus multiples simulant une phthisie caséeuse. — M. le docteur Blachez rapporte une observation, très-intéressante de rétrécissement avec insuffisance tricuspide, ayant donné naissance à des infarctus pulmonaires multiples simulant une phthisie caséeuse.

Un homme de cinquante-neuf ans, jusqu'alors bien portant, n'ayant jamais craché le sang, entre à l'hôpital Necker au milieu du mois de juillet 1877, pour une pneumonie. Après une amélioration de quelques jours, pendant lesquels le râle crépitant et le souffle persistant en dépit d'un état général assez satisfaisant, la fièvre se ralluma avec intensité, les phénomènes pulmonaires s'accentuèrent et le malade dépérit rapidement. A ce moment, M. Blachez, dans le service duquel le malade se présente, constate, en effet, une fièvre très-vive avec apparence cachectique; l'amaigrissement est très-marqué; la peau est sèche; les doigts renflés en masse. Chaque soir, vers quatre heures, la fièvre s'exaspère; les crachats sont abondants, purulents, déchiquetés, sans aucun mélange de sang. Le son n'est pas modifié aux sommets, mais il est fort diminué en arrière et à droite.

Dans tout le tiers inférieur du poumon droit, on perçoit du souffle tubaire, mêlé à de gros râles humides, à timbre éclatant, avec bronchophonie intense. A gauche, on trouve quelques râles nerveux disséminés. Ces râles existent aux deux sommets, très-rares, d'ailleurs, et n'ayant rien du timbre caverneux des râles qui existent en arrière et à droite. Le son et l'élasticité sont normaux sous les clavicules. L'appétit est nul. Il n'y a pas de phénomènes morbides du côté du tube intestinal.

Après quinze jours pendant lesquels, en dépit de la médication la plus énergique, l'état resta absolument le même, le malade finit par succomber.

L'autopsie parut d'abord justifier le diagnostic de pneumonie caséeuse ou tuberculeuse du côté droit, avec foyers d'hépatisation grise dans le poumon droit, et probablement infiltration tuberculeuse des deux poumons qui avait été porté. Il existait, en effet, à l'un des deux sommets, une petite plaque superficielle de 2 ou 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large, et dans laquelle on distinguait des granulations gris-jaunâtre isolées les unes des autres. Mais ce qui dominait, c'était dans l'épaisseur des poumons des foyers d'apoplexie pulmonaire, des infarctus à divers degrés de leur évolution : les uns volumineux, constitués par un tissu rouge, comme carnifié; les autres, plus petits, par une masse brune, striée de lignes jaunâtres. Quelques-uns, enfin, sont en voie de ramollissement, et il est évident que les cavités que l'on a observées, dès le début, se sont produites par l'élimination de la matière des infarctus.

Au voisinage de ces cavités, on trouvait des caillots volumineux, décolorés, fibrineux et oblitérant les branches de l'artère pulmonaire. A gauche, mêmes lésions, mais beaucoup moins étendues qu'à droite. L'examen du cœur, que l'on était loin de mettre en cause au premier abord, devait donner la clef de toutes ces lésions. Extérieurement l'organe paraît sain, mais on constate, à la coupe, dans le ventricule droit, à la face inférieure de la valvule tricuspide et sur son bord libre, deux énormes végétations, d'un tissu blanchâtre, résistant, et pendantes dans le ventricule, dont l'ouverture est maintenue béante.

M. Blachez conclut de ces faits que, bien que l'on ait trouvé, sur un point très-limité, un amas de granulations jaune-grisâtre, ayant tout à fait l'aspect d'un semis tuberculeux, les lésions qui ont déterminé la mort sont tout à fait indépendantes de la diathèse tuberculeuse, à moins qu'on n'admette qu'elle ait eu, pour première manifestation, l'affection cardiaque elle-même. Il lui semble évident que des embolies, ayant eu leur point de départ dans les végétations de la tricuspide, ont oblitéré des branches secondaires de l'artère pulmonaire et déterminé la production de ces infarctus.

Comment maintenant une lésion du cœur aussi prononcée a-t-elle pu rester ignorée pendant la vie? Parce que, dit M. Blachez, les lésions du cœur droit, surtout celles de l'orifice auriculo-ventriculaire sont habituellement silencieuses. Dans le cas présent, en effet, bien que l'examen du cœur eût été fait d'une façon pour ainsi dire accessoire, cependant l'auscultation du poumon était pratiquée quotidiennement et avec soin; l'exploration des régions sous-claviculaires était faite régulièrement et un souffle cardiaque de quelque intensité n'aurait certainement pas échappé.

Enfin, M. Blachez termine en faisant remarquer combien il est surprenant qu'avec une telle lésion de l'orifice auriculo-ventriculaire, il n'existât ni hypertrophie de l'oreillette droite, ni lésion des autres orifices du cœur ou des vaisseaux qui en partent. Il en con-

clut que la lésion de l'orifice tricuspide, tout en n'étant pas de formation récente, ainsi qu'en témoignait la consistance des végétations, ne devait pas être non plus très-ancienne. Quant au mécanisme suivant lequel se sont produites les lésions qui seules ont pu appeler l'attention du médecin, M. Blachez pense que les infarctus étaient dus à des embolies multiples et que très-probablement ces lésions primitives avaient été compliquées par celles que détermine la stase sanguine et la congestion chronique du poumon qui sont presque toujours la conséquence des lésions du cœur droit. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

De l'utilité des bains chauds dans les hémorrhagies secondaires des femmes en couches. — M. le docteur Bailly préconise, d'après M. Tarnier, l'administration des bains chauds pour arrêter ces hémorrhagies qui se produisent du deuxième jour jusqu'à un mois après l'accouchement, et que les médecins ont appelées secondaires par opposition à celles qui surviennent pendant la première journée des couches et que, pour ce motif, on nomme primitives.

Quelques précautions particulières doivent être prises quand on prescrit les bains chauds contre une hémorrhagie secondaire *post partum*. En premier lieu, on ne doit pas y recourir pendant la première semaine des couches. A ce moment, les complicatons principales sont encore à craindre, et l'installation de la malade, dans la baignoire, pourrait quelquefois suffire pour les faire naître.

Il faut, en outre, veiller à ce que la température de l'eau soit plutôt élevée que basse (34 degrés centigrades environ), et prévenir un refroidissement qui produirait un effet circulatoire opposé à celui qu'on veut obtenir. Quand à la durée de l'immersion, vingt minutes à une demi-heure seraient suffisantes pour produire la révulsion générale que l'on se propose d'exercer sur les vaisseaux. Enfin, on devra répéter les bains chaque jour, aussi longtemps que durera la métrorrhagie.

Les bains chauds, ainsi administrés, auraient pour effet d'opérer un déplacement du sang qui s'effectuerait des parties profondes vers la superficie du corps, et par là soulagerait la matrice congestionnée.

Enfin, le relâchement du réseau capillaire cutané, dû à l'intervention des nerfs vaso-moteurs impressionnés directement ou par l'intermédiaire du système nerveux central, constituerait le mécanisme au moyen duquel s'opérerait le déplacement de la masse sanguine et, conséquemment, l'arrêt de l'hémorrhagie. (*Bull. gén. de thérapeut.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Un concours pour une place de prosecteur aura lieu en 1878. Seront seuls admis à concourir, MM. les aides d'anatomie. Le prosecteur nommé entrera en fonctions le 15 mars 1879; son temps d'exercice expirera le 15 mars 1882.

Un concours pour deux places d'aides d'anatomie aura lieu en 1878. Tous les élèves de la Faculté seront admis à concourir. Les deux aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 15 mars 1879; leur temps d'exercice expirera le 15 mars 1882.

La date de l'ouverture de ce concours sera ultérieurement fixée et annoncée.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements), tous les jours, de dix heures à quatre heures, du 1er au 10 février 1878.

— Le corps de santé militaire vient de perdre M. Casses, médecin-major de première classe, décédé le 15 janvier, et M. Pouchette, pharmacien-major de première classe.

— M. Félix, médecin-major de première classe, prend sa retraite; M. Mire, médecin-major de deuxième classe, a donné sa démission.

— L'Académie de médecine de New-York, dans sa séance du 5 novembre 1877, a nommé M. le docteur L.-A. Mercier, membre correspondant.

Étude médico-légale sur les épileptiques, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50. — Ad. Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 15. — MARDI 5 FÉVRIER 1878. 51e ANNÉE. MARDI 5 FÉVRIER 1878. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hor... dans les burea... ...es Libraires.
Les lett... ...ont refusées.

...tre dans ...ombreux, si com... des accidents

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
	Trois mois. .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . .	16 —
	Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La peur des espaces (AGORAPHOBIE, DES ALLEMANDS) (1).

Névrose émotive.

Relativement à la nature de l'affection qui nous occupe, des théories nombreuses, fantaisistes et contradictoires, ont été émises. Cordes, qui a été agoraphobe lui-même, est d'avis que la peur des espaces est toujours un symptôme d'épuisement parésique du système nerveux moteur, un phénomène de dépression nerveuse, le fait d'une perturbation du sens musculaire ou de la musculation, et que la névrose, enfin, consiste dans le trouble pathologique de cette portion du cerveau qui préside non-seulement à la locomotion, mais encore à la sensation musculaire générale. Quant à lui, il était extrêmement débilité, lorsqu'il est tombé malade, il y a un certain nombre d'années, et il ressentit un soir, au théâtre, une telle anxiété, qu'il fut forcé de quitter sa place. Il aurait ensuite récupéré ses forces et se serait rétabli. Décrivant et analysant ses angoisses passées, cet auteur affirme qu'il n'a jamais éprouvé de vertiges et qu'il n'a jamais vu tourner le moindre objet, soit au moment de ses frayeurs émues, soit en dehors d'elles, et que, dans les vingt-neuf cas d'agoraphobie qu'il a observés, il a invariablement attribué la maladie à l'une des trois grandes causes que voici : travail intellectuel exagéré, vie dissolue ou pertes séminales, troubles dyspeptiques.

L'opinion qui précède me paraît avoir une très-grande valeur, et, sans plus tarder, je tiens à la confirmer personnellement par la relation saisissante d'une observation clinique recueillie très-récemment et dans des circonstanees un peu exceptionnelles.

OBS. XI. — M. Alexandre ***, professeur agrégé de l'Université, âgé de trente et un ans, compte dans ses ascendants paternels des déments séniles. Sa mère est rhumatisante, très-nerveuse, et elle a été autrefois choréique.

Il a toujours été d'une santé délicate et d'un caractère triste. Il recherchait la solitude. A quatorze ans, il a été légèrement hypochondriaque. Pendant toute sa période d'adolescence, il n'a fait d'excès d'aucun genre, pas même de travail intellectuel, quoiqu'il soit parvenu à des grades universitaires assez élevés. Il a beaucoup lu, réfléchi et *révassé*, mais sans imposer cependant à son cerveau une activité fonctionnelle anormale. Doué d'appétits génésiques très-peu ardents, fréquemment spermatorrhéique, il se sentait enclin, à vingt ans, à l'ennui, au désenchantement, presque au découragement.

En 1869, à l'âge de vingt-trois ans, sans cause immédiate appréciable, M. Alexandre *** constate de sérieux désordres dans sa santé : palpitations de cœur, névralgies intercostales, oppression, gastralgie et hypochondrie. Lorsqu'il se promène, il éprouve parfois une sensation analogue à une secousse qui partirait d'un point déterminé du cerveau pour aboutir aux jambes. La marche sur une surface unie, très-résistante et assez étendue, comme l'asphalte des boulevards, lui est particulièrement pénible. Tous ses amis remarquent cette singulière antipathie. M. B..., consulté, diagnostique une chloro-anémie, et M. P..., un peu plus tard, annonce une névralgie du pneumo-gastrique.

Sans aucun traitement sérieux, une amélioration sensible se manifeste dans les années qui suivent, bien que le malade ressente encore assez fréquemment des palpitations cardiaques, des douleurs névralgiques, et qu'il se laisse facilement aller à des préoccupations hypochondriaques et surtout à l'appréhension de mourir subitement.

En 1875, il remarque qu'il est devenu à peu près impuissant.

En janvier 1877, après une série de contrariétés assez vives et un long séjour à Paris, qui a été pour lui l'occasion de fatigues nombreuses et d'une véritable surexcitation nerveuse, non-seulement il sent se réveiller tous ses maux passés, mais encore il éprouve très-nettement certains phénomènes étranges. Un soir, la traversée du boulevard, de la rue Drouot à l'Opéra-Comique, lui inspire une peur véritable, et il la tente plusieurs fois en vain. La contrariété de perdre le bénéfice d'une location au théâtre finit enfin par le décider. Pour rien au monde, il ne se hasarderait sur les espaces bitumés de la cour du Louvre et de la place de la Concorde. Il longe ces espaces en marchant soigneusement sur les pavés.

En avril, il entreprend, sur le conseil de son médecin, un voyage en Italie. A Pise, il ne peut ni traverser le Baptistère, ni parcourir la grande nef du Dôme, ni mesurer du regard la hauteur de la tour penchée, ni marcher sous les arcades du Campo-Santo. A Rome, l'aspect intérieur des basiliques dallées de marbre, vides, sans bancs ni chaises, lui cause un indicible malaise. Ce n'est qu'en se traînant le long des murs, dans les bas-côtés, et en saisissant tous les points d'appui, qu'il peut contempler les merveilles artistiques qui lui sont signalées par son guide. Il est incapable d'élever les yeux vers les voûtes du Vatican; dans les loges de Raphaël, situées à un étage très-élevé et d'où l'on découvre un magnifique panorama. Il est dans un état voisin de la défaillance syncopale. Un soir, il assiste à l'office de la Vierge dans l'église San Carlo al Corso; il s'est glissé comme en rampant jusque sous la coupole, et s'est assis sur une

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 23 octobre, 1, 6, 13, 20 novembre, et 4 décembre 1877.

chaise ; les chants l'émeuvent, mais la pensée de traverser de nouveau l'église, à la fin de la cérémonie, lui cause une très-vive anxiété. Il se risque cependant et il éprouve alors l'une des plus fortes crises qu'il ait jamais subies. On remarque combien il est inquiet, chancelant et effaré, et on le prend pour un homme ivre ou pour un fou.

« Le[illegible] quelques jours de résidence à Rome, il n'a pas encore osé [illegible] basilique de Saint-Pierre. La vue seule des photographies [illegible] l'intérieur de cette église si prodigieuse le fait trembler [illegible]. Il y entre enfin, avec une émotion terrible, appuyé sur le bras d'un ami ; il longe les piliers, s'avance jusqu'au-dessous de la coupole, et, resté seul un instant, il ne peut bientôt plus faire un pas en avant et s'assied. En proie à une inexprimable angoisse, il attend le retour de son ami, passe brusquement son bras sous le sien et s'esquive tout effrayé. Chaque jour, il ne franchit qu'en titubant le vestibule dallé de marbre de l'hôtel qu'il habite. La peur des espaces se montrant de plus en plus insurmontable, le malade renonce à continuer son voyage, prend la route de France et rentre dans son pays natal. Des douches froides pendant deux mois et l'usage de certaines eaux minérales ferrugineuses produisent une amélioration assez marquée.

M. Alexandre *** a repris actuellement des fonctions actives dans l'Université et il travaille facilement. Sa vie est calme, sobre et entourée de soins affectueux. Son état de santé est loin cependant d'être entièrement satisfaisant. La marche, par exemple, lui est particulièrement pénible pendant la digestion, et sans être mal assuré sur ses jambes, il est intimidé, craintif, et redoute toujours une impression émotive. Est-il obligé de traverser une rue large, une place ou un pont, il s'embarrasse, s'inquiète et se trouble ; il ne peut poser le pied ni sur des dalles, ni sur un trottoir asphalté, et il est infiniment plus sûr de lui lorsqu'il marche sur le gazon, les pavés ou les cailloux, et quand il se suppose à l'abri des regards d'autrui. Il a des préoccupations hypochondriaques, et s'arrête tantôt à l'idée de la phthisie pulmonaire ou d'un anévrysme, et tantôt à celle d'une affection organique du cœur, d'un ulcère simple de l'estomac, d'un calcul vésical, d'une myélite, ou d'une lésion cérébrale susceptible de déterminer subitement la mort.

Enfin, à la date du 6 décembre dernier, le malade rendait compte de son état dans les termes si caractéristiques que voici : « J'éprouve des sensations physiques qui indiquent une affection fonctionnelle ou organique de l'appareil nerveux. Les cordons qui relient l'estomac, le cœur et le cerveau, sont le siége de perpétuelles souffrances, que le mouvement et la pression augmentent. L'estomac en particulier, surtout à gauche, est extrêmement sensible. Les plus faibles émotions déterminent des secousses au bas du sternum. Il y a des points douloureux le long de la colonne épinière, et surtout dans la région cervicale. La boîte crânienne est également sensible au toucher. L'encéphale éprouve des douleurs vagues et jusqu'ici mal localisées. Il y a aussi une inquiétude presque permanente dans le pied et la main gauches ; toutes les fonctions sont plus ou moins troublées. L'appétit et le sommeil seuls sont restés indemnes. »

Continuons maintenant à passer en revue les différentes théories qui ont été émises.

Benedict, considérant la peur des espaces comme une variété de vertige, tente l'explication de l'état morbide par l'examen des yeux et il s'appuie sur un fait isolé dû à Stellwag. Dans ce cas, le malade éprouvait une grande faiblesse du pouvoir convergent et de la vue latérale, ainsi que de la diplopie, quand l'œil obliquait de 30 degrés. Benedict admet alors un défaut d'équilibre entre les incitations que les images latérales produisent sur les muscles de convergence et celles qu'excite la tache jaune. Ce n'est qu'en fixant énergiquement un point, une voiture, que les individus peuvent supprimer les incitations provenant des parties latérales de la rétine et se rendre maîtres du phénomène.

Westphal objecte avec raison qu'il y a tout aussi bien des rayons obliques et des mouvements visuels de côté dans une chambre, une rue étroite, que sur une étendue plus vaste, comme une place, une plaine, etc. ; de plus, dans la *peur des espaces*, les malades n'accusent absolument que de l'anxiété, et s'ils éprouvent du soulagement par la présence d'une voiture, c'est qu'elle leur procure un degré de sûreté relatif, loin de jouer le rôle mécanique d'un point qui fixe leurs regards ; et de plus leur inquiétude s'accompagne de la crainte de devenir fous.

Westphal ne s'est pas contenté de ces objections que les faits auraient pu contredire. Il a prié un ophthalmologiste de pratiquer avec soin l'examen des yeux de ses malades et l'on a pu constater que rien ne justifiait l'insuffisance des muscles internes.

Cordes est du même avis et repousse l'hypothèse qui assigne aux yeux le principal rôle. Il cite un fait qui permet d'apprécier le mode d'action d'une irritation irrégulière de la rétine occasionnée par des images mal venues, sur le système nerveux, et consécutivement sur la sûreté de la démarche. Un malade lui était adressé pour une affection nerveuse où l'on mettait en cause les nerfs cérébraux et en particulier le glossopharyngien. L'examen de la gorge lui fit découvrir deux énormes amygdales à l'hypertrophie desquelles se rattachaient les accès d'étouffement. Il y avait de plus trouble dans la démarche et vive anxiété. Il constata qu'un des yeux présentait une cataracte lenticulaire striée à la période initiale, tandis que l'autre offrait la même opacité à son degré d'évolution parfaite. Comme les images ne se produisaient qu'à travers cet obstacle, il en résultait, avec une certaine incertitude de la démarche, un sentiment de peur qui se déclarait principalement devant des surfaces brillantes, une glace par exemple. Ce malade traversait très-péniblement les places et ne réclamait l'aide de personne. L'alcool lui faisait mal.

Westphal s'est demandé s'il n'y a pas lieu d'attribuer à l'épilepsie cette peur des espaces qui s'accompagne fréquemment des phénomènes de *l'aura :* serrement de cœur, rougeur du visage, bluettes, sensation de chaleur remontant vers la gorge et la tête, évanouissements passagers, secousses musculaires, etc. ; mais il faut remarquer que ce cortége appartient aux états névropathiques les plus variés et se rapportent au même titre à l'hystérie, à l'hypochondrie, ainsi qu'à toutes les maladies cérébrales. Pour en faire un symptôme épileptique, il faudrait se ranger à l'opinion de Griesinger qui regarde les hystériques et les hypochondriaques comme des épileptiques à longs intervalles et à légers accès. Toutefois, il y a un fait qui n'échappera à personne, c'est que quelques-uns des malades cités dans ce travail comptaient des épileptiques dans leur famille ou avaient été épileptiques eux-mêmes.

M. le docteur Jousset, de Bellesmes (Orne), vient, par exemple, de nous communiquer l'observation d'un malade, fils d'un dartreux et neveu d'un épileptique, qui, à l'âge de dix-huit ans, fut témoin d'une attaque très-grave d'épilepsie et en fut vivement impressionné. Ce jeune homme consacrait une grande partie de son temps à des lectures sérieuses et fatigantes sur les sujets les plus arides. A dix-neuf ans, il devint épileptique nocturne et commença à éprouver la peur des espaces. En face du vide, il recherchait instinctivement une protection quelconque, fût-ce une barrière, une haie ou un arbre, et lorsqu'il lui est arrivé de ne pas pouvoir être tranquillisé, il s'effrayait outre mesure et ne tardait pas à tomber et à avoir une crise convulsive diurne. Sa santé ne paraissait d'ailleurs aucunement troublée, son appétit était excellent, sa mémoire heureuse et son aptitude au travail

intellectuel tout aussi prononcée qu'auparavant. Au tirage au sort, il bénéficia d'une chance heureuse et ne fut pas appelé sous les drapeaux. Parvenu aujourd'hui à la vieillesse, il n'est plus épileptique, mais est resté agoraphobe. Il a, de plus, tantôt du lichen et tantôt de l'eczéma. En nous exposant toutes les péripéties de cette vie anxieuse, M. Jousset se demande ce qui serait arrivé si le malade avait été militaire et si, ce qui n'est point douteux, l'on avait méconnu les manifestations cliniques réelles et très-significatives de la peur des espaces?

Afin de faire très-nettement saisir une dernière fois la différence qui existe entre la peur des espaces et l'hypochondrie, je tiens à résumer encore une observation due à Westphal et dans laquelle se trouve exactement délimité le rôle joué par l'agoraphobie, comme phénomène accessoire : un marchand, âgé de trente-neuf ans, très-actif, perdit connaissance un soir, au milieu d'un dîner. Quatre ans plus tard, il fut saisi d'une grande anxiété. Il écrivait à ce moment et fut pathologiquement poussé à courir dans la rue. Les angoisses se reproduisirent souvent, et, à ces moments-là, le malade ne voulait pas que sa femme s'éloignât de lui, ne fût-ce que de quelques pas. Il craignait d'être assailli par des voleurs ou d'avoir une attaque d'apoplexie; il redoutait considérablement de se trouver seul dans la rue, et, pour se rendre à la Bourse, il se faisait accompagner par un jeune garçon ou par un commissionnaire. Il aimait à parler de son état de santé et revenait toujours sur cette même question, à savoir s'il ne serait pas frappé d'apoplexie, mais il paraissait en somme bien moins préoccupé de la réponse qui allait lui être faite que de la nécessité de renouveler immédiatement sa demande. Toutes ses pensées se concentraient sur ses sensations morbides et sur ses craintes. L'imminence de la mort de sa femme ne lui causa qu'une seule inquiétude, celle de savoir quel effet ce malheur pourrait produire sur sa santé.

Westphal, après avoir rapporté l'observation qui précède, fait remarquer que le malade était surtout hypochondriaque et que les phénomènes relatifs à la peur des espaces n'ont constitué qu'une minime partie de sa névrose.

Lorsque j'ai soulevé la question de la peur des espaces devant la Société médico-psychologique, M. J. Falret a fait remarquer que toutes les peurs sont solidaires et que l'agoraphobie se rencontrait souvent chez le même individu, avec la peur d'une épée nue, la crainte de tomber d'une fenêtre ouverte, la frayeur en voiture ou le délire du toucher. Cette réflexion est d'une grande justesse, mais elle ne s'applique, dans mon opinion, qu'aux faits d'agoraphobie deutéropathique et non pas à ceux d'agoraphobie idiopathique. Lorsque la névrose est primitive, j'ai parfaitement vu la peur des espaces exister seule.

Jusqu'à plus ample information, rangeons-nous à la manière de voir de Cordes et considérons l'agoraphobie comme une paralysie fonctionnelle, symptomatique de certaines modifications survenues dans les foyers centraux moteurs et capable de faire naître en nous des impressions. Dans l'espèce, ce serait une impression de peur qui donnerait naissance à la paralysie passagère : quand l'imagination entre seule en jeu, son effet est presque nul, mais l'intervention de circonstances extérieures spéciales peut produire les troubles les plus accusés.

Lorsque la peur des espaces est idiopathique, elle peut guérir assez rapidement ou brusquement, soit par suite de la disparition de la cause qui l'a produite, soit sous l'influence d'un traitement rationnel, soit après une grave maladie comme la fièvre typhoïde ou le choléra, soit même après une vive émotion ou une grande douleur morale, mais cette névrose est souvent paroxystique et quelquefois périodique. Les rechutes sont donc beaucoup à craindre. Quand l'agoraphobie est secondaire, elle se lie alors à des manifestations névropathiques tellement multiples qu'elle n'est plus en quelque sorte qu'un épiphénomène et qu'elle rentre dans le pronostic général des névroses. Or, si nombreux, si compliqués ou si violents que soient des accidents nerveux, il n'est pas impossible, on le sait, de les atteindre, de les dominer ou de les suspendre. Le pronostic est donc variable, mais toujours assez grave.

Au point de vue du traitement, il importe au premier chef de ne point prendre les agoraphobes pour des malades imaginaires, car on les exaspère ou on les décourage inutilement. La raillerie est ici d'autant moins une arme de la thérapeutique qu'elle s'adresse à une situation pathologique réelle, pénible et digne d'égards. Dans l'espèce, celui qui raille est un ignorant, et, en médecine, l'ignorance est une mauvaise action. Une sollicitude attentive, sympathique et consolante, provoque toutes les confidences et faire taire l'amour-propre. Le malade se livre, avoue ses craintes et confesse ingénûment ses petitesses, ses ridicules, ses angoisses et ses terreurs. C'est au médecin qu'il appartient de détruire avec autorité certains préjugés et certaines appréhensions, de démontrer que les menaces d'apoplexie imminente ne reposent absolument sur rien, que la mort subite n'est pas à redouter, que la vie n'est aucunement compromise et qu'il ne saurait être un seul instant question d'un signe avant-coureur de la folie. Lorsque cela est possible, on doit remonter ensuite à la cause première et essayer de la combattre. Dans tous les cas, il ne faut jamais désespérer et il faut toujours se tenir prêt à la lutte. Le sceptique qu'aucune souffrance ne touche, qu'aucune perplexité n'émeut et qui ne répond, à une grande marque de confiance, que par d'indifférents et froids conseils ou que par l'aveu ironique d'une impuissance convaincue, est un homme dépourvu d'entrailles professionnelles : il sème des désespoirs et il récolte des catastrophes. — « Pourquoi vous êtes-vous jetée dans la Seine, demandai-je tout récemment à une pauvre femme, à l'infirmerie spéciale des aliénés près la préfecture de police? » — « Parce que les médecins m'ont dit que j'avais des ulcères dans le corps et qu'on ne pouvait pas me guérir, » me fut-il aussitôt répondu.

La dernière observation clinique de peur des espaces que j'aie pu jusqu'à aujourd'hui recueillir, m'a particulièrement impressionné et je me fais un devoir de la résumer ici.

Un représentant de commerce, âgé de trente-trois ans, intelligent et sobre, voyageant depuis six ans pour la même maison, vient de m'être amené d'une ville du Nord par l'un de ses amis. Il est extrêmement anxieux et a une peur constante du vide. Il s'est présenté souvent titubant et ému chez ses clients, ayant sous le bras un portefeuille plein d'échantillons, et cherchant, aussitôt entré, à s'asseoir ou à s'appuyer contre un meuble. Comme il prétend qu'il ne peut pas porter de canne, « parce qu'il aurait l'air d'un amateur et que les commerçants ne le prendraient pas pour un homme sérieux, » il se fait accompagner dans les rues par un garçon d'hôtel ou par un commissionnaire. Il a peur la nuit dans sa chambre et laisse brûler sa bougie. Il en est même arrivé à avoir peur lorsqu'il est seul dans son lit! Il apprécie à merveille son état, déclare n'avoir jamais possédé une mémoire plus heureuse, un discernement plus juste, une entente plus

complète des affaires et une plus grande facilité à écrire; il déplore la persistance de ses angoisses, redoute extrêmement la folie, est intimidé et affligé à la pensée du suicide, et est tellement malheureux que, pour être guéri, il se dit prêt à tout tenter, à entreprendre n'importe quel voyage et à se résoudre à telles extrémités que l'on voudra. Il est hémorrhoïdaire, et habituellement constipé, mais il paraît fort bien portant. Son père et sa mère vivent encore et ne sont point malades. Les antispasmodiques les plus variés, les amers, les alcalins, l'hydrothérapie prolongée et les révulsifs cutanés ont tour à tour échoué. Le bromure de potassium seul semble avoir produit quelque soulagement, mais le malade n'en a pris que des doses trop faibles et pendant un temps tout à fait insuffisant; aussi, dans mon opinion, va-t-il falloir y revenir dans d'autres conditions et avec une persévérance soutenue.

Puisque le travail intellectuel exagéré, les abus génésiques ou les pertes séminales involontaires, et les troubles dyspeptiques, provoquent le plus souvent l'agoraphobie primitive, les premières indications thérapeutiques doivent consister dans un repos cérébral absolu ou tout au moins relatif, dans l'emploi des toniques généraux, dans le séjour à la campagne et les bains de rivière, ainsi que, suivant les cas, dans l'usage des amers, des eaux minérales alcalines, du lait froid, de la bière et de certaines préparations pharmaceutiques réputées digestives. Le bromure de potassium à la dose de 2, de 3 ou de 4 grammes, m'a souvent donné de très-bons résultats soit isolément, soit concurremment avec l'hydrothérapie, qui, de tous les moyens préconisés, reste le plus puissant, sous la réserve toutefois d'une prolongation persévérante. La galvanisation du grand sympathique cervical et de la portion supérieure de la moelle épinière n'a point réussi entre les mains de Westphal.

Lorsque la peur des espaces est secondaire, son traitement se combine avec tous les autres agents thérapeutiques mis en œuvre contre l'état pathologique prédominant.

M. Perroud a donné le très-bon conseil que voici : « l'agoraphobe doit s'habituer à vaincre ses terreurs. Qu'il commence par franchir malgré ses angoisses des espaces restreints, pour aborder ensuite des espaces plus étendus. Aujourd'hui c'est une rue étroite dont il franchira la chaussée, demain ce sera un square, plus tard une place plus vaste. Dans ses essais, le malade se fera d'abord accompagner à une certaine distance, puis la distance à laquelle se tiendra son compagnon sera peu à peu augmentée; progressivement l'agoraphobe s'habituera à avoir confiance en ses propres forces, et son affection disparaîtra. » Ce conseil est évidemment très-rationnel, mais il n'est pas toujours d'une exécution facile. Je l'approuve sans réserve, et cependant je n'ai pas dans son efficacité une confiance aussi grande que M. Perroud.

La persuasion morale a une grande action sur l'agoraphobe. Que le médecin sache vouloir et impose sa volonté; qu'il démontre avec conviction l'inanité du péril; qu'il rassure, et il se fera obéir avec docilité, apaisera bien des angoisses et finira par conclure plus d'un long armistice avec la névrose émotive. Dans la thérapeutique de beaucoup d'états psychopathiques, l'absolutisme autoritaire est une nécessité que le succès couronne fréquemment et qui ne peut nuire à personne. La tergiversation flottante, en favorisant tous les compromis, en conciliant tous les programmes, et en osant faire reposer des espérances sur l'inconnu ou sur les ténèbres de l'avenir, est une déplorable ligne de conduite: elle prépare les défaites, appelle les revers et conduit aux capitulations avec l'ennemi. Or, l'ennemi, c'est l'incurabilité.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Diagnostic différentiel des affections cérébro-spinales multiloculaires.

Pour faciliter le diagnostic différentiel des quatre grands groupes des affections cérébro-spinales multiloculaires, j'ai cru bien faire en plaçant dans un tableau les divers symptômes de chacune d'elles et en indiquant la fréquence relative des symptômes cardinaux et leur valeur.

Dans le tableau ci-joint, nous écrivons en *lettres italiques* les symptômes auxquels on peut attacher la plus grande importance.

AFFECTIONS CÉRÉBRO-SPINALES MULTILOCULAIRES

	SÉRIE TABÉTIQUE	SCLÉROSE MULTILOCULAIRE	SYPHILOSE DISSÉMINÉE	PARALYSIE GÉNÉRALE
SYMPTOMES CÉPHALIQUES	Attaques apoplectiques épileptiformes. Vertiges. Troubles intellectuels. *Diplopie, strabisme* *Amaurose.* *Inégalité des pupilles.* *Anesthésie faciale.* *Surdité.* *Vertige de Ménière.* Laryngisme, embarras de la parole.	*Attaques épileptiformes apoplectiques.* *Vertiges.* *Troubles intellectuels.* *Diplopie.* *Nystagmus.* Amblyopie, atrophie blanche. *Embarras de la parole.* *Troubles de déglutition.* Paralysie des pneumogastriques.	Attaques épileptiformes. Épilepsie partielle hémiplégique. *Vertiges.* Troubles intellectuels, aphasie. *Amblyopie, névrite, optique.* *Diplopie.* *Céphalée : douleur fixe.* Paralysie faciale totale.	*Attaques épileptiformes apoplectiques.* *Vertiges,* *Troubles intellectuels :* Amnésie, délire des grandeurs, démence. Diplopie. Amblyopie, *Inégalité des pupilles.* Céphalée. *Embarras de la parole.*
SYMPTOMES VISCÉRAUX	*Crises gastriques,* » néphrétiques, » *vésicales.* *Parésie de la vessie.* *Cystite.*	*Crises gastriques.*	Crises : Non nerveuses.	Parésie de la vessie.
SYMPTOMES SPINAUX	*Douleur en ceinture* Hyperesthésie. Anesthésie. *Mouvements incoordonnés.* Contractures et trépidations.	Douleurs fulgurantes. Plaques. Incoordination. *Tremblement spécial.* Paraplégie spasmodique.	*Douleurs pseudo-névrales.* *Hémianèsthésie spinale.* *Paraplégie spasmodique, sous forme d'hémiparaplégie*	*Douleurs fulgurantes.* *Fourmillements.* *Incoordination.* *Parésie. Trépidation.* *Tremblement spécial de la main.*
SYMPTOMES TROPHIQUES	Eschares. Artropathies. Fractures. Atrophie musculaire.	Eschares. Arthropathies. Atrophie musculaire.		Eschares. Atrophie musculaire.

D'autres symptômes sont aussi indiqués, quoique moins fréquents. *Ex:* la paraplégie spasmodique et l'atrophie musculaire dans la sclérose multiloculaire, la parésie vésicale dans la paralysie générale, l'embarras de la parole dans l'ataxie locomotrice, etc. (Nous ne pouvons guère ici les différencier comme sur le tableau noir; nos lecteurs y suppléeront).

On devra principalement se guider sur les symptômes qui sont caractéristiques, pour ainsi dire. Ainsi, chez un malade si l'on observe de l'ataxie avec des nystagmus, il faudra songer à la sclérose multiloculaire et non à l'ataxie locomotrice (série tabétique), parce que le nystagmus est un symptôme précieux de la sclérose multiloculaire. De même, la paraplé-

gie spasmodique (reconnue par les mouvements continuels de trépidation qu'on produit quand on frappe un seul coup sur la plante des pieds), caractérise beaucoup mieux la syphilose que la sclérose multiloculaire, surtout si elle est accompagnée de *douleur fixe,* laquelle indique toujours un phénomène de compression. *Ex :* la paraplégie consécutive au mal de Pott.

Il est inutile d'ajouter que ce tableau n'est fait que pour fixer plus clairement ce que nous pensons dans l'état actuel de la science, mais qu'il pourra être modifié dans quelques détails par des découvertes et des investigations ultérieures. Toutefois, dans ses traits principaux, il me paraît ne renfermer que des faits absolument acquis à l'expérience médicale.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Badal.

Conférences d'optométrie.

I.

La section ophthalmologique du Congrès international des sciences médicales avait porté au programme, pour la session de 1877, la question suivante :

« Quelles sont les meilleures méthodes pour déterminer l'étendue des principales fonctions visuelles : a) *acuité;* b) *perception des couleurs;* c) *réfraction et accommodation;* d) *champ visuel* (*vision indirecte*); e) *mobilité de l'œil.* »

La question a été retirée, et je le regrette, j'aurais été heureux de pouvoir mettre à profit, dans ces leçons, les enseignements qui ne pouvaient manquer de résulter d'un échange d'idées sur ces points intéressants entre les spécialistes des différentes écoles.

Le moment semblait opportun pour une discussion de ce genre. Le courant assez marqué qui porte les jeunes médecins vers l'étude autrefois si négligée des maladies fonctionnelles de l'œil; l'introduction récente du système métrique en ophthalmologie; l'apparition d'instruments nouveaux dont il importe de fixer la valeur tant théorique que pratique; l'urgence pour le médecin légiste et le chirurgien militaire d'avoir enfin quelques règles précises qui puissent donner à leurs décisions, en matière d'optométrie, une base scientifique; tout concourt à donner à cette partie de l'oculistique, un caractère d'actualité bien fait pour attirer l'attention.

J'ai pensé que quelques leçons sur ces matières seraient favorablement accueillies, et je m'efforcerai de les rendre aussi claires, aussi pratiques que possible.

Avant de m'engager dans l'étude comparative des différentes méthodes d'examen applicables à la mesure des fonctions visuelles, il me paraît indispensable, pour ne pas être arrêté à chaque instant par des définitions, de vous rappeler quelle est la construction de l'œil, en tant qu'instrument d'optique, et de vous exposer ce qu'on entend par réfraction statique, réfraction dynamique, emmétropie, myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie, amplitude d'accommodation, acuité visuelle, etc., etc.

Vous savez qu'on appelle *réfraction* la déviation éprouvée par les rayons lumineux lorsqu'ils traversent la surface de séparation de deux milieux transparents, de pouvoir réfringent différent.

L'*indice de réfraction*, ou *pouvoir réfringent* d'un milieu, est le rapport constant qui existe entre le sinus de l'angle d'incidence et le sinus de l'angle de réfraction, lorsque la lumière passe de l'air, ou plus exactement du vide, dans ce milieu. Pour le vide, l'indice de réfraction est, par définition, égale à 1; pour l'air, à la pression ordinaire, la différence est si peu sensible qu'il est permis de n'en pas tenir compte.

Dans l'œil, la réfraction de la lumière se fait principalement sur la face antérieure de la cornée, puis sur les surfaces antérieure et postérieure du cristallin; mais il se produit aussi des réfractions à l'intérieur de cette lentille, sur les surfaces de séparation des couches qui la composent, par suite de l'inégale densité de ces couches. Quant à l'action réfringente de la surface postérieure de la cornée, il est permis de la négliger, par cette raison que l'indice de réfraction de la cornée est le même que celui de l'humeur aqueuse.

Les yeux peuvent être divisés en deux grandes classes, suivant qu'ils sont *symétriques* ou *asymétriques.*

Yeux symétriques. — La plupart des yeux humains sont construits d'une façon symétrique. On entend par là que leurs différentes surfaces réfringentes peuvent être assimilées à un système de surfaces de révolution, sphériques ou à peu près telles, ayant toutes pour axe une même ligne droite appelée *axe optique* de l'œil.

Je n'ai pas besoin de vous dire qu'on nomme surfaces de révolution celles pouvant se fabriquer sur le tour: une sphère, une toupie, un œuf, sont limitées par des surfaces de révolution.

Un système de pareilles surfaces est dit *centré,* et la lumière dans sa marche à travers les milieux transparents, obéit aux mêmes lois que dans les appareils dioptriques ordinaires de nos cabinets de physique.

Dans tout œil symétrique, la puissance de l'appareil réfringent étant nécessairement la même suivant tous les méridiens, il en résulte que les rayons lumineux *homocentriques,* c'est-à-dire provenant d'un même point (ou qui, suffisamment prolongés, passeraient par un même point), sont tous déviés de la même façon, quel que soit le plan méridien suivant lequel ils traversent les milieux de l'œil. Les rayons réfractés vont donc se réunir en un point commun, et dessinent dans leur course un cône parfaitement régulier.

Si le point de concours se trouve sur la rétine, l'image du point lumineux est aussi un point; si le lieu de concours est en avant ou en arrière, l'image rétinienne, c'est-à-dire l'intersection par la rétine du cône lumineux ou de son prolongement, est un cercle de diffusion d'autant plus grand que le sommet du cône est plus éloigné de l'écran rétinien. Cela est facile à comprendre.

En résumé, dans tout œil symétrique par rapport à l'axe optique, l'image d'un point lumineux sur la rétine ne peut être qu'un point ou un cercle.

Yeux asymétriques ou astigmates. — Mais il existe une anomalie de l'œil caractérisée par l'asymétrie des surfaces réfringentes, et dans laquelle la marche des rayons lumineux est beaucoup plus compliquée. Cette anomalie a reçu du docteur Whewell le nom d'*astigmatisme* (ἀ privatif; στίγμα, point), parce que l'image d'un point lumineux ne se peint jamais sur la rétine sous forme d'un point.

Cela tient à ce que, dans l'œil astigmate, la courbure des surfaces de séparation des milieux transparents varie d'un méridien à l'autre, parfois même dans l'étendue d'un même méridien; et à ce que les courbures ne sont plus centrées sur le même axe.

Il résulte de ce vice de conformation de l'œil que les différents rayons partis d'un même point lumineux sont réfractés d'une façon différente, suivant qu'ils traversent tel ou tel méridien; ils vont former foyer dans chacun d'eux, non-seulement à des distances différentes, mais encore sur des axes différents. L'image d'un point lumineux n'est donc jamais un point, mais une infinité de points donnant sur la rétine une tache de diffusion.

Pour être bien comprise, cette question de l'astigmatisme demanderait quelques développements; je lui consacrerai une leçon à part et je renvoie à ce moment l'étude des aberrations de sphéricité et de réfrangibilité qui n'offrent quelque intérêt que dans l'œil astigmate.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du lundi 28 janvier 1878.

PRÉSIDENCE DE M. PÉLIGOT.

Prix décernés (année 1877).

Grand prix des sciences physiques. — L'Académie avait proposé, pour le prix à décerner en 1877, le sujet suivant :

« Étude comparative de l'organisation intérieure des divers crustacés édriophthalmes qui habitent les mers d'Europe. »

Aucun mémoire n'ayant été reçu au secrétariat, l'Académie

maintient la question au concours et en proroge le terme à l'année 1879.

Prix Lacaze (physique). — L'Académie décerne ce prix à M. A. Cornu, auteur d'un grand travail sur la vitesse de la lumière.

Prix Montyon (statistique). — Le prix de 1877 est décerné à M. E. Yvernès, pour le travail éclairé et les soins persévérants qu'il apporte aux volumes de la « statistique civile et commerciale de la France. »

Le prix réservé de 1876, à M. T. Loua, pour la confection des quatre volumes in-folio de la nouvelle série de la statistique de la France.

Mention honorable : 1° à M. Dislère, pour la partie statistique de ses mémoires sur la marine cuirassée, etc.; 2° à M. le docteur Puech, pour les recherches contenues dans son mémoire manuscrit sur la répétition des accouchements multiples.

Prix Jecker (Chimie). — Le prix de 1877 est décerné à M. A. Houzeau, pour ses travaux sur l'ozone.

Prix Lacaze (Chimie). — Décerné à l'unanimité à M. L. Troost, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris.

Prix Barbier (botanique). — Non décerné cette année. A titre de récompense, l'Académie accorde une somme de 1,000 francs à M. Galippe, pour ses « Études toxicologiques sur les cantharides. » — Une somme de 500 francs, à MM. Lepage et Patrouillard, pour la recherche et l'indication des moyens les plus propres à constater la pureté des médicaments. — Enfin, une somme de 500 francs à M. Manouvriez, pour divers mémoires, ne s'occupant pas plus de botanique, que les travaux ci-dessus énoncés.

Prix Desmazières (botanique).— Un encouragement de 1,000 francs à M. le docteur Quélet pour son travail : « Les champignons du Jura et des Vosges. » Un encouragement de 600 francs à M. Bagnis, pour son mémoire : « La Puccinie. »

Prix Bordin (botanique). — Un encouragement de 1,000 francs à M. Bertrand (Ch.-Eug.), pour son mémoire sur les Lycopodiacées.

Prix Bordin (botanique). — Décerné à M. Bertrand (Ch.-Eug.) pour son « Anatomie comparée des téguments de la graine. »

Prix Thore (anatomie et zoologie). — Décerné à M. Jousset de Bellesme, pour ses recherches sur la physiologie des insectes.

Prix Montyon (médecine et chirurgie).— Cinquante-cinq ouvrages avaient été adressés à l'Académie. Elle décerne :

1° Un prix de 2,500 francs à M. Hannover, professeur à l'université de Copenhague, pour son livre : « La rétine de l'homme et des vertébrés ».

2° Un prix de 2,500 francs à M. le professeur Parrot pour son livre sur l'athrepsie.

3° Un prix de 2,500 francs à M. le professeur Picot (de Tours), pour son livre « Des grands processus morbides. »

Mentions honorables de 1,000 à 500 francs : 1° à M. Topinard, pour son livre « l'Anthropologie »; — 2° *Ex æquo* : à MM. Lasègue et Regnault, pour leur travail : « La thérapeutique jugée par les chiffres », et MM. Delpech et Hillairet pour leur « Mémoire sur les accidents auxquels sont soumis les ouvriers employés à la fabrication des chromates ». — 3° *Ex æquo* à M. F. Franck et Oré, auteurs, le premier, de « Recherches sur le changement de volume des organes dans leurs rapports avec la circulation »; le second, auteur d'une « Physiologie expérimentale appliquée à la thérapeutique et à la toxicologie. »

En outre, l'Académie accorde des citations à MM. Armaingaud, Brouardel, Burq, Couty, Desprès, Lecomte, Mégnin, Peyraud, Salathé, Sanné et Testut.

Prix Bréant (médecine). — Le prix est accordé à M. Joanny Rendu pour ses travaux sur la variole à Lyon.

Prix Godard. — Décerné à M. Cadiat pour divers mémoires.

Prix Montyon (physiologie). — L'Académie partage ce prix entre M. Ferrier, médecin de King's College (de Londres) pour ses recherches sur l'électrisation de la surface du cerveau, et MM. Carville et Duret, pour leurs recherches sur les fonctions des hémisphères cérébraux.

Mention très-honorable à MM. Jolyet et Regnard pour leurs recherches sur les phénomènes chimiques de la respiration chez les animaux aquatiques.

Enfin, la commission a cru « devoir signaler à l'attention bienveillante de l'Académie l'auteur d'un mémoire sur la sensibilité, M. le docteur Charles Richet, jeune physiologiste dont la vive intelligence et le jugement droit promettent beaucoup pour l'avenir. »

Prix Lacaze (physiologie). — Décerné à M. Dareste, pour ses « Recherches sur la production artificielle des monstruosités ou Essais de tératogénie expérimentale. »

Prix Montyon (arts insalubres). — Encouragement de 2,000 francs à M. Hétet, professeur de chimie à Brest, à l'occasion des travaux auxquels il s'est livré, dans l'intérêt de la marine, pour améliorer la question des eaux potables fournies par les condenseurs à surface employés dans la construction des machines à vapeur, et pour éviter leurs effets corrosifs sur le fer des chaudières.

Nous publierons prochainement le programme des prix proposés par l'Académie pour les années 1878, 1879, 1880 et 1883.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 février 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Ablation de la rate chez les animaux. — M. Pouchet a enlevé la rate sur un turbot; après l'ablation de cet organe, cet animal n'a rien présenté de particulier, mais il mourut quatre mois après; on trouva très-peu de sang dans les vaisseaux et l'on ne constata aucune espèce d'épanchement ni d'adhérence.

M. Pouchet a saigné des chiens à blanc, jusqu'au point de produire la syncope, on ne trouva pas dans le sang de ces animaux de globules rouges présentant des noyaux en régression.

Influence du repos sur le développement des bactéridies. — M. Paul Bert, à l'occasion de la communication de M. Horvath dans la dernière séance, rappelle les travaux qui ont été faits sur le même sujet dans son laboratoire.

Une discussion s'engage sur ce sujet, relative à une question de priorité, entre MM. Horvath et Paul Bert.

Du protoxyde d'azote. — M. Paul Bert rappelle que les gaz susceptibles d'agir sur les organismes vivants, ne doivent cette action qu'à l'état de tension dans lequel ils se trouvent au moment de leur emploi. Tenant compte de ce fait important, il a fait une série d'expériences sur le protoxyde d'azote.

Ce gaz est extrêmement employé depuis déjà longtemps par les dentistes et ne donna lieu jusqu'ici qu'à de très-rares accidents; mais il n'est employé que pour procurer une anesthésie de courte durée. Le protoxyde d'azote, ajoute M. Bert, n'agit sur l'homme, comme anesthésique, qu'à la condition d'être parfaitement pur et que sa tension soit 100 pour 100. S'il y a 5 ou 6 pour 100 d'oxygène. on obtient des phénomènes d'excitation, d'hilarité, en particulier, d'où lui vient son nom de gaz hilarant. Mais employé pur et à la tension de 100 pour 100, il produit une anesthésie complète, mais de très-courte durée et suivie d'un retour instantané à un bien-être remarquable. Si l'on prolongeait cette anesthésie, on exposerait les malades à des accidents d'asphyxie. Or M. Bert a tenté d'obtenir une tension de ce gaz égale à la tension anesthésique, pour ainsi dire, sans avoir le danger de l'asphyxie.

Si l'on place un animal sous une cloche avec une pression de 2 atmosphères avec 50 de protoxyde d'azote, ce qui, au point de vue de la tension, revient au même que s'il y avait 100 de protoxyde d'azote, cet animal respire de l'air normal et une quantité de protoxyde d'azote suffisante pour produire l'anesthésie. M. Bert a placé un rat dans une cloche à la pression de trois atmosphères avec une quantité de protoxyde d'azote plus que suffisante pour produire l'anesthésie. Cet animal a été très-rapidement pris de sommeil, sans traces d'asphyxie; après vingt minutes, M. Bert a décomprimé brusquement; puis après deux ou trois respirations, ce rat est immédiatement revenu à la sensibilité. Mais sa température est restée abaissée, cet animal a continué à être somnolent, quand on l'excitait,

il réagissait avec une lenteur toute particulière; il est resté ainsi pendant quarante-huit heures. Le protoxyde d'azote a donc profondément impressionné cet organisme, quoique d'une solubilité excessive et paraîtrait, d'après cela, pouvoir être un anesthésique à longue portée. M. Bert doit d'ailleurs poursuivre ces expériences.

D'après les expériences qu'il a faites, il croit également pouvoir conclure que le protoxyde d'azote n'exerce aucune action sur le cœur comme les carbures d'hydrogène.

M. HOUEL ne s'est servi qu'une fois du protoxyde d'azote, et a été très-péniblement impressionné de l'action de cet anesthésique; son malade était devenu complétement noir.

M. LABORDE engage M. Bert à poursuivre le plus promptement possible ses expériences, qui sont d'une très-grande importance. Il connaît, quant à lui, plusieurs faits d'accidents mortels par le protoxyde d'azote et qui n'ont jamais été publiés.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE

COMPTE RENDU DÉCENNAL

DE LA CLINIQUE DERMO-SYPHILOPATHIQUE DE PALERME (1).

Par GIUSEPPE PROFETA.

Un des auteurs spéciaux les plus justement estimés, le docteur Giuseppe Profeta, vient de publier la relation décennale du service dermo-syphilopathique de Palerme. On ne saurait trop, suivant nous, appeler l'attention sur ces comptes rendus, auxquels s'astreignent la plupart des médecins en Italie; à côté des renseignements nombreux tant administratifs que médicaux qu'ils fournissent à l'hygiène et à la statistique, il est rare qu'ils ne fourmillent pas de faits cliniques d'un grand intérêt et d'idées originales, que l'auteur expose sans apparat, presque familièrement, au lecteur qu'il prend pour confident.

L'ouvrage du docteur Profeta peut être cité comme un des plus remarquables en ce genre.

Dans une première partie, nous trouvons résumés quelques-uns des mémoires qui ont fait la renommée du jeune maître : *Sur les dermatoses symptomatiques du rhumatisme et de la goutte; Sur le développement chronologique de la syphilis; Sur le chancre non infectant céphalique; Sur la lèpre sicilienne, la pseudo-pellagre alcoolique*, etc...

Ne pouvant donner ici une analyse détaillée des quatorze chapitres inédits qui constituent la seconde partie, nous nous bornerons à une nomenclature rapide de quelques-uns des plus importants : Dans un premier article consacré au *nævus vasculaire*, l'auteur se montre peu partisan de l'origine nerveuse, et, d'accord avec G. Saint-Hilaire, disposé à faire jouer un assez grand rôle à l'état morbide de la mère pendant la grossesse. — Plus loin, parlant des *chéloïdes* spontanées ou cicatricielles, il soutient leur identité absolue à l'œil nu, et donne sur leur examen comparatif au microscope les plus précieux renseignements. — Viennent ensuite quelques pages sur le *molluscum*, à propos d'un malade sur lequel on put compter plus de 7,000 petites tumeurs; puis sur l'*achromie acquise* par cause morale. Il s'agit, dans ce cas, d'un malade qui, en 1848, faillit périr dans une émeute et dont le tégument subit, à partir de cette époque, un processus de dépigmentation persistant encore au bout de trente années. Citons encore de très-curieux faits de *purpura urticans* par athérome artériel; des observations d'ichthyose acquise, de *chancre mixte*, de *bubon d'emblée*. Enfin, dans les derniers chapitres, l'auteur expose ses vues sur le pronostic et le traitement de la syphilis, en insistant spécialement sur la méthode hypodermique, à la propagation de laquelle on sait qu'il a pris une très-grande part.

Nous ne terminerons pas cette notice sans signaler d'une façon particulière le splendide *Atlas photographique* qui termine cet ouvrage. La netteté des vingt-deux planches qu'il contient, ne laisse rien à désirer.

En résumé, ce travail qu'il faut lire en entier, fait le plus grand honneur à la science italienne et l'on se demande comment M. Profeta a pu faire autant avec les ressources, nécessairement restreintes, dont il dispose à Palerme. Souhaitons qu'avec un juste surcroît de notoriété, cette publication lui apporte une consécration officielle qui le mette à même d'exercer ses brillantes facultés sur un plus vaste théâtre.

(1) Palermo, 1878.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le préfet de la Seine, sur la proposition de M. le directeur de l'Assistance publique, a décidé le rétablissement du concours et de la limite d'âge pour les médecins des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. En conséquence, il vient d'instituer une commission chargée d'arrêter les conditions et le programme d'un concours spécial pour trois places actuellement vacantes ou à la veille de l'être. Si nos informations sont exactes, ce concours s'ouvrirait dans trois mois et le service médical des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière serait complétement réorganisé, à partir du 1er juillet prochain. Dans chacun de ces établissements, ainsi que l'exige la loi, la résidence serait imposée à l'un des médecins.

— Par arrêté de M. le préfet de police, M. le docteur Ritti, ancien interne et médecin-adjoint d'établissements d'aliénés, a été nommé médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine, en remplacement de M. P. Berthier, décédé.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 16. — JEUDI 7 FÉVRIER 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 7 FÉVRIER 1878. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

On comprend que chacun des chirurgiens qui siègent à l'Académie tienne à exprimer son avis sur une question de pratique aussi fondamentale que celle du pansement des plaies d'amputation. Mais une fois la question traitée *ex professo* par M. Richet, dans les discours qui devaient suivre, il fallait s'attendre à bien des redites.

M. Richet ne se vantait pas d'être un novateur, au contraire. Les magnifiques succès qu'il avait obtenus dans la désarticulation coxo-fémorale, il les attribuait à l'application intelligente et minutieuse d'une méthode classique et de procédés qui, disait-il, étaient un peu ceux de tout le monde aujourd'hui. Il ne faisait donc que traduire, avec sa netteté d'esprit habituelle, un courant d'opinion qui entraînait également la majorité de ses collègues.

Les discours de MM. Trélat, Legouest et Gosselin, l'ont montré. Tour à tour, ils y préconisent, avec bien peu de modifications accessoires sans importance, le même genre de pansement qui a si bien réussi entre les mains de M. Richet dans les désarticulations coxo-fémorales.

Tous ils sont d'accord pour conseiller d'affronter le mieux possible les surfaces sanglantes dans une grande partie de leur étendue, en laissant vers le centre la plaie non réunie et y plaçant un ou plusieurs drains, pour donner aux liquides qui y seraient sécrétés un écoulement des plus faciles.

Tous ils craignent la contagion par des objets de pansement et recommandent des soins de propreté minutieuse. Tous ils considèrent comme utile l'usage de certains topiques sur les surfaces suppurantes.

La controverse ne pourrait porter que sur le choix de ces topiques.

M. Richet a exprimé ses préférences pour l'alcool. M. Gosselin, aussi pour l'alcool et de plus pour l'eau-de-vie camphrée.

Suivant ce dernier orateur, l'eau-de-vie camphrée, et peut-être l'alcool à 90°, empêcheraient la production des vibrions et des bactéries, que l'on retrouverait toujours, au contraire, sous les pansements phéniqués. Ce serait le meilleur moyen de se mettre à l'abri des érysipèles et des infections purulentes.

Il n'y aurait pas de fièvre traumatique, pas de symptômes généraux, pas d'inflammation, pas d'irritation, de gonflement des bords de la plaie.

De tels avantages compenseraient, et au-delà, l'inconvénient de voir la cicatrisation marcher peut-être un peu moins vite.

Pour la théorie, nous renvoyons au résumé que nous en donnons plus loin dans le compte-rendu de la séance.

Cette théorie d'ailleurs n'est pas nouvelle, pas plus que l'emploi de l'alcool; pas plus que toutes les précautions minutieuses recommandées, soit pour l'opération, soit pour les pansements consécutifs. Ces précautions, c'étaient celles-là mêmes que les chirurgiens qui pratiquaient l'ovariotomie avaient, depuis longtemps, jugées indispensables pour le succès de cette grave opération.

Nous avons vu Kœberlé, à Strasbourg, les appliquer à une époque où les chirurgiens de Paris en étaient encore, pour la plupart, soit à ce que M. Gosselin nomme la *période d'indifférence* en matière de pansement, soit à ce qu'il nomme la *période de prophylaxie par la seule hygiène*.

Lavage des couteaux, des bistouris, des pinces, des éponges, etc., dans de l'alcool presque absolu, hémostase obtenue le plus possible sans ligature, affrontement exact des surfaces cruentées sur toute leur hauteur, et non-seulement sur leurs bords, introduction d'un tube jusqu'au fond de la plaie, aspiration des liquides sécrétés, au besoin lavages répétés avec des liquides antiputrides, etc.; tout cela se pratiquait alors comme cela se pratique aujourd'hui.

Ce qui est nouveau, ce ne sont donc point les procédés, ni dans leur ensemble, ni dans leurs détails: c'est leur généralisation.

On a cessé d'être indifférent par rapport à ces petits soins, par lesquels ceux qui opéraient en pleine cavité péritonéale avaient expliqué les résultats consignés dans leurs étonnantes statistiques. Ceux qui négligeaient tous ces petits soins, quelle que fût du reste leur habileté chirurgicale, ne réussissaient à peu près jamais.

Puis les théories panspermiques, si brillamment développés par M. Pasteur, ont plus ou moins influencé ceux mêmes qui font profession de ne pas vouloir les admettre dans leurs applications à la pathologie.

On se dit qu'il faut tenir compte de cet élément nouveau d'une question complexe, bien qu'il soit bon de se défier d'exagérations théoriques, assimilant le corps vivant, dans toutes ses réactions, à une matière morte.

L'activité vitale, indéniable, peut, dans bien des cas,

résister à ce que la matière morte subit passivement. Mais c'est une raison de plus pour s'appliquer à bien connaître tous les dangers qui la menacent et les moyens de les éviter.

Sans regarder comme absolument fatal le développement de germes atmosphériques déposés sur une plaie avec toutes les conséquences pathogéniques qui lui sont attribuées, on peut et l'on doit se préoccuper de ces germes qui, dans certaines conditions, exerceraient une action nocive.

Reste à savoir jusqu'où peut aller cette action nocive et quelles sont au juste les conditions qui la favorisent ou qui l'entravent.

C'est maintenant sur ce point que doivent surtout porter les recherches expérimentales, et, s'il y a lieu, les controverses.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Guibout.

Altérations hypertrophiques de l'épiderme. Callosités. Cors. Cornes.

(Leçon recueillie par M. Magne, interne du service.)

Dans l'éléphantiasis des Arabes, nous avons vu que le travail morbide hypertrophique atteint tous les tissus, tous les organes de la partie malade; c'est même la raison qui nous a conduit à préférer la dénomination d'*éléphantiasis* à celle de *pachydermie*. Cette dernière, en effet, n'exprime que l'altération isolée du tégument externe. Aujourd'hui, nous allons ne nous occuper que d'une seule des parties constituantes de la peau, l'épiderme, et nous allons étudier ses diverses altérations hypertrophiques.

Les altérations hypertrophiques de l'épiderme ont été désignées par Hébra, sous le nom de *kératoses sans lésion du corps papillaire*. Elles peuvent se manifester sous quatre formes différentes : 1° *les squames*; 2° *les callosités*; 3° *le clou ou cor*; 4° *les cornes*.

1° *Les squames* sont toujours consécutives à des affections plus profondes; elles appartiennent à l'histoire de maladies spéciales, nous n'avons pas à nous en occuper aujourd'hui.

2° *Les callosités ou durillons.*

Le mot *callosité* (callus épais), indique un épaississement partiel du tissu épidermique, indépendant de toute lésion du derme sous-jacent. L'épiderme devenu calleux est d'une coloration gris-brunâtre : à sa surface, les plis et les rides de la peau sont plus ou moins effacés, la sensibilité tactile aussi bien que la sensibilité à la douleur sont diminuées, pour ne pas dire éteintes.

La surface interne de la callosité est directement en rapport avec la couche la plus superficielle du derme qui, en général, est humide, la sécrétion des éléments épithéliaux continuant au-dessous de la callosité. Celle-ci s'accroît donc de sa partie profonde à sa partie périphérique, aussi les couches les plus superficielles sont les plus anciennes. La callosité représente ainsi une espèce de bouclier qui met le derme à l'abri des compressions trop violentes; mais cet organe protecteur a de nombreux inconvénients; il finit par comprimer les parties sous-jacentes du derme, il les irrite et le résultat de cette irritation est la formation d'une quantité de pus plus ou moins considérable. Ce pus, emprisonné entre le derme et une couche épaisse d'un tissu compact, épais, sans élasticité, inextensible et presque corné, donne lieu à des douleurs souvent intolérables, jusqu'à ce que la callosité ayant été usée, couche par couche, par l'action destructive du pus, ait été perforée de manière à lui donner une issue.

Il s'est donc formé sous la callosité un véritable abcès. Ces abcès sous-calleux ont reçu le nom de *bagantuas*; ils méritent toute l'attention du chirurgien. S'ils sont le principe et la cause d'accidents douloureux et inflammatoires souvent intenses, ils deviennent aussi un des modes de guérison spontanée par la callosité qui, par leur fait, est amincie, usée, perforée et exfoliée; de sorte que l'abcès en se guérissant, guérit en même temps, ou plutôt détruit la callosité.

Les callosités reconnaissent presque toujours pour cause des pressions extérieures; on les trouve, par conséquent, dans les régions du corps qui sont soumises au contact répété et longtemps prolongé de corps durs ; on les trouve principalement là où la peau prend un point d'appui superficiel et résistant sur le tissu osseux. C'est ainsi qu'aux pieds, par le fait de la pression du poids du corps, il se forme des callosités ou, ce qui est la même chose, des durillons, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes et au talon; et c'est ainsi qu'aux mains, l'habitude de se servir de certains instruments de travail, en produit au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Le siége de ces callosités ou durillons est presque toujours déterminé par les exigences professionnelles.

Chose importante à noter : lorsqu'une pression s'exerce sur l'épiderme d'une manière intermittente, elle l'épaissit, elle l'hypertrophie, elle le rend calleux. Lorsqu'au contraire, une pression se produit d'une manière fixe, permanente et constante, elle use, elle amincit, elle atrophie l'épiderme. C'est ce que vous pouvez constater sur un membre qui a été, pendant plusieurs semaines, comprimé par un appareil à fracture : l'épiderme y est presque détruit, il est devenu pelliculaire, sans résistance, sans adhérence au derme sous-jacent, duquel il se détache presque de lui-même.

Alibert désignait la callosité sous le nom de *tyloma* ou *tylosis*; et il en admettait deux variétés :

1° Le *tylosis indurata* qui n'était autre chose que la callosité à forme indurée, que nous venons de décrire;

2° Le *tylosis globulosa*, ou callosité à forme globuleuse, qui vulgairement est appelée *oignon*, et qui n'est autre chose qu'une callosité développée au niveau d'une bourse muqueuse.

Lorsque cette dernière s'est enflammée, et que, consécutivement, elle est remplie de pus, la callosité alors surmonte une tumeur semi-globuleuse qui lui donne son aspect caractéristique.

Le siége d'élection de l'*oignon*, est la peau qui enveloppe l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, à sa face plantaire, mais surtout à sa face interne.

Vous entendrez dire et vous lirez à peu près dans tous les auteurs, que la callosité est une affection bénigne et sans importance; cette proposition est vraie pour l'immense majorité des cas, mais il peut arriver cependant que la callosité constitue une réelle gravité; ainsi, par exemple, elle peut obliger les personnes qui en sont atteintes à changer de profession, et lorsqu'elle siège aux pieds, elle empêche la marche et condamne à un repos absolu.

Nous avons vu que quelquefois la callosité guérit d'elle-même et sans traitement, que sa guérison peut être la conséquence d'un abcès qui s'est formé par dessous, mais le plus souvent, il est nécessaire, pour la faire disparaître, d'en pratiquer l'excision avec le bistouri. Si des malades pusillanimes se refusent à ce mode de traitement, le plus sûr, le plus direct et le plus efficace, vous en serez réduits à l'emploi d'un traitement palliatif : vous devrez alors avoir recours

aux douches de vapeur, aux émollients qui ramolliront l'épiderme épaissi et favoriseront l'exfoliation de la callosité.

3° Le *cor* ou *œil-de-perdrix*, ou *clou* (clavus), est constitué aussi par une induration et une hypertrophie épidermique; mais, tandis que dans la callosité l'hypertrophie se fait en surface, ici, elle se fait en profondeur; au lieu de rester superficielle, la partie hypertrophiée devient pyramidale, elle prend la forme d'un clou, à pointe dirigée vers les parties profondes; cette pointe aiguë, logée dans une sorte de cupule qui l'emboîte exactement, a une tendance à pénétrer dans l'épaisseur du derme, toutes les fois que la base du cor est comprimée.

Le cor se développe là où se fait sentir la pression de la chaussure et surtout dans les endroits où il existe un os qui résiste à cette pression. C'est donc au niveau de la face externe du petit orteil, au niveau de la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et au talon, qu'on le trouvera le plus souvent.

La portion du derme qui est en contact permanent avec l'induration épidermique qui constitue le cor, s'enflamme, se dénature, ses papilles disparaissent et finalement elle devient une véritable *matrice* destinée à former de nouvelles couches épidermiques cornées, profondes, au fur et à mesure que s'éliminent les couches les plus superficielles. Vous saisirez parfaitement la raison des douleurs si vives que cause le cor, à la moindre pression, au moindre choc, si vous vous souvenez que ce choc et cette pression ont pour résultat de faire entrer dans la surface vivante et si sensible du derme, la pointe aiguë de la pyramide ou clou qui représente le cor.

Chacun sait que les changements de temps sont la cause de très-vives douleurs pour les régions où siégent les cors. De ce fait on vous donnera souvent une explication qui n'est que spécieuse. Le cor, vous dira-t-on, est essentiellement hygrométrique, il a une grande tendance à absorber l'humidité; lors donc que le temps est humide, il augmente de volume, il se gonfle et exerce ainsi une pression beaucoup plus vive, sur le derme dans lequel il est implanté; de là la douleur.

Cette explication n'est d'aucune valeur, car l'exacerbation de la douleur se produit moins pendant que la pluie tombe, que pendant les jours qui la précèdent; et, de plus, elle se fait sentir aussi bien quand le temps doit passer de l'humide au sec que du sec à l'humide. Par conséquent, l'état hygrométrique de l'air, ne donne aucune explication satisfaisante.

Il est en médecine, comme en toutes choses, des phénomènes bizarres que nous sommes forcés de constater, sans pouvoir les expliquer; celui-là est de ce nombre. Les exacerbations douloureuses du cor par le fait des changements prochains de temps et de température sont aussi remarquables et tout aussi inexplicables que les exacerbations douloureuses du rhumatisme, sous l'influence des mêmes causes atmosphériques.

L'idée que vous devez vous faire de la gravité du cor ou clou, varie avec le siége qu'il occupe. Au talon, il constitue une affection sérieuse, car cette région supportant le poids du corps, il rend la marche souvent impossible, ou du moins possible seulement au prix de douleurs souvent intolérables; il en est de même quand il siège à la région plantaire, et surtout à la région métatarso-phalangienne.

Hébra cite le cas d'un malade qui avait de nombreux cors à la région plantaire. Ce malheureux était dans l'impossibilité absolue de marcher. Le médecin qui le soignait, croyant avoir affaire à une affection arthritique, l'envoya aux eaux de Carlsbad, naturellement sans succès; ce n'est que deux ans plus tard que Hébra, ayant eu l'occasion de l'observer, le débarrassa de son infirmité par le seul traitement qui convient en pareil cas.

Traitement. — La quatrième page des journaux est remplie d'annonces auxquelles, évidemment, vous ne devez attacher aucun crédit; il n'existe ni pommade ni onguent qui puisse amener la guérison d'un cor : la seule chose efficace est l'excision; mais il faut avoir bien soin de la faire complète. Il faut couper, non pas seulement la partie superficielle, mais encore exciser la partie profonde, le sommet du cône, de façon à évider complétement la cupule dermique; et, alors, il est de toute nécessité de détruire, par la cautérisation, la surface interne de cette cupule, c'est-à-dire la matrice du cor, sans quoi le cor serait reproduit. Le caustique que je vous recommande est l'acide sulfurique : à l'aide d'une allumette ou d'une baguette de verre, on en dépose une goutte sur la partie excisée, et, si le cor se reforme, on renouvelle autant de fois qu'il est nécessaire, l'excision et la cautérisation, jusqu'à destruction complète et définitive.

3° *Les cornes.* Il existe des cornes de deux espèces bien différentes : les unes sont formées par la concrétion d'une quantité plus ou moins considérable d'humeur sébacée : l'étude de cette variété de cornes rentre dans l'histoire de l'acné, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Les autres sont formées par de l'épiderme, c'est de celles-là seulement dont j'ai à vous parler.

Toute corne épidermique peut être considérée comme un cor retourné, dont la base serait profonde au lieu d'être superficielle et dont le sommet, au lieu de s'enfoncer dans l'épaisseur du derme, formerait, à la surface de la peau, une saillie, une pointe, plus ou moins proéminente.

Les cornes sont très-variables dans leurs formes et leurs dimensions, les unes sont droites et aiguës, à sommet effilé: les autres sont torses et s'enroulent sur elles-mêmes, comme celle des béliers. Leur longueur n'est quelquefois que de 15 à 20 millimètres; d'autres fois elle peut être de 100 à 110 millimètres; tantôt il n'y en a qu'une seule, tantôt il y en a plusieurs.

Notons ici une remarque très-intéressante faite par deux médecins très-distingués, MM. Bérard et Landouzy. Ils ont constaté que les individus porteurs de cornes ont l'habitude de ruminer leurs aliments. Quelque étrange, quelque bizarre que soit ce fait, il me paraît difficile de le révoquer en doute dès lors qu'il a été constaté et noté par des observateurs aussi sérieux et aussi dignes de foi.

Les causes qui produisent les cornes épidermiques, nous échappent complètement; nous ne pouvons invoquer ni le frottement ni l'action irritante d'agents extérieurs, puisque leur siége d'élection est le front et le cuir chevelu. Aussi les auteurs sont-ils réduits à dire, faute de pouvoir expliquer leur formation, qu'elles sont une superfétation, une excroissance, un jeu, un caprice de la nature : *nisus excrescendi*, *lusus naturæ*.

Les cornes ne constituent pas seulement une difformité très-désagréable; elles occasionnent une gêne excessive, de nombreux inconvénients et souvent de sérieux accidents. Ainsi toutes les fois qu'elles reçoivent un choc, il en résulte, pour le derme auquel elles adhèrent, un tiraillement, un ébranlement des plus douloureux, et si ces ébranlements

sont répétés, la douleur qui en résulte entretient dans la région périphérique une inflammation quelquefois assez vive. pour y déterminer de la suppuration.

La section, l'excision même de la corne, jusque dans sa racine intra-dermique, ne sauraient suffire pour la faire disparaître définitivement. N'oublions pas, en effet, qu'elle est implantée dans l'épaisseur même du derme, et que la partie dermique qui est dans un rapport immédiat avec elle, lui constitue, comme pour le cor, une véritable *matrice* qui lui fournit les éléments d'une prolifération incessante. Il est donc nécessaire, après avoir coupé la corne, de détruire, par une ou plusieurs cautérisations successives, la matrice au milieu de laquelle elle a poussé et qui ne manquerait pas de la reproduire.

CLINIQUE LARYNGOSCOPIQUE

Étude sur les altérations du larynx dans la tuberculose (1)

Par M le docteur Charles Fauvel et M. Jules André.

Notre intention n'est pas de donner ici l'histologie pathologique des altérations du larynx dans les cas de phthisie laryngée, mais de publier le résultat des recherches que nous avons faites sur le larynx d'un tuberculeux, mort à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Péan, et qui avait été souvent examiné auparavant à notre clinique de laryngoscopie.

Ce larynx était altéré dans toute son étendue et l'examen à l'œil nu permettait de saisir, d'un seul coup, les diverses altérations produites par la tuberculose. Un point intéressant à signaler d'abord, c'est que ces altérations étaient surtout très-accentuées au niveau des bords adhérents, de l'épiglotte, à la base de sa face laryngée, dans les ventricules, sur la corde vocale supérieure, moins malade cependant au niveau de son bord marginal que la corde vocale inférieure.

Dans le point où les cordes vocales inférieures s'attachent à l'apophyse interne du cartilage aryténoïde, la commissure n'existait plus, elle était détruite par une ulcération à bords bourgeonnants, à fond grisâtre suivie de trois autres ulcérations plus petites siégeant sur le bord libre de la corde. Notons encore que la face pharyngienne de l'épiglotte ne portait pas trace d'ulcérations non plus que son bord libre, mais présentait un œdème de voisinage très-accentué.

En résumé, la muqueuse tout entière était œdématiée, boursouflée, ulcérée, garnie de petites élevures assez irrégulièrement distribuées, faisant saillie sous la muqueuse et donnant lieu à des tumeurs plus ou moins résistantes suivant leur période d'évolution. Ces tumeurs étaient isolées ou disposées sous forme de traînées irrégulièrement bourgeonnantes et séparées par des interstices entre lesquels on trouvait à l'aide du microscope une grande quantité de globules de pus, quelques globules rouges et des épithéliums à diverses périodes de dégénérescence.

Les coupes que nous avons pratiquées sur le larynx qui fait l'objet de cette étude ont porté sur toutes les parties de la muqueuse laryngée, depuis l'épiglotte jusqu'au niveau du troisième anneau de la trachée et l'ensemble de leur étude nous a réduit à diviser notre travail en trois parties.

Une première relative aux tubercules en général, une seconde aux variations que présentent ces tubercules suivant leur siége, une troisième ayant trait aux altérations des parties constituantes de l'organe, cartilages, os et muscles.

Dans presque toutes les coupes faites sur la zone qui s'étend de la base de l'épiglotte jusqu'au cartilage cricoïde, les lésions de la muqueuse étaient tellement avancées qu'il serait extrêmement difficile de les diviser. Au niveau des cartilages de Wrisberg et du cartilage thyroïde surtout, la muqueuse ne se composait plus que d'une masse bourgeonnante, anfractueuse, remplie de cellules en dégénérescence granulo-graisseuse, sans type déterminable et de nombreux globules de pus. Nous nous trouvons là, en face de la période ultime de toute décomposition de tissus, quelle que soit la cause qui ait donné lieu à cette décomposition.

Il en est autrement de la partie située au-dessus de la base de l'épiglotte de la muqueuse trachéale et de la portion libre de la corde vocale supérieure droite, portion dans laquelle on trouve toute la série du développement des tubercules à une période primitive. Nous rappelons, à ce propos, que, dans les points dont nous parlons, l'épithélium qui recouvre la muqueuse laryngée n'est pas cylindrique comme partout ailleurs et cette réflexion nous conduira, dans une autre étude, à une nouvelle série de considérations qui nous semblent utiles pour l'anatomie générale des muqueuses. Quoi qu'il en soit, nous avons remarqué sur nos préparations que les granulations sont généralement placées entre la partie de la muqueuse qui contient les glandes et la membrane sous-jacente à l'épithélium. Le plus souvent on les trouve dans la couche mince formée par un tissu lamineux (conjonctif) assez lâche renfermant un certain nombre de noyaux embryoplastiques dans sa partie profonde qui fait suite à la limitante sous-épithéliale. Cependant ce siége n'est pas absolu et nous trouvons sur nos coupes des granulations en voie de développement jusque dans le tissu conjonctif épais qui entoure les glandes placées dans la troisième couche de la muqueuse.

Les granulations se présentent sous forme de masses homogènes de un dixième de millimètre à un millimètre de diamètre en général, et sont constituées par des noyaux de tissu conjonctif (cellules embryonnaires). Ces noyaux se segmentent, se multiplient, comme l'a dit justement Ch. Robin, et de leur multiplication naissent les masses dont nous avons parlé.

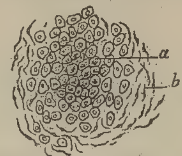


Fig. 1. — Granulation primitive.

a Petites cellules centrales en voie de désorganisation très-serrées les unes contre les autres.
b Tissu conjonctif dans lequel se développe la granulation.

Quelques-unes de ces masses proviennent directement du tissu conjonctif; d'autres apparaissent au voisinage des vaisseaux. Nous notons avec soin cette disposition à cause des dernières communications faites par M. Charcot à la Société de biologie.

On sait, en effet, que M. Charcot et ses élèves, dans un très-remarquable travail sur le tubercule du poumon, regardent comme type de granulation élémentaire les granulations qui ont à leur centre une cellule dite *géante* : de sorte que le tubercule élémentaire serait constitué par une masse de protoplasma à noyaux périphériques, masse cellulaire entou-

(1) Cet article devait paraître dans les premiers jours de janvier, mais la confection des gravures en a retardé l'impression. (*Note de la rédaction.*)

rée d'une zone de grosses cellules suivie elle-même d'une autre zone de petites cellules, le tout privé de vaisseaux.



Fig. 2.

a Cellule géante.
b Zone de grosses cellules.
c Zone de petites cellules.
d Tissu conjonctif.

Nos pièces renferment, en effet, des masses qui correspondent parfaitement aux descriptions qui précèdent, mais d'autre part nous ne croyons pas que la granulation telle que la décrit M. Charcot soit primitive, et nous appuyons notre opinion sur l'étude des variations que présentent les diverses masses tuberculeuses que nous avons sous les yeux.

Les granulations à cellules géantes centrales sont des granulations composées et la cellule géante n'est que le résultat du siége du tubercule. Nous adoptons entièrement l'opinion de M. Malassez à savoir que la granulation primitive élémentaire se compose de cellules rondes (embryonnaires) fig. 1, et nous ne voyons pas trop ce qu'il y a à ajouter, par suite, à la description du tubercule donnée il y a bien longtemps, par Ch. Robin et reprise par MM. Cornil et Ranvier.

Étant admis que la granulation primitive est composée de cellules raides, difficiles à isoler, mesurant de 4 à 10 millièmes de millimètres et dégénérant avec rapidité du centre à la périphérie, il reste à savoir pourquoi, dans certains cas, on trouve effectivement des cellules considérables à noyaux périphériques placées au milieu de certaines granulations, dans la proportion de 1 sur 6 ou 10 d'après nos recherches.



Fig. 8. — Muqueuse au niveau de la trachée. L'épithélium est détruit.

a Granulation primitive.
b Granulation occupée à son centre par un vaisseau rempli de fibrine avec quelques globules blancs colorés par une solution de carmin (cellule dite géante).
c Cartilage.
d Coupe d'un conduit d'une glande de la muqueuse.

(Dans cette coupe l'épithélium est détruit et au dessous la muqueuse bourgeonnante contient un certain nombre de granulations confluentes).

Il est impossible, croyons-nous, d'identifier ces éléments aux éléments analogues, *à priori*, décrits par Ch. Robin, et, si les formes paraissent les mêmes à un examen superficiel, on ne tarde pas à reconnaitre que les réactions chimiques sont différentes; il nous semble plus naturel et plus vrai de considérer les cellules centrales du tubercule comme des vaisseaux sectionnés (Cornil et Ranvier) dont l'aire a été comblée par un thrombus contenant des globules blancs, qui ont subi ou non la tranformation colloïde. L'opinion de ces derniers auteurs est d'autant plus juste, que les cellules géantes du tubercule donnent, avec certaines matières colorantes, une coloration que les cellules analogues de Robin ne donnent pas, et qu'à défaut de ces colorations, il y a lieu de rappeler que certaines cellules géantes du tubercule, les plus jeunes sans doute, sont entourées d'un collier de fibres élastiques colorables par la fuschine (Legros) et la purpurine d'aniline.

Si nous jetons, à présent, un coup d'œil rapide sur l'ensemble de nos préparations, nous ne pouvons que reprendre, à propos du tubercule, ce que nous venons de dire, à savoir que toujours la granulation primitive est formée de cellules du tissu conjonctif, que les rares cellules géantes trouvées dans le centre ou même sur les parties périphériques de la granulation se rapportent à des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, ainsi que le démontrent la continuité et la régularité de leur forme sur un grand nombre de coupes qui se suivent.

En général, sous la pression produite par le tubercule, l'épithélium se soulève, les cellules cylindriques se remplissent de granulations solubles en partie dans l'éther, et la limitante ne tarde pas à disparaître à son tour; de là, des bourgeonnements formés de cellules embryonnaires séparées par une substance amorphe plus ou moins abondante, cellules et substance qui seraient sans doute destinées à la réparation du tisu détruit, s'ils n'étaient eux-mêmes promptement envahis par de nouvelles granulations tuberculeuses en tout semblables aux anciennes.

Il nous reste à noter les altérations de voisinage. Ces altérations étaient surtout appréciables dans notre larynx sur le muscle thyro-aryténoïdien, dont quelques faisceaux, réduits à leur myolème par prolifération du tissu conjonctif adjacent, présentait sur quelques fibres une véritable dégénérescence cireuse.

Le cartilage le plus atteint était l'aryténoïde droit, qui, dans certaines parties, était complétement détruit; ses chondroplastes étaient complétement élargis. L'épiglotte, à sa base, offrait une altération que nous prendrons pour type de notre description. Sur la partie périphérique de la lésion, on ne trouve plus qu'un tissu fibreux, résistant, nacré, fibrillaire par place et renfermant des chondroplastes larges, contenant trois, quatre ou cinq cellules très-visibles après coloration par l'éosine concentrée. Entre ces chondroplastes, la substance fondamentale était infiltrée de sels calcaires. Au dessous de la zone que nous étudions, les chondroplastes ont disparu et l'on ne trouve plus qu'une masse de tissu embryonnaire mélangé à quelques rares cellules fusiformes, à quelques cellules adipeuses disposées circulairement autour de petits vaisseaux. Enfin, dans une partie plus centrale, existe une véritable ossification, qui se fait sur place au milieu même du cartilage.

Les cellules renfermées dans ce tissu osseux de nouvelle formation sont légèrement granuleuses; quelques cavités contiennent même deux ou trois cellules.

Quant à la partie ossifiée, elle est libre par une de ses extrémités au milieu du cartilage, et repose par sa base sur le périchondre épaissi et très-infiltré de cellules de forme variable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février 1878. — Présidence de M. Baillarger.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique adresse ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Peter comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le rapport général du médecin-inspecteur des eaux de Bourbonne pour la saison de 1874. (Commission des eaux minérales). — 2° Cinq pièces relatives à une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la commune de Cousance (Jura). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend un *Mémoire toxicologique sur la décoration des jouets en général*, par Eugène Turpin.

M. Hérard, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Hirtz, à Versailles.

DISCUSSION SUR LA DÉSARTICULATION COXO-FÉMORALE

M. Legouest commence par exposer avec détail trois opérations de désarticulation de la cuisse, pratiquées par lui, et dont aucune n'a abouti à la guérison, bien que la perte excessive de sang ne puisse être accusée d'avoir causé la mort que dans un seul cas. A ce point de vue, il distingue entre les amputations immédiates nécessitées par un traumatisme, et celles dites pathologiques. Dans ces derniers cas, lorsqu'il existe une tumeur de mauvaise nature, par exemple, tous les vaisseaux artériels peuvent avoir pris un développement si considérable, qu'ils nécessitent des ligatures presque innombrables. M. Legouest ne s'élève donc pas contre le principe posé par M. Verneuil, et qui souvent est commandé par les circonstances, mais contre son exagération. Enlever la cuisse comme une tumeur, avec un simple bistouri, recherchant les vaisseaux et ne les coupant qu'après les avoir liées, c'est, dit-il, compliquer et prolonger outre mesure une opération qui peut être faite plus rapidement et sans exposer à une perte de sang considérable, à l'aide de modifications ou de manœuvres plus simples dans les procédés opératoires.

Il est généralement facile de prévenir une hémorrhagie de la fémorale ou de ses divisions lorsqu'on emploie le procédé à lambeaux antérieur et postérieur. L'incision des parties molles antéro-externes dont les vaisseaux sont liés immédiatement, ayant mis l'article à découvert, il convient de dégager tout d'abord la tête du fémur et de passer derrière elle le plein du couteau pour diviser en plusieurs temps les parties molles postérieures au devant des mains d'un aide qui les comprime, en s'arrêtant pour lier les vaisseaux à mesure qu'ils sont découverts. On peut ainsi arrêter très-bien l'hémorrhagie.

La chirurgie d'armée particulièrement, nécessite une rapidité qui ne pourrait pas s'accommoder des procédés de M. Verneuil.

Maintenant faut-il pratiquer la réunion immédiate de la plaie? M. Legouest pense que la disposition des parties ne permet guère d'espérer une cicatrisation trop rapide à la suite de la désarticulation de la hanche. Il procéderait aujourd'hui, et il a déjà procédé, dans la dernière opération pratiquée par lui, comme le conseille M. Richet, c'est-à-dire en laissant un libre écoulement pour les liquides vers le milieu de la plaie, réunie seulement vers les extrémités, et qu'il recouvrait de feuilles de ouate imbibées d'eau alcoolisée. Il n'attribue pas au pansement ouaté, même tel que le pratique M. Guérin, l'avantage de prévenir l'infection purulente, mais surtout celui de favoriser le transport, sans douleur, des blessés. A ce point de vue, il serait très-bon de l'introduire dans la pratique des chirurgiens d'armée, et en ce moment on se préoccupe des moyens d'y parvenir. Mais c'est très-difficile à cause de l'énorme volume qu'occupe la ouate, laquelle ne serait plus bonne à rien une fois comprimée. Une division en marche comporte déjà quatre cent cinquante voitures de toute sorte (dont quarante-quatre d'ambulance) qui occupent un espace de 10 kilomètres environ. Il est bien difficile d'accroître davantage les *impedimenta*. Pourtant la question est à l'étude, et M. Legouest espère qu'elle pourra recevoir une solution favorable.

Considérée d'une manière générale, la réunion immédiate des plaies semble à M. Legouest, exposer tout autant, sinon davantage, à l'infection purulente que la réunion médiate des plaies; et ne pas mieux fermer la porte aux germes infectieux. Ces germes, qui, dans la théorie panspermique, sont considérés comme jouant un rôle capital, sont, à son avis, loin d'avoir par eux-mêmes une importance égale lorsqu'il s'agit de chirurgie que lorsqu'il s'agit d'expériences de laboratoire. Dans celles-ci, l'infection est fatale dans des conditions déterminées, tandis que, dans celles-là, dans les mêmes conditions, elle apparaît ou n'apparaît pas. Ici, l'infection, à peine *amorcée*, se propage toujours avec une rapidité incomparable ; là elle se produit tantôt plus ou moins lentement, tantôt avec une rapidité prodigieuse. Ici, une fois produite, elle ne s'arrête pas dans sa marche progressive; là elle présente des intermittences, peut s'arrêter et reprendre son cours, ou même s'arrêter définitivement. Ici, les germes infectieux sont puisés dans l'air atmosphérique ; là les mêmes germes sont rencontrés sans l'intervention de l'air. M. Legouest se borne à signaler ces différences, sans prétendre qu'elles soient inexplicables; et il termine en émettant l'espoir que les enseignements du laboratoire, mis en concordance avec l'observation clinique, amèneront prochainement la solution de ce problème.

M. Gosselin, sans s'occuper de la question opératoire soulevée par M. Verneuil, veut se borner à étudier les effets pathologiques donnés par les pansements en général, en exposant les impressions diverses par lesquelles il est passé pour arriver au point où il en est aujourd'hui. Ces impressions se rapportent à trois périodes principales. La première, celle d'*indifférence* ou de fatalité, a commencé à ses débuts dans la pratique chirurgicale (1846). Il n'attachait alors, comme ses maîtres, qu'une très-médiocre importance, aux divers détails de pansements et surtout aux topiques.

Il est entré, comme beaucoup d'autres, vers 1860, dans une deuxième période, celle de la *prophylaxie par l'hygiène* et depuis cette époque, il n'a cessé de rechercher quels étaient les moyens de préserver les opérés des trois causes de mort dans les hôpitaux des grandes villes, la fièvre traumatique grave, l'érysipèle et la pyohémie. Dans cette période, il s'adressait surtout à l'hygiène, faisant tous ses efforts pour mieux aérer ses salles, pour éloigner de ses opérés les sujets atteints de maladies infectieuses et surtout d'érysipèle, remplaçant les éponges par de simples compresses, choisissant les procédés opératoires qui exposaient le moins à l'érysipèle et à la pyohémie, et notamment les grandes cautérisations, alimentant ses opérés, etc., mais n'attachant pas encore d'importance aux topiques. Les résultats furent très-bons à la Pitié, mais beaucoup moins satisfaisants quand M. Gosselin fut arrivé (en 1867), à l'hôpital de la Charité.

Cependant, ce ne fut qu'à la suite du siége de Paris, que les mauvais résultats alors obtenus ébranlèrent sa foi dans la prophylaxie par l'hygiène seule et le firent entrer dans la troisième période, celle de la *prophylaxie par l'hygiène et les pansements*.

Le pansement de M. Guérin lui donna quelques beaux succès durant les années 1872, 1873 et 1874; puis il étudia des nouvelles et très-curieuses innovations qui, par des moyens différents, conduisaient aux mêmes résultats, et parmi lesquels il mentionne en première ligne des pansements complexes et mixtes qui consistent à fermer la plaie sur une partie de sa surface, mais en laissant le fond ouvert au moyen d'un ou plusieurs gros tubes à drainage. Cette innovation a surtout pour but l'écoulement continu et par suite la non-putréfaction des liquides organiques. Le pansement de Lister s'en distingue surtout par l'emploi abondant de l'acide phénique, auquel on attribuerait la destruction des germes atmosphériques; mais M. Gosselin examinant le pus qui provenait des plaies pansées ainsi, s'est assuré qu'il contenait toujours des vibrions et il attribue tous les avantages du pansement de Lister, à ce que, comme le précédent, comme celui d'Azam (de Bordeaux), il modère d'abord l'inflammation, et surtout permet par le drain

qui en fait partie essentielle, l'écoulement libre des liquides. Peut-être aussi l'acide phénique exerce-t-il une action constrictive sur les capillaires et coagule-t-il le sang, à la façon des alcooliques. M. Gosselin a étudié de nouveau des pansements alcooliques : d'abord dans les plaies de tête, qui sous leur influence (alcool à 90) se cicatrisent un peu lentement mais presque sans pus, sans granulations, sans complications de phlegmons ou d'érysipèle, puis après certaines ablations de sein, non susceptibles d'être réunies par première intention. Ainsi il a pansé récemment deux plaies de ce genre, de dix à douze centimètres de diamètre avec une tarlatane imbibée d'eau-de-vie camphrée pure : et il a observé que les phénomènes inflammatoires locaux avaient été nuls ou insignifiants.

Il y a déjà de grands progrès réalisés dans cette voie des pansements préservateurs, et il serait à désirer que chacun fît connaître bien exactement le nombre de ses succès et de ses insuccès, comme l'a fait déjà M. Azam pour le mode de pansement usité à Bordeaux.

M. Gosselin a employé souvent le pansement de Lister. Il a fait notamment deux amputations de cuisse, une de jambe, une de l'avant-bras, ainsi pansées. Il y a eu mort par infection purulente. Un des trois autres opérés est mort tardivement de phthisie galopante. Les deux autres ont guéri, mais très-tardivement, l'un en cent cinquante jours et l'autre en soixante-sept. Dans treize amputations de seins, il a eu aussi, par cette méthode, des guérisons presque aussi lentes qu'avec le pansement à l'eau-de-vie camphrée.

La principale différence, tout à l'avantage de l'eau-de-vie camphrée, a été l'absence de phénomènes inflammatoires et érysipélateux chez les derniers. M. Gosselin entre dans quelques détails sur la manière dont il procède, tenant les plaies très-propres, les recouvrant d'un morceau de tarlatane plié en huit ou en seize et imbibé d'eau-de-vie camphrée ou de solution phéniquée au centième, ce dernier topique s'emploie pour maintenir ou ramener la suppuration ; l'eau-de-vie camphrée étant supérieure comme antiphlogistique, mais desséchant la plaie et y pouvant produire une sorte d'anémie. Il recommande aussi d'immerger les éponges qui servent aux opérations dans de l'eau-de-vie camphrée ou de l'eau phéniquée pendant un certain nombre d'heures. Il arrête les hémorrhagies par la torsion ou au moyen de fils de catgut ; se passe autant que possible de points de suture, rapporte de son mieux les surfaces sanglantes, place un tube à drainage et met un bandage ouaté à la manière de M. Alphonse Guérin, en ménageant une sortie de l'un des bouts du drain. Les jours suivants, par ce bout, il insuffle, à l'aide du pulvérisateur, matin et soir, de l'acide phénique au fond de la plaie, et une ou deux fois chaque jour il pratique une aspiration, puis une injection alcoolique par le moyen de ce même tube. Il lève le pansement tard. Il a commencé à employer cette méthode mixte au mois de novembre, et les trois premiers résultats qu'il a obtenus ont été très-bons. Il a bon espoir que cet emploi simultané de toutes les inventions modernes prouvera de plus en plus que la chirurgie s'est enrichie à notre époque, de pansements prophylactiques, c'est-à-dire préservateurs des infections chirurgicales qui, autrefois, enlevaient en si grand nombre les opérés.

A cinq heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 février 1878, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Cras, médecin professeur de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Layet et Dubrandy, médecins de première classe de la marine.

— Une place d'interne est actuellement vacante à l'hôpital de Versailles.

Les pièces à produire a l'établissement hospitalier sont : 1° une demande, — 2° la feuille d'inscriptions, — 3° un certificat de bonne vie et mœurs délivré soit par le maire, soit par le commissaire de police.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 février, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Nomination de membres titulaires et d'un associé libre national.— 2° Rapport du trésorier sur sa gestion en 1877. — 3° Distribution de médailles d'argent aux membres de la Société qui ont assisté régulièrement aux séances en 1877. — 4° Fixation de la date du banquet. — 5° Constitution médicale du mois de janvier. — 6° M. Courtaux : Morphinisme chronique. Hématémèse. Mort. — 7° M. Commenge : Rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate de soude — 8° M. Bossu : Description et présentation du protecteur métallique des yeux, de Cellini.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 17. — SAMEDI 9 FÉVRIER 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 9 FÉVRIER 1878. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Élongation des nerfs.

L'élongation ou distension des nerfs, — qu'il ne faut pas confondre avec leur section, ni avec leur broiement (neurothripsie), — pratiquée pour la première fois dans un but thérapeutique, il y a quelques années, par Billroth, et qui a été répétée, depuis, un certain nombre de fois, en Allemagne et en Angleterre avec succès, pour des cas de névralgies ou de spasmes plus ou moins généralisés, a été tout récemment mise à l'épreuve par M. le docteur Blum, qui a publié, à cette occasion, un travail sur ce sujet dans les deux derniers cahiers des *Archives de médecine*.

Nous allons rapporter le fait, nous réservant de résumer ensuite les considérations intéressantes dont M. Blum l'a fait suivre sur les indications diverses de cette pratique.

C'est pour un cas de paralysie du nerf radial consécutive à une plaie de l'extrémité supérieure de l'avant-bras, avec troubles dans la sphère d'innervation du médian, que M. Blum a eu recours à l'élongation sur un malade du service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Richet), dont il était alors temporairement chargé.

Il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans, qui, ayant fait une chute, tandis qu'il portait à la main un couteau pointu, s'était fait une plaie à la partie supérieure de l'avant-bras droit. Après une hémorrhagie facilement arrêtée par la compression et un tampon de perchlorure de fer, la plaie s'était cicatrisée; mais il lui restait, depuis cette époque, une altération notable de la sensibilité, qui était émoussée sur le tiers inférieur et externe de l'avant-bras et complétement abolie sur la moitié externe de la face dorsale de la main. Les mouvements de flexion et d'extension surtout étaient restés gênés depuis cette époque. Il lui avait été impossible de reprendre ses occupations. Il y avait deux mois que cet accident était arrivé lorsque, le malade, voyant que son état persistait, se détermina à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Voici quel fut le résultat de l'examen auquel se livra M. Blum.

A la partie supérieure de l'avant-bras, à 2 centimètres environ du pli du coude, existait une cicatrice oblique de haut en bas, de dedans en dehors, dont l'extrémité interne répondait au trajet du nerf médian, l'externe à celui du radial. L'avant-bras était plus coloré que celui du côté opposé; la main surtout était rouge, luisante, marbrée à ses deux faces. Le volume des masses musculaires était diminué. La pronation et la supination s'accomplissaient aisément, le bras étant dans l'extension; mais l'extension de la main sur l'avant-bras était très-imparfaite, ainsi que celle des phalanges sur les métacarpiens. La flexion et l'extension des deux dernières phalanges étaient normales. Il y avait manifestement une diminution de la puissance contractile des muscles innervés par le radial, ainsi que des fléchisseurs superficiel et profond. Les muscles de la paume de la main paraissaient intacts. L'exploration par le courant induit dénotait une diminution de leur contractilité. Il n'y avait point de contracture.

Le malade éprouvait spontanément quelques douleurs lancinantes le long de l'avant-bras. Il y avait de l'hyperesthésie au niveau de la cicatrice et sur le trajet du nerf radial, vers l'extrémité externe de la cicatrice, ainsi que sur le trajet du médian au niveau du pli du coude.

La sensibilité au tact, conservée dans tout l'avant-bras, sauf dans le tiers externe de la partie inférieure et postérieure, était abolie à la face dorsale du pouce, de l'index, de la moitié externe du médian. La sensibilité à la douleur et à la température était supprimée dans la même région.

L'application, à deux reprises différentes, de sangsues au niveau du point présumé atteint du radial et l'emploi des courants induits n'ayant point modifié cet état, l'impotence fonctionnelle augmentant même plutôt, M. Blum se décida à opérer.

Le 3 octobre, après avoir chloroformé le malade et appliqué la bande d'Esmarck, il pratiqua sur le bord interne du long supinateur, une incision de 5 centimètres environ, dont le centre correspondait à la cicatrice. Arrivé facilement sur le nerf radial, il reconnut successivement la branche superficielle et la branche profonde, se subdivisant elle-même à ce niveau en plusieurs branches secondaires. La dissection de ces différents rameaux lui permit de reconnaître qu'il n'y avait aucune induration, aucune augmentation de volume du tissu nerveux, ni aucune solution de continuité, enfin qu'il ne s'était développé aucun névrome autour du point présumé de la lésion du nerf.

Les filets nerveux bien isolés, M. Blum, les chargeant alors sur le bord convexe de la sonde cannelée, les souleva par un mouvement de va-et-vient, allant de l'angle supérieur de la

plaie à l'angle inférieur, répétant ce mouvement une dizaine de fois sans grande violence.

La même opération fut pratiquée sur le médian mis également à découvert.

Le malade, complétement endormi, ne fit aucune plainte: l'écoulement du sang fut insignifiant. On appliqua une attelle plâtrée et on fit un pansement simple.

Le malade, revu une heure après, n'accusait aucune souffrance. La sensibilité au tact, à la douleur et à la température avait déjà reparu, faiblement il est vrai, dans la partie où elle avait été abolie. Le soir, les mouvements imprimés à la main étaient douloureux, et les mouvements volontaires du poignet et des doigts se faisaient moins bien qu'avant l'opération.

Le lendemain, 4 octobre, douleurs vives au niveau des plaies, sensibilité complétement revenue dans les doigts paralysés, flexion du poignet rétablie en partie. Les muscles de l'éminence thénar et les fléchisseurs de la main avaient repris leur action ainsi que les interosseux et les lombricaux. L'extenseur commun, le long abducteur et le court extenseur n'agissaient pas.

Le 5, les plaies marchaient vers la cicatrisation.

A la fin de novembre, le malade a gardé la contractilité dans les muscles radiaux, la sensibilité est restée rétablie dans tout le département du radial; elle est un peu obtuse à la face dorsale du premier métacarpien. Le malade quitte l'hôpital au commencement du mois de décembre avec un appareil destiné à remplacer l'action des extenseurs des doigts et de l'abducteur du pouce.

— Les observations que M. Blum a réunies dans son travail sont au nombre de dix-huit. Sur ces dix-huit cas, l'élongation a été pratiquée neuf fois pour des névralgies rebelles à tous les agents de la thérapeutique, ou pour des névrites chroniques tendant à se propager de la périphérie vers les centres ou à compromettre les nerfs voisins. Dans ces neuf cas, il y a eu neuf succès au point de vue de la suppression de la douleur. Il y a eu deux cas de mort, mais par suite de complications sans rapport avec la lésion du tronc nerveux pour laquelle l'opération avait été faite.

L'élongation a été pratiquée huit fois pour des spasmes traumatiques, c'est-à-dire chez des malades pris de convulsions toniques ou cloniques à la suite de lésions du système nerveux périphérique. Des huit malades qui y ont été soumis, un seul, atteint de tétanos, est mort; les spasmes avaient cessé dans le membre opéré, mais la maladie avait continué son évolution. Les sept autres ont guéri.

Dans le dix-huitième cas, qui est celui de M. Blum, l'élongation a été pratiquée, comme on l'a vu, dans le but d'arrêter la névrite qui avait une tendance à se propager du nerf radial vers les centres et à gagner d'autres branches. Le résultat a été atteint en grande partie. Les troubles fonctionnels observés dans la sphère du médian ont disparu, et en même temps la sensibilité a été rétablie dans les parties innervées par le radial et la contractilité a été rendue aux deux muscles radiaux.

Sur quel principe physiologique est basée la pratique de l'élongation des nerfs dont on vient de voir les résultats? Sur ce double fait qu'avait déjà démontré la physiologie expérimentale, que les nerfs sont extensibles, que cette extensibilité va en diminuant du centre à la périphérie, que les limites normales de cette extensibilité sont en rapport avec la limite des mouvements normaux; enfin qu'une distension légère augmente l'excitabilité du tronc nerveux distendu, qu'une élongation violente diminue au contraire, son irritabilité exagérée.

D'où les indications suivantes, que M. Blum formule en ces termes :

L'élongation des nerfs est indiquée : dans les névralgies rebelles aux agents thérapeutiques et nettement délimitées à un département nerveux. Elle devra être pratiquée rapidement lorsque les nerfs voisins tendent à être envahis. Les névralgies d'origine traumatique sont particulièrement favorables à ce mode opératoire, surtout lorsqu'il existe des adhérences cicatricielles probables entre le nerf et les parties avoisinantes. Dans les névralgies des moignons, l'élongation sera toujours pratiquée à une certaine distance de la cicatrice de l'amputation.

Dans les spasmes traumatiques (contracture, tétanos, épilepsie), lorsque ces spasmes ont pour point de départ une plaie récente ou cicatrisée; lorsqu'ils s'accompagnent d'une douleur à la plaie; surtout lorsque les phénomènes locaux tendent à se généraliser.

Enfin dans certaines paralysies de la sensibilité, voire même de la motilité, dont les circonstances variables ne peuvent être déterminées d'avance.

L'élongation peut agir quelquefois en dégageant le nerf des tissus voisins qui le compriment; mais son efficacité est due principalement aux modifications qu'elle apporte à la structure et surtout à la circulation, non seulement au lieu où s'est faite la distension, mais encore en des points plus ou moins éloignés de la plaie.

Quant au manuel opératoire, il consiste dans les trois termes suivants : incision faite parallèlement à la direction, soit *loco dolenti*, si l'on suppose l'existence de corps étrangers ou d'adhérences et s'il y a une sensibilité anormale limitée, dans le cas contraire sur le lieu le plus rapproché du point de départ supposé des accidents.

Isolement du nerf des parties voisines à l'aide du doigt ou d'une sonde cannelée.

Soulèvement du nerf et tractions plus ou moins considérables à l'aide du doigt, de la sonde cannelée, d'un crochet mousse ou d'une pince.

Un dernier temps consiste à replacer le nerf dans sa situation normale et à appliquer le pansement et autant que possible réunir immédiatement.

Difficultés du diagnostic de la tuberculisation pulmonaire.

Dans l'un des comptes rendus des leçons cliniques de M. le professeur Potain à l'hôpital Necker, récemment publié (nº du 15 janvier), on a vu des exemples de la difficulté que présente quelquefois le diagnostic de la tuberculisation pulmonaire, tantôt par l'absence absolue de tout signe physique ou objectif fourni par l'auscultation et la percussion, alors que tous les signes rationnels et physiologiques semblent accuser manifestement la phthisie, tantôt au contraire par l'absence de ces derniers signes ou le désaccord avec le degré et l'intensité des signes physiques, d'autres fois, enfin, par l'impossibilité où l'on se trouve bien souvent de distinguer les signes stéthoscopiques de la tuberculisation pulmonaire de ceux d'une congestion, d'une bronchite localisée ou unilatérale simple ou due à toute autre cause que la présence de tubercules.

Depuis les faits qui ont été l'objet de cette leçon, il s'en est produit, dans le même service, d'autres analogues dont nous allons donner une rapide analyse.

Dans le premier fait, il s'agit d'un homme chez lequel la

difficulté du diagnostic tient à une double complication. Cet homme est emphysémateux depuis son enfance. Il a eu depuis une pleurésie du côté gauche. Sa poitrine est bombée et présente une grande résonnance presque partout, excepté dans un point que nous allons indiquer tout à l'heure ; la respiration est faible partout et accompagnée de rhonchus abondants et d'expiration prolongée. Depuis quelques mois il a été pris de phénomènes morbides nouveaux, il a maigri, il a de la diarrhée et de la fièvre nocturne.

Nous avons dit qu'en percutant la poitrine on obtenait une grande résonnance presque partout, excepté en un point. Ce point, c'est le sommet du poumon gauche. Là, il y a non-seulement de l'obscurité du son, mais encore une matité relative et une très-grande faiblesse du murmure respiratoire, avec retentissement de la voix.

En se rappelant que cet homme avait eu une pleurésie du côté gauche, on pouvait se demander si cette obscurité du son et cette matité ne pouvaient pas tenir aux conséquences de cette pleurésie. Mais, d'une part, la dépression que l'on remarquait à la base de la poitrine de ce même côté et qui contrastait visiblement avec le bombement général des autres parties, ne permettait pas de douter que la pleurésie n'eût eu son siége principal à la base. Cette circonstance, rapprochée de ce fait que la matité des sommets est bien plus ordinairement l'indice d'une tuberculisation, et, d'autre part, les symptômes généraux d'amaigrissement, de fièvre et de diarrhée nocturne, survenus récemment, ne laissaient que trop peu de doute. Tout concourait à faire considérer comme beaucoup plus probable, le diagnostic d'une tuberculose, que n'exclut pas le moins du monde la présence d'un emphysème primitif, quoi qu'on ait pu croire et dire à cet égard, à une certaine époque.

Mais ce n'est pas tout. Il y a, en outre, chez ce malade une autre complication, qui ne laissait pas que d'accroître encore singulièrement les difficultés du diagnostic, c'est l'existence d'une hypertrophie du cœur. Il y a un souffle cardiaque systolique de la plus grande intensité à la pointe, avec une augmentation très-notable du volume du cœur, appréciable malgré l'emphysème, et déviation de la pointe en dehors du mamelon. L'hypertrophie doit porter beaucoup plus sur les cavités droites que sur les cavités gauches.

L'hypertrophie était-elle primitive ou secondaire? Quelle pouvait être la signification exacte du souffle systolique de la pointe du cœur? Était-elle l'indice d'une insuffisance mitrale? Sur ce dernier point, il y avait une cause manifeste d'erreur possible d'interprétation, qu'un examen attentif pouvait seul faire éviter. Ce souffle n'était pas exactement systolique, il n'avait pas lieu au début du bruit systolique, mais en quelque sorte au milieu, il était médio-systolique. D'un autre côté, son timbre n'était pas, d'ailleurs, celui que donne habituellement l'insuffisance mitrale, il était grave, rude et on l'entendait presque sous l'oreille, il représentait exactement un froissement. Il n'avait donc pas son origine dans le cœur, mais dans le péricarde ou dans la plèvre. Ce qui portait à penser que c'était plutôt dans la plèvre ou entre la plèvre et le poumon qu'il se passait, c'est qu'il s'y ajoutait dans cette même région, des bruits sibilants.

Ainsi il y avait à la fois chez cet homme une bronchite chronique, un emphysème généralisé des poumons, et une hypertrophie du cœur probablement consécutive, avec les traces d'une ancienne pleurésie et des fausses membranes refoulant la pointe du cœur en dehors, un bruit de frottement pleural simulant un bruit du cœur, et, enfin, une tuberculose en voie d'évolution et en quelque sorte cachée sous l'emphysème.

— En même temps que ce malade, se trouve actuellement dans le service une jeune fille chez laquelle l'auscultation, et la percussion pratiquées avec la plus grande attention ne révèlent autre chose, comme signes locaux, qu'un peu d'obscurité du son et une respiration légèrement prolongée, tandis qu'elle présente, depuis environ deux mois, des signes généraux qui sont de nature à faire grandement soupçonner une tuberculisation commençante : amaigrissement rapide, fièvre intense avec redoublements nocturnes, toux et expectoration; ce qui a fait porter par M. Potain, chez cette malade, sous quelques réserves toutefois, un pronostic grave.

Névrose cardiaque prise pour une lésion organique du cœur.

A côté de ces deux faits, nous placerons le suivant, non plus comme exemple de difficulté du diagnostic de la tuberculose, mais comme exemple des difficultés analogues qui s'attachent parfois au diagnostic des maladies du cœur et des erreurs où peut faire tomber un examen superficiel ou inattentif.

Il s'agit ici d'une jeune fille qui est entrée à l'hôpital Necker, se disant atteinte d'une maladie du cœur, pour laquelle elle avait été déjà traitée depuis longtemps en ville par des préparations de digitale sans nombre et administrées sous toutes les formes. Cette jeune fille se plaignait depuis longtemps de palpitations très-fréquentes et de douleurs au cœur survenant sous l'influence du moindre exercice ou de la moindre émotion.

En examinant cette malade, on a trouvé chez elle du souffle à la région précordiale, souffle systolique ou plutôt médio-systolique, ressemblant assez à celui qui a été constaté chez le malade précédent. Il se fait entendre plus particulièrement dans les parties du cœur qui sont couvertes par le poumon. On remarquait ici cette particularité, que ce bruit de souffle, très-intense dans le décubitus, cessait de se faire entendre dans la position verticale. Il était évident que l'on avait affaire là, comme chez le premier malade, à un bruit de souffle extra-cardiaque ou plutôt à un bruit de frottement produit par le déplacement du cœur et son frôlement contre la lame du poumon qui le recouvre pendant le mouvement de systole.

Si l'on ajoute à cette particularité, que cette jeune fille est essentiellement névropathique, de longue date, et que cette névropathie paraît lui avoir été léguée par un père alcoolique, on arrive naturellement à cette conclusion que la maladie du cœur, dans ce cas-ci, est purement nerveuse. Ce qui confirme le diagnostic, c'est l'insuccès constant du traitement qui a été mis jusqu'à présent en usage. Cette jeune fille a pris des quantités considérables de digitale, non-seulement elle n'en a jamais éprouvé aucun soulagement, mais elle a vu, au contraire, son mal s'accroître incessamment sous l'influence de cette médication, qui n'a eu d'autre effet chez elle que d'exagérer l'état gastrique auquel elle était déjà disposée par sa névropathie.

En présence de cette situation et dans la conviction qu'il n'avait affaire qu'à une névrose cardiaque, M. Potain a cessé l'usage de la digitale et l'a remplacé par l'institution d'une médication antispasmodique.

Dr Brochin.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

—

I. Explorateur de l'urèthre, du docteur Amussat. — **II. Irrigateur gradué à pression d'air et à jet continu**, par M. J. Léard, pharmacien-médecin. — **III. Aspirateur continu pour ponctions**, de M. J. Léard, médecin-pharmacien.

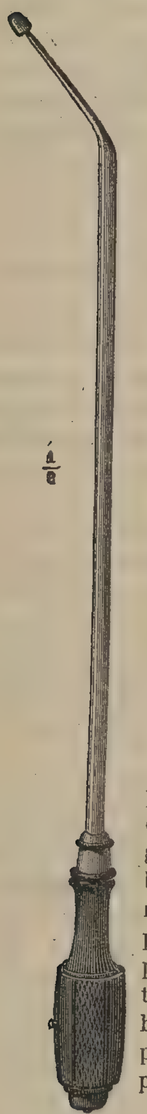


Fig. 1.



Fig. 2.

I. M. le docteur Amussat a fait exécuter dans les ateliers de M. Colin un explorateur de l'urèthre, qui lui a été très-utile pour l'examen des rétrécissements de ce canal.

Cet instrument (fig. 1) se compose d'un manche en ébène sur lequel est monté une tige en acier de 18 centimètres de long, qui, à son extrémité libre, est réunie à 50° à une tige également cylindrique, mais beaucoup plus mince, et de 4 centimètres de long. Celle-ci porte un pas-de-vis sur lequel peuvent se monter cinq demi-olives répondant aux numéros 14, 16, 18, 20 et 22 de la filière par tiers de millimètre (fig. 2).

Le malade étant placé comme pour une opération de lithotritie, on introduit lentement l'explorateur, auquel sa forme coudée permet de s'engager facilement dans la portion musculeuse et d'arriver jusque dans la vessie, puis en le retirant lentement, on fait une exploration complète des différentes portions du canal.

II. Dans cet irrigateur, il n'y a ni piston, ni soupape. Il se compose d'un récipient en verre, d'une contenance de 500 à 1,000 grammes, gradué par 50 grammes. La partie supérieure est entourée d'une bague A, dans laquelle se visse le couvercle B, muni de deux tubulures C et D, dont l'une C se prolonge jusqu'au fond du récipient. Le tube F qui porte la canule doit toujours se placer sur cette tubulure. La pression d'air se fait au moyen d'une boule en caoutchouc H, qui peut également servir pour remplir l'appareil par aspiration, il suffit pour cela de placer le tube G d'I en J (fig. 3).

Un petit appareil porte-huile K, en verre, muni d'une ouverture L pour l'introduction des médicaments, est joint à cet irrigateur et se place, lorsqu'on s'en sert, immédiatement avant la canule.

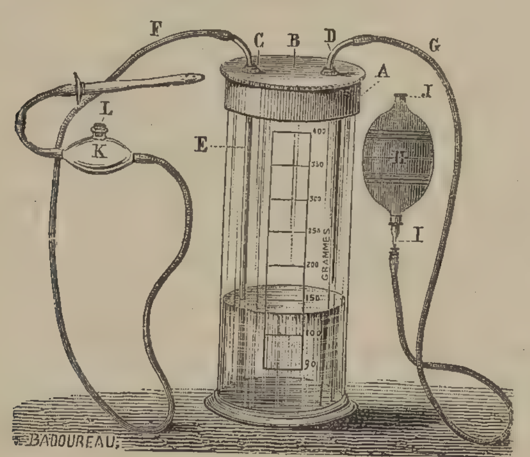


Fig. 3.

On peut graduer la force du jet à volonté et obtenir, au besoin, une force beaucoup plus grande qu'avec les irrigateurs ordinaires.

III. Dans cet appareil, tous les robinets, excepté celui qui ferme la canule à la sortie du trocart, sont remplacés par une soupape en caoutchouc A, renfermée dans un petit cylindre en verre B, qui en laisse voir le fonctionnement.

Ce petit appareil s'adapte à la canule C, et par son extrémité D, au tube E, qui met en communication la partie ponctionnée avec le liquide.

Le tube G s'adapte sur la boule H, en I pour l'aspiration, et en J pour l'insufflation ou injection (fig. 4).

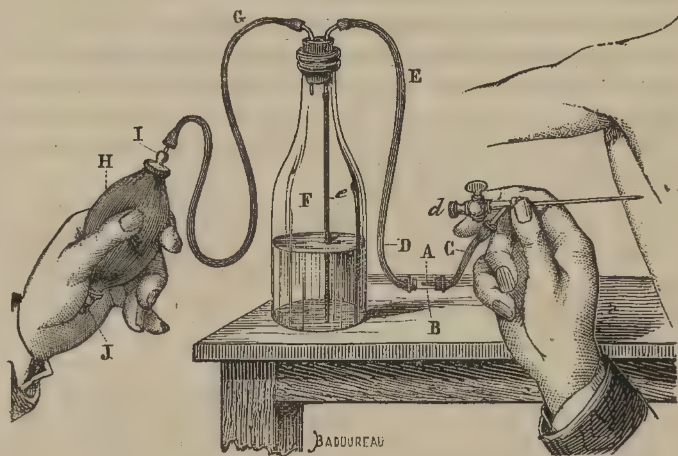


Fig. 4.

Le vide ne se fait pas à l'avance, mais au fur et à mesure du besoin, ce qui évite toute aspiration brusque et violente. L'aspiration se fait au moyen d'une boule en caoutchouc. Deux de ces boules sont attachées à l'appareil : l'une, d'une force moyenne, pour les liquides séreux; l'autre, très-forte, pour les liquides purulents. Pendant l'aspiration, le liquide passe par la soupape A, pour se précipiter dans la bouteille F. Quand cesse l'aspiration, la soupape se ferme hermétiquement et empêche la résorption de l'air dans la cavité ponctionnée.

Le même appareil peut servir pour injections, et si, dans une ponction, on vient de vider une collection purulente, on peut immédiatement, sans déranger la canule, laver la cavité ponctionnée; il suffit pour cela d'introduire le liquide destiné au lavage dans une bouteille, d'ajouter un tube E, qui plonge au fond du liquide (ce tube est représenté en place dans la figure), et d'appliquer directement le tube E sur la canule, puis de changer la direction de la boule.

M. le docteur Lancereaux a eu l'occasion de faire usage de cet appareil pour pratiquer la thoracocentèse, et en a été satisfait; il lui a également servi pour vider et injecter un énorme kyste hydatique du bassin.

REVUE DE LA PRESSE

—

Un cas de localisation cérébrale. — Le fait suivant, recueilli dans le service de M. Dumontpallier, offre un véritable intérêt, en raison de la netteté avec laquelle se sont localisés, d'une part les symptômes observés durant la vie, d'autre part les lésions anatomiques de l'encéphale. Il démontre, ainsi qu'il résulte des travaux de MM. Charcot et Pitre, que les centres moteurs corticaux, pour les deux membres supérieurs du côté opposé, sont situés sur le lobule paracentral et dans les deux tiers supérieurs des circonvolutions ascendantes, et que les centres pour le mouvement de la partie inférieure de la face sont placés dans la moitié inférieure des circonvolutions ascendantes, au voisinage de la scissure de Sylvius.

Une vieille femme de soixante-dix-sept ans fut amenée, le 12 mars 1877, dans le service de M. Dumontpallier, à la Pitié. Elle est immobile, dans une résolution complète; elle ouvre les yeux et les ferme facilement. Elle n'offre ni déviation des traits, ni déviation de la langue; il n'y a pas de paralysie faciale. Du côté droit existe

une hémiplégie portant sur le membre supérieur et le membre inférieur; l'anesthésie de ce côté est également complète. Tout le côté gauche est dans la résolution, mais à certains moments la malade remue spontanément le bras et la jambe gauche. La sensibilité a complétement disparu, ou tout au moins la malade ne réagit ni contre la piqûre, ni contre le froid. Elle paraît comprendre ce que l'on dit, màchonne, fait remuer sa langue, mais ne peut articuler.

Malgré son âge avancé, cette femme avait cependant parfaitement guéri, quand, le 5 avril, elle succomba à une pneumonie. Voici ce que l'autopsie fit découvrir dans le cerveau.

Au niveau de l'hémisphère cérébral gauche, on trouve un foyer de ramollissement assez bien limité, occupant sur la face externe la partie supérieure des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante dans une étendue de 2 centimètres et demi environ, et sur la face interne tout le lobule paracentral.

Il n'y a pas de coloration noirâtre, rien qui puisse faire songer à un foyer hémorrhagique en ce point. Il s'agit très-probablement d'un ramollissement ischémique (thrombose ou embolie, ce point n'a pas été recherché). Les masses centrales ganglionnaires sont entièrement saines. Rien dans les autres régions du cerveau. (*Journ. des conn. méd.*)

Kyste séro-sanguin traumatique de l'abdomen. — A propos d'une instructive leçon faite à la clinique de l'Hôtel-Dieu par M. le professeur Richet, sur les kystes traumatiques de l'abdomen, M. le docteur Michalski rapporte un nouvel exemple de cette affection, qu'il a eu occasion d'observer récemment dans sa pratique.

Un jeune homme de seize ans, ouvrier maréchal, reçut un coup de pied de cheval dans la région de l'hypochondre gauche, en partie sur les dernières fausses côtes et un peu au-dessous. Immédiatement se manifesta une grande douleur à la région contuse, et, deux heures après, survinrent des vomissements alimentaires et bilieux qui persistèrent le lendemain et le surlendemain. Le malade se borna à prendre un purgatif qui procura quelque soulagement et, bien que la douleur persistât à l'abdomen, crut pouvoir retourner à son travail; mais il dut le quitter au bout de deux jours à cause de violentes coliques qui ne lui laissaient guère de repos.

C'est alors que M. Michalski fut appelé. Il constata seulement des coliques abdominales qu'exaspérait encore la palpation; la fièvre était nulle, l'appétit conservé, et on ne trouvait aucune lésion ni superficielle ni profonde de l'abdomen.

Malgré un traitement antiphlogistique, les choses restèrent dans cet état; le malade continuant à n'éprouver que des coliques, tolérables d'ailleurs, et ne se produisant qu'à des intervalles plus ou moins longs.

Trois mois après, le docteur Michalski fut appelé de nouveau auprès du malade, qui, le matin même, en se passant la main sur le ventre avait remarqué qu'il s'était produit une grosseur dans le point qui avait été précédemment le siége de la contusion. Il existait, en effet, dans la région latérale de l'abdomen, à gauche de la ligne blanche, une tumeur volumineuse et plus prononcée dans toute sa moitié inférieure adhérente, non dépressible, élastique, s'étendant depuis le bord des dernières fausses côtes jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope. M. Michalski diagnostiqua une hydropisie enkystée du péritoine et prescrivit l'application de vésicatoires volants répétés à de courts intervalles, et quatre à six cuillerées par jour de vin diurétique de la Charité.

Ce traitement fut continué pendant un mois sans amener aucun résultat : au contraire, la tumeur augmenta notablement ; elle s'étendait alors un peu plus bas dans la région iliaque gauche et en haut l'épanchement avait envahi la région épigastrique en franchissant la ligne blanche : la fluctuation était évidente. En même temps les vomissements s'étaient reproduits, l'amaigrissement était notable et l'état général devenait inquiétant.

La ponction de la tumeur fut alors décidée et exécutée sur le champ avec un trocart très-fin.

Une première séance donna lieu à l'issue de trois litres environ d'un liquide séreux, limpide, d'une couleur noire comparable à celle du marc de café. A partir de ce moment, les vomissements cessèrent, l'appétit reparut, et quelques jours après une nouvelle ponction qui acheva l'évacuation du kyste et fut suivie d'une injection iodée, la guérison était complète.

M. Michalski termine cette observation en insistant sur la difficulté du diagnostic dans ce cas embarrassant et en appelant l'attention des chirurgiens sur cette affection, au sujet de laquelle on ne trouve dans la science, aucune indication précise. (*Un. méd.*)

Névralgie de la face avec zone épileptogène. Guérison. — M. le docteur Léon Tripier (de Lyon), a communiqué à l'association française, dans la séance du 28 août, un cas de névralgie de la face avec zone épileptogène, guérie par la névrotomie et l'ostéotomie combinées. L'auteur voit dans ce fait une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion qu'il a déjà exprimée, à savoir que, contrairement à ce que croit M. Vulpian, dans la plupart des névralgies c'est la continuité des nerfs qui est atteinte et non pas, comme le soutient le savant doyen de la Faculté de Paris, les centres nerveux eux-mêmes.

Le malade dont il s'agit éprouvait, depuis plusieurs années, des douleurs extrêmement vives dans le côté droit de la face. Les accès étaient devenus si fréquents qu'ils se reproduisaient dans les derniers temps, presque toutes les cinq ou dix minutes. On les déterminait à volonté en pressant sur un point très-limité correspondant à peu près au niveau de la canine. Le malade était pris alors d'une sorte de crise caractérisée par une contracture des muscles correspondants de la face qui, après avoir duré quelques secondes, était remplacée par des contractions cloniques portant alternativement sur les muscles des régions labiale, nasale et orbitaire; puis il rapprochait énergiquement les mâchoires et faisait grincer ses dents. L'accès se terminait au bout d'une ou deux minutes par des mouvements de mastication et enfin par de véritables sanglots. La face était congestionnée.

Après de longues hésitations, M. Tripier se décida à pratiquer la section du nerf sous-orbitaire au sortir du trou sous-orbitaire en ayant soin d'enlever la portion d'os correspondante, de façon à combiner cette ablation avec la section des différentes branches des nerfs (nerfs dentaires supérieurs, antérieurs et postérieurs).

Les suites de l'opération furent très-simples; en peu de temps la plaie fut complétement cicatrisée. Quant aux accès douloureux, ils n'auraient pas reparu depuis l'opération.

M. Tripier termine cette observation en recommandant, dans les cas de névralgie, un médicament, l'aconitine (azotate d'aconitine cristallisée, de Duquesnel) qui, d'après M. Laborde, aurait une influence élective sur la propriété conductrice des filets nerveux sensitifs. Cet expérimentateur aurait en effet constaté, sur des chiens aconitisés et auxquels on avait coupé le bulbe, que les actions reflexes sont absolument abolies, bien que le centre médullaire reste excitable. On comprend toute l'importance de cette donnée au point de vue de la pratique · on aurait ainsi un moyen de décider, dans les cas douteux, s'il s'agit d'une lésion centrale ou, au contraire, d'une lésion périphérique. — (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

Polyurie et polydypsie. — La polyurie simple, qu'on décrit aussi sous le nom de polydypsie, se développerait quelquefois sans qu'on pût invoquer, au point de vue étiologique, autre chose qu'un mauvais état général des malades. Les cas suivants, cités par M. Bucquoy, en sont des exemples :

Une femme de son service, d'une mauvaise santé depuis longtemps, présentait un teint jaunâtre, presque jaune paille, dû probablement à des troubles de la menstruation. De plus, quelque temps avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise d'une soif très-vive, elle urinait beaucoup et maigrissait sensiblement. Elle eut même, à un certain moment, de l'œdème des extrémités. La cause de ses hémorrhagies résidait, comme on put s'en assurer facilement, dans une tumeur fibreuse de l'utérus. Elle eut aussi, temporairement, un peu d'albumine dans l'urine, mais cette urine ne contenait qu'une quantité d'urée bien inférieure à la quantité normale.

Le fait suivant peut se raprocher de celui-là : une femme de quarante-cinq ans se trouvait dans de mauvaises conditions de santé, remontant bien au-delà de la polyurie. Cette femme eut un rhumatisme subaigu il y a quelques années. Il y a plusieurs mois, elle souffrit beaucoup de la tête et se mit à boire considérablement pour calmer sa soif qui devint excessive; elle urinait en conséquence; elle présenta aussi de l'œdème des extrémités et eut même des troubles de la vue du côté droit. Quand elle entra à l'hôpital, cette malade rendait de 6 à 8 litres d'urine par jour. La miction était plus fréquente la nuit que le jour.

Une autre fois, M. Bucquoy eut à traiter un malade dont l'histoire avait déjà été rapporté par Trousseau dans une de ses cliniques. Quand il entra dans le service de Trousseau, ce malade dans l'urine duquel on avait trouvé un peu de sucre, rendait de 30 à 43 litres d'urine par jour; son appétit était tel qu'à l'hôpital on dut lui faire donner cinq livres de viande en supplément à son régime. M. Bucquoy, alors qu'il eut ce malade dans son service, lui prescrivit 24 œufs de supplément. La soif était en même temps excessive, mais, de plus, il avait une capacité extraordinaire pour l'alcool. M. Pidoux avait pu lui prescrire un litre par jour d'alcool, à mélanger avec de l'eau. Il buvait jusqu'à vingt litres de vin par jour.

Contrairement à l'opinion de certains médecins qui pensent que dans ces cas la polyurie est subordonnée à la polydypsie et que les malades ne rendent autant d'urine que parce qu'ils boivent beaucoup, pour satisfaire une soif exagérée, M. Bucquoy pense que c'est beaucoup plus la quantité d'urine qui règle la soif, que ce n'est la soif qui règle l'urine.

Cette urine présente, d'ailleurs, certaines qualités particulières; elle est transparente, de densité peu supérieure à l'eau. La quantité d'urée rendue en un jour est diminuée d'une manière absolue; dans certains cas cependant, elle est augmentée.

La polyurie se montre souvent sans cause apparente. Cependant, l'hérédité, les excès alcooliques répétés, l'impression subite du froid jouent un certain rôle dans son étiologie.

Bien que l'anatomie pathologique n'indique pas, dans ces cas, de lésions caractéristiques, la maladie, cependant, est toujours grave.

Quant au traitement, il est à peu près le même que celui du diabète. On doit prescrire aussi les antispasmodiqnes et activer le fonctionnement de la peau par l'hydrothérapie et les frictions. — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 février 1878, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. de Combarrieu, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier : MM. Folie des Jardins et Fleury, médecins-majors de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Blanche, Sottinell, Rivière, médecins-majors de deuxième classe, et Bernard, pharmacien-major de première classe.

— Par décret en date du 7 février 1878, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Chatin, directeur de l'École de pharmacie de Paris ; Chéron, médecin de l'hospice Saint-Lazare et Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collége de France; Baudrimont, professeur à l'École de pharmacie de Paris; Morel, maire du Puy, médecin en chef des hospices; Vincent, médecin à Ay; Gaillon, dit Lethière, médecin à Paris (services exceptionnels rendus pendant le siége de Paris); Beni-Barde, docteur en médecine à Paris; Saint-Cyr, professeur à l'École de médecine vétérinaire de Lyon.

— *Legs Demarquay.* 1° Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cette académie, le legs de 100,000 francs qui lui a été fait par feu le docteur Demarquay, et destiné « à aider ladite académie à se créer une habitation digne d'elle. »

2° Le secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris est autorisé à accepter, au nom de cette société, aux clauses et conditions énoncées, le legs de 10,000 francs que lui a fait feu le docteur Demarquay.

3° Le directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens est autorisé à accepter, au nom de cette école, les portraits de Tenon et de Chesselden que lui a légués feu le docteur Demarquay.

4° Le maire de Longueval (Somme), au nom de cette commune, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées, le legs à elle fait par le docteur Demarquay, suivant son testament olographe du 8 juin 1875, et consistant en une somme de 5,000 francs, pour le revenu être consacré à l'amélioration du traitement du curé, de la sœur et de l'instituteur, et en vue de l'amélioration de l'école des filles et des garçons.

5° Le desservant de la succursale de Longueval (Somme), tant en son nom qu'en celui de ses successeurs, est autorisé à accepter le bénéfice résultant en sa faveur : 1° du legs d'une somme de 5,000 francs fait à la commune de Longueval (Somme) par le docteur Demarquay, suivant son testament olographe du 8 juin 1875, pour les revenus être consacrés à l'amélioration des traitements du desservant, de la sœur et de l'instituteur, et en vue de l'amélioration de l'école des filles et des garçons; 2° d'une délibération du Conseil municipal de Longueval, en date du 5 juillet 1877, portant que le revenu de 5,000 francs profitera pour un tiers aux desservants successifs de la succursale de Longueval.

Des copies certifiées conformes de la disposition testamentaire de la délibération du Conseil municipal et du décret d'autorisation seront délivrées au desservant de Longueval, par le préfet.

6° Le maire d'Amiens (Somme), au nom de cette ville, est autorisé à accepter le legs à elle fait par le docteur Demarquay suivant son traitement olographe du 8 juin 1875, et consistant en deux tableaux pour le musée d'Amiens ainsi désignés : « *Le Diner sur l'herbe*, de Fragonard, et *L'Enfant de France.* »

7° Le maire de Péronne (Somme), au nom de cette ville, est autorisé à accepter le legs à elle fait pour son musée, par le docteur Demarquay, suivant son testament olographe du 8 juin 1875, et consistant en deux tableaux ainsi désignés : « *La Fileuse* et *La jeune Fille de la Campagne de Rome.* »

8° Le président de la Société de secours mutuels dite : Association générale des médecins de France, à Paris (Seine), approuvée par arrêté du 21 août 1877, est autorisé à accepter, au nom de cette association, le legs d'une rente de 300 francs qui lui a été fait, à titre gratuit, par le docteur Demarquay, suivant son testament olographe du 8 juin 1875.

Cette rente sera immatriculée au nom de la Société; mention sera faite sur l'inscription de la destination des arrérages qui seront versés à la Caisse des dépôts et consignations et inscrits au crédit de la caisse de retraite de la Société.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Cazeneuve (Paul-Jean-Baptiste), né à Lyon, le 10 janvier 1852, docteur en médecine, est délégué dans les fonctions de chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Bard est délégué pour un an dans les fonctions de préparateur d'histologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Linossiez est délégué pour un an dans les fonctions de préparateur de chimie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Charbonnel Salle est délégué pour un an dans les fonctions de préparateur de physiologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Roux est délégué pour un an dans les fonctions de préparateur de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Audibert est délégué pour un an dans les fonctions de préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Sabatier est délégué pour un an dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle médicale, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Jacquin est délégué pour un an dans les fonctions de préparateur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Marangos (Apostol), est délégué pour une période de deux ans dans les fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Gangolphe (Michel) est délégué pour une année dans les mêmes fonctions à ladite Faculté.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Lerat (Fernand) est nommé prosecteur à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Lahaye, démissionnaire.

— Une lettre du ministre de l'instruction publique, en date du 21 novembre dernier, appelait l'attention du ministre de la guerre sur les jeunes gens qui suivent les cours des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et demandait que le bénéfice des sursis de départ leur fût accordé lorsqu'ils viennent à contracter l'engagement conditionnel d'un an.

Aux termes de l'article 57 de la loi du 27 juillet 1872, les jeunes gens mentionnés dans l'article 53, c'est-à-dire les engagés conditionnels qui sont pourvus des diplômes désignés et qui n'auraient pas terminé les études des Facultés ou écoles auxquelles ils appartiennent, sont seuls admissibles à obtenir des sursis.

Il suit de là que les seuls étudiants en médecine auxquels des sursis puissent être accordés sont ceux qui sont élèves des Facultés travaillant en vue du doctorat.

Le ministre de la guerre déclare donc qu'il ne saurait dès lors, sans déroger formellement à la loi, prendre une mesure exceptionnelle en faveur des élèves des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

— Sont nommés officiers d'Académie : MM. Hautefeuille, docteur ès sciences et docteur en médecine, maître de conférences à l'École normale supérieure, et M. Pouchet, docteur ès sciences naturelles et maître de conférences à la même École.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales. Suite et complément de tous les dictionnaires, par P. Garnier. 13ᵉ année 1877. — Un fort volume in-12 de 553-XXIV pages. Prix : 7 francs. — Germer-Baillière et Cᵉ.

Étude médico-légale sur les épileptiques, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50. — Ad. Delahaye.

Considérations nouvelles sur l'anesthésie obstétricale, par le docteur Charles-James Campbell, ancien interne de la Maternité de Paris. — 1ʳᵉ partie : Mémoire présenté au Congrès des sciences médicales séant à Genève en septembre 1877. — 1 vol. in-8° de 224 pages. Prix : 4 francs. — G. Masson.

Le Diabète sucré, de son traitement et de sa guérison, par le docteur Blanchet, ancien diabétique. — 1 vol. in-12. Prix : 4 francs. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Des idées de grandeur dans le délire des persécutions, par le docteur Garnier. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Nourrices et nourrissons syphilitiques, leçons professées par le docteur A. Fournier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 18. — MARDI 12 FÉVRIER 1878. 51e ANNÉE. MARDI 12 FÉVRIER 1878. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. DEPAUL.

I. Grossesse datant de cinq mois. Rupture des membranes. — II. Polype muqueux du col utérin.

I. Il y a dans le service une malade dont l'observation est intéressante, par cette raison que l'on n'a pas souvent l'occasion de rencontrer des cas de ce genre. C'est une jeune femme d'environ vingt-trois ans, qui est couchée au n° 29. Elle a déjà eu un enfant. Elle raconte qu'elle est enceinte d'environ cinq mois et qu'elle croit avoir fait une fausse couche. En effet, les phénomènes qu'elle a éprouvés en sont les indices très-sérieux.

Dimanche soir, dit-elle, elle s'est aperçue qu'elle perdait du sang; l'hémorrhagie, peu abondante d'ailleurs, s'était arrêtée spontanément et la malade n'avait attaché aucune importance à cet accident, quand, dans la journée du lundi, à la suite de quelques douleurs dans les reins et dans le ventre, étant assise et occupée à des travaux de couture, elle a senti tout à coup un flot de liquide s'écouler par le vagin. C'était, selon son expression, clair comme de l'eau. La chemise que la malade portait à ce moment présente, en effet, les traces d'un écoulement qui a dû être du liquide amniotique: ce n'est pas du pus, ce ne sont pas des glaires, c'est évidemment un liquide aqueux mélangé d'une très-petite quantité de sang.

En présence de ces phénomènes nous étions naturellement conduit à examiner l'état de la matrice, et voici ce que nous avons constaté. L'utérus, par son fond, remonte jusqu'au niveau de l'ombilic; il est un peu incliné à droite et a une forme moins arrondie qu'un utérus dont le liquide amniotique est intact. Il est évident, en effet, qu'il est revenu un peu sur lui-même et que les parois se sont rapprochées dans une certaine mesure du corps de l'enfant. Enfin, on sent avec la main, de temps en temps, quelques contractions utérines.

Quant au col, il est épaissi, taillé en bec de flûte, comme chez les femmes qui ont eu des enfants; c'est-à-dire que la lèvre antérieure est un peu plus longue que la postérieure. Enfin, entre les deux lèvres, on sent que la cavité du col existe et va en se rétrécissant.

Vous serez appelés quelquefois, dans votre pratique pour des cas de ce genre ; il importe par conséquent que vous sachiez ce que vous devez répondre aux personnes qui viendront vous consulter et sur l'état de la mère et sur l'issue de la grossesse.

Ce qui doit vous préoccuper d'abord, c'est que, dans ces conditions, la femme est condamnée à faire une fausse couche dans un délai plus ou moins éloigné, le plus ordinairement après dix, douze, quinze jours ; quelquefois, mais rarement, après six semaines, trois mois et même davantage. Mais, je le répète, ces derniers cas sont extrêmement rares, et l'on peut dire que la règle est l'accouchement dans un temps très-proche. Au point de vue de la grossesse, la rupture prématurée des membranes est donc un fait sérieux. Quant à la femme, elle guérit généralement ; les fausses couches de cinq mois, à moins qu'elles ne donnent lieu à des hémorrhagies considérables, ne s'accompagnant pas ordinairement d'accidents graves.

Quant à la conduite qu'en pareil cas le chirurgien doit tenir, elle consiste à prescrire le repos. Ainsi, j'ai fait coucher cette malade, puis, je lui ai prescrit un lavement laudanisé, dans le but d'empêcher la contractilité utérine de s'exercer. Pourquoi ces précautions, me demanderez-vous, puisque je viens de vous déclarer que l'avortement était presque inévitable? C'est que j'ai fait une réserve pour ces cas exceptionnels dont je vous parlais tout à l'heure ; c'est qu'à sept mois l'enfant est viable et qu'il y aurait par conséquent un intérêt immense à ce que nous pussions conduire cette jeune femme jusqu'au moment où elle pourra donner le jour à un enfant qui soit en état de vivre.

Mais que s'est-il passé chez elle ? Pourquoi cette femme a-t-elle perdu les eaux prématurément ? Ici nous ne trouvons pas de ces causes que l'on peut quelquefois invoquer dans des cas analogues : elle n'a pas eu, par exemple, de rapports sexuels, lesquels, ainsi que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de le constater, déterminent soit directement la rupture des membranes, soit indirectement en déterminant la congestion de la matrice et des contractions utérines prématurées qui conduisent à la fausse couche.

Elle ne se livrait pas davantage à des travaux pénibles, elle était, au contraire, tranquillement assise, occupée à coudre. Quelle cause invoquer ? Mais cette femme, vous ai-je dit, avait perdu du sang. Or, je ne doute pas que si, à ce moment, on eût examiné l'utérus, on aurait trouvé des contractions plus ou moins appréciables de cet organe ; on l'aurait vu s'arron-

dir, se durcir, devenir en un mot le siége de contractions assez énergiques pour déterminer en un point quelconque une fissure qui est devenue le point de départ de la rupture de membranes.

Telle est, en effet, une des causes fréquentes les moins connues de l'accouchement prématuré.

II. Parmi les autres cas intéressants qui se trouvent actuellement dans le service, je vous citerai également celui de cette malade qui est couchée au n° 10 et qui est affectée d'un polype du col utérin.

C'est une femme de trente-neuf ans ; elle a eu un grand nombre de grossesses dont cinq se sont terminées d'une manière normale et neuf par des fausses couches. Elle exerce la profession de concierge.

Le début de sa maladie remonte à environ un an ; les principaux symptômes qu'elle accuse sont des douleurs constantes dans le ventre et des pertes séro-sanguinolentes, peu abondantes d'ailleurs.

En examinant cette femme avec le doigt, on sentait, à la commissure gauche du col utérin et le débordant, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, d'apparence rosée et tellement molle au toucher, qu'il fallait une grande habitude de ce mode d'investigation pour la remarquer. En cherchant à contourner cette tumeur avec une sonde utérine, on constatait qu'elle avait son point d'implantation dans la partie latérale gauche du col auquel elle était lâchement unie, mais sans l'intermédiaire d'un pédicule. Nous avions évidemment affaire à un polype muqueux.

Cette variété de tumeurs, surtout quand elles ne sont pas pédiculisées, offrent un caractère particulier et qu'il importe que vous connaissiez : c'est de pouvoir rentrer et sortir avec la plus grande facilité. Maintes fois, en effet, il m'est arrivé dans des cas analogues de constater, chez une femme, un polype du col, puis, le lendemain, de le voir disparaître et enfin, de ne pouvoir le retrouver que quelques jours plus tard pour le voir disparaître de nouveau.

A quoi cela tient-il? Est-ce à la rétraction utérine qui, suivant qu'elle est plus ou moins forte, permet à la tumeur de saillir à l'extérieur ou de se dissimuler dans l'épaisseur du tissu utérin? Est-ce l'état hygrométrique de ces polypes qui fait qu'ils sont plus volumineux à tel moment qu'à tel autre? Je l'ignore, toujours est-il qu'il importe de bien connaître cette singulière propriété, si l'on ne veut s'exposer à des erreurs fâcheuses de diagnostic.

Quant au traitement, il consistait naturellement dans l'ablation du polype et vous avez vu comment je m'y suis pris.

Avec une pince j'ai attiré la tumeur, je l'ai tordue, et, soit par écrasement, soit par arrachement, j'en ai détaché la plus grande partie. Mais il restait le point d'implantation du polype au niveau duquel la tumeur aurait pu se reproduire si l'on n'avait eu soin de modifier l'état de la muqueuse malade. J'ai donc voulu agir sur la base même du polype et avec un cautère olivaire chauffé à blanc et introduit dans la cavité du col, j'ai cautérisé profondément la commissure au niveau du point où la tumeur avait son insertion.

Il est probable que cette précaution que l'on doit toujours prendre, suffira pour amener une guérison définitive. Quoi qu'il en soit, j'ai cru devoir profiter de la présence dans nos salles, de cette malade, pour vous engager à observer attentivement la femme que vous soupçonnerez atteinte de cette affection et pour ne pas vous exposer à des erreurs de diagnostic qu'un médecin plus heureux que vous ne manquerait pas de relever, en constatant un polype là où la veille vous n'aviez rien trouvé.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Vallin.

Du rhumatisme spinal.

L'histoire du rhumatisme spinal est beaucoup moins avancée que celle du rhumatisme cérébral, mais chaque jour apporte des matériaux nouveaux: M. le docteur Vallin (1) vient d'attirer l'attention sur certaines manifestations singulières du rhumatisme médullaire, et d'apporter ainsi une contribution nouvelle à la description de cette maladie.

Dans un premier cas, il s'agit d'un malade antérieurement atteint de rhumatisme polyarticulaire aigu avec endocardite ; depuis plusieurs années, le malade restait sujet à des bronchites avec œdème pulmonaire, résultant d'une lésion organique du cœur consécutive à l'endocardite. Dans le cours de l'année dernière, il gardait la chambre depuis huit jours pour une nouvelle bronchite, quand un matin il se réveilla complétement paraplégique. Il fut immédiatement conduit à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le service de M. Vallin, qui constata une hypertrophie cardiaque avec insuffisance aortique, de l'œdème pulmonaire et une paraplégie complète avec conservation de la sensibilité. Deux jours après, le membre inférieur gauche était complétement libre, mais le bras droit se paralysait à son tour, puis, le surlendemain, la jambe droite reprenait ses mouvements, et le bras gauche devenait paralysé; enfin, le huitième jour, la paralysie des deux bras disparaissait brusquement sans laisser de trace.

Mais en même temps, les articulations, qui, à l'entrée du malade, étaient complétement libres, présentaient plusieurs fluxions rhumatismales; l'on constatait les signes du début d'une péricardite (bruits de cuir neuf et de frottement), plus tard un épanchement abondant dans le péricarde. Six semaines après, l'épanchement était résorbé, la région cardiaque était soulevée et entraînée à chaque diastole comme dans les cas de symphyse du cœur, le malade succombait en état d'asystolie, et l'on trouvait à l'autopsie des fausses membranes rougeâtres et encore infiltrées, faisant adhérer les deux feuillets du péricarde.

Le déplacement et la disparition rapide des paralysies, leur coïncidence avec des fluxions rhumatismales sur les articulations et sur le cœur, font penser qu'il s'agissait ici d'une localisation passagère du rhumatisme sur les parties antérieures de la moelle ; il est, en effet, difficile de rattacher à un autre mécanisme des accidents aussi fugaces.

Chez un autre malade, à la suite d'un refroidissement pendant une faction de nuit, survint, après dix à douze jours d'un malaise vague, une hyperesthésie extraordinaire de tout le tégument ; lorsqu'on grattait avec l'ongle, lorsqu'on chatouillait avec la barbe d'une plume la peau du tronc, des membres supérieurs et des membres inférieurs jusqu'aux genoux, le malade accusait une vive douleur, et il était pris d'une toux incessante, nerveuse, se renouvelant plus de soixante fois par minute et produisant une sorte de suffocation; cette zone d'hyperesthésie se limitait exactement au bord de la mâchoire inférieure, c'est-à-dire aux terminaisons du plexus cervical, la face avait conservé sa sensibilité normale. Le malade n'avait, pour ainsi ainsi dire, pas de fièvre (37°,4 à 38°,0), et malgré une oppression extrême (soixante respirations par minute) on ne trouvait aucune lésion pulmonaire. En même temps, les quatre membres étaient à demi paralysés, et le malade pouvait a grand peine les soulever au-dessus du lit. Le diagnostic restait incertain, l'hypothèse d'une névralgie lombo-dorsale était insuffisante, quand, au bout de deux ou trois jours, apparurent un gonflement avec rougeur et tuméfaction du poignet, de l'épaule et de

(1) Voy. n° 12 de la *Gazette des hôpitaux* (1878).

plusieurs doigts de la main. L'hyperesthésie disparut progressivement avec l'envahissement des articulations par le rhumatisme, et six ou huit jours après son début, il n'en restait plus trace. La paralysie des membres subit la même décroissance, cependant l'un des côtés du corps resta notablement plus faible, et au départ du malade, après deux mois de séjour à l'hôpital, il y avait encore un affaiblissement très-appréciable limité à cette moitié du corps.

La fluxion rhumatismale semble avoir porté ici sur toute la surface de la moelle ou sur les parties fibreuses du rachis, en particulier sur les prolongements qui accompagnent les racines antérieures et postérieures à travers les trous de conjugaison. La sensibilité reflexe qui, dans certains cas, paraît avoir été diminuée ou anéantie (Ranvier et Ollivier), était, au contraire, ici exaltée au plus haut point; l'absence de fièvre, la coïncidence avec les fluxions rhumatismales prouvent qu'il ne s'agissait pas d'une myélite ou d'une méningo-myélite simple.

Enfin, chez un troisième malade, au moment de la convalescence d'un rhumatisme polyarticulaire aigu, puis subaigu, la disparition des dernières localisations articulaires coïncida avec un ensemble de symptômes fort singulier. Dans le décubitus, les membres étaient immobiles, relâchés, et n'étaient le siége ni de palpitations, ni de contractions; mais l'effort, dans le membre inférieur ou supérieur droit, s'accompagne d'une trépidation, d'un tremblement à oscillations latérales et régulières autour de la ligne représentant le mouvement intentionnel; c'est un tremblement et non pas un mouvement choréique; ce tremblement est plus marqué au membre inférieur qu'au membre supérieur et rend la marche très-difficile.

Du même côté, la force est tellement affaiblie que le malade ne peut retenir entre ses doigts une timbale en métal, pleine de liquide; la jambe droite ne peut supporter le poids du corps; du même côté, il existe une hémianesthésie presque absolue, à tel point qu'on peut, avec une grosse épingle, traverser la peau du malade sans qu'il s'en aperçoive.

Au bout de huit jours l'hémiplégie, l'hémianesthésie et le tremblement disparurent presque complétement.

Le point le plus singulier de cette observation est l'existence d'une hémianesthésie du côté même où existait l'hémiplégie; cette coïncidence est caractéristique d'un foyer cérébral limité précisément aux parties postérieures du noyau caudé et de la couche optique, avec lésion simultanée de la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante; dans les compressions limitées de la moelle, au contraire, l'hémianesthésie est toujours croisée, c'est-à-dire du côté opposé à la paralysie du mouvement. Il semblerait donc qu'il y eût eu lésion cérébrale plutôt qu'altération de la moelle ou du rachis. Cependant M. Vallin hésite à accepter cette hypothèse d'une lésion cérébrale à siége très-limité et très-précis, en l'absence de délire et de tout autre symptôme cérébral. Le tremblement ne différait pas de celui qu'on observe dans la sclérose primitive (ou consécutive) des cordons antéro-latéraux, et malgré la difficulté d'interpréter ce fait d'après les données actuelles sur la physiologie pathologique de la moelle, il serait tenté de rattacher ce cas plutôt au rhumatisme spinal qu'au rhumatisme cérébral.

M. Vallin fait en outre remarquer que, dans ces trois cas, les accidents médullaires se sont développés, sinon sans fièvre, au moins avec une température presque normale; il a relevé cette même apyrexie dans un assez grand nombre d'observations analogues, en particulier dans les cas que M. Lasègue a observés à la Pitié (Thèse de Mora, Paris, 1874); c'est un point par lequel le rhumatisme spinal diffère du rhumatisme cérébral. De même ces localisations spinales du rhumatisme ne semblent pas devenir souvent l'origine de dégénérescences ultérieures de la moelle; malheureusement il n'a pu savoir ce que sont devenus, à ce point de vue, les deux malades qui ont guéri; il serait utile de suivre pendant plusieurs années les malades de ce genre, pour savoir si le rhumatisme spinal, dont les formes atténuées ne sont pas rares, ne joue pas un rôle plus important qu'on ne croit dans les maladies chroniques de la moelle épinière.

DU TRAITEMENT DES CANCERS ET DES ADENOMES DU SEIN PAR L'ISCHÉMIE DE LA GLANDE MAMMAIRE AU MOYEN DU CAOUTCHOUC (1)

Par E. Bouchut.

L'idée d'appliquer au cancer du sein une compression suffisante pour produire l'atrophie de la production pathologique est fort ancienne. Ce fut le traitement de Récamier, de Gendrin et d'un grand nombre d'autres médecins français ou étrangers. Malheureusement la compression, faite avec des bandes qui se relâchent, était inefficace, et le moyen fut abandonné. Je crois avoir réussi à donner à cette idée une importance nouvelle, car j'ai pu comprimer assez fortement un cancer du sein pour suspendre réellement la circulation capillaire dans la tumeur et guérir le mal. Ce problème est facile à résoudre à l'aide d'une cuirasse de caoutchouc vulcanisé, doublée de ouate, comprimant jour et nuit le cancer, et produisant l'atrophie du sein et de la tumeur.

Une dame de trente-neuf ans, bien réglée, un peu anémique, s'aperçut au mois de juin 1876 qu'elle souffrait du sein droit, et en y portant la main, elle y découvrit une tumeur, pour laquelle elle consulta son médecin ordinaire.

Elle habite Boulogne-sur-Mer, où se trouvent plusieurs anciens élèves des plus distingués de l'École de Paris. Le médecin qu'elle consulta appartient à cette phalange, et il lui déclara qu'elle n'avait qu'à se faire opérer.

Cette dame vint donc à Paris. Elle vit M. Gendrin qui lui prescrivit une pommade, en déclarant qu'il craignait que ce fût inutile, et qu'il faudrait en venir à une extirpation du sein. Elle alla voir M. Ricord qui, tout en donnant une prescription d'iodure de potassium à l'intérieur, lui annonça aussi qu'il faudrait une opération.

Je la vis alors au mois de novembre. Voyant qu'elle ne voulait pas entendre parler d'extirpation de la glande, je lui conseillai l'usage d'une cuirasse ischémique en caoutchouc doublée d'une grande épaisseur de ouate.

Elle y consentit. J'essayai, et ce traitement a réussi.

Les seins sont peu volumineux, ce qui était une condition favorable. Le droit, spontanément douloureux, est le siége de petits élancements accompagnés d'un peu d'engourdissement dans le bras. A la pression de la tumeur, la souffrance est plus vive. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau qui est mobile sur la glande, et celle-ci, ovalaire, transversale, située à la partie supérieure du sein, a le volume d'un petit œuf de poule.

Dans l'aisselle, il y a, près du sein, trois petites glandes mobiles, peu douloureuses, du volume d'une petite noisette, et séparées par un intervalle de deux à trois centimètres.

C'est dans ces conditions matérielles d'altération de la glande mammaire, et d'après le diagnostic porté par trois éminents confrères, que je voulus faire l'expérience d'un nouveau procédé d'ischémie du sein et du cancer de cet organe.

Il est évident qu'une compression suffisante et supportable d'un cancer du sein doit amener l'ischémie de la tumeur, et que du défaut de circulation à l'atrophie il n'y a pas loin. Tout le problème consiste donc à pouvoir oblitérer les vaisseaux de la tumeur. On le réalise à l'aide du caoutchouc vulcanisé qui permet de comprimer très-énergiquement les parties soumises à son action.

J'ai d'abord essayé les bandes de caoutchouc vulcanisé, très-minces, longues de 12 à 15 mètres, et roulées autour de la poitrine en forme de cuirasse. Mais cet appareil se dérange aisément, quoi qu'on fasse pour le maintenir en place.

Après divers tâtonnements, je suis arrivé à faire préparer une large bande de caoutchouc, assez épaisse, large de 16 à 20 centimètres, et assez longue pour faire un peu moins que le tour de la poitrine. En avant ou en arrière se trouvent deux bretelles de caoutchouc, libres ou faisant corps avec la cuirasse, et passant sur les

(1) Académie des sciences, séance du 4 février 1878.

épaules pour empêcher l'appareil de descendre. Cette ceinture se lace en arrière avec un cordon de soie ou se ferme avec des boutons doubles.

Pour appliquer l'appareil, je place autour du corps quatre épaisseurs de ouate, saupoudrée de lycopode pour empêcher les démangeaisons. La ouate a pour but d'éviter une compression trop directe de la poitrine.

On peut serrer bien davantage une partie à travers de la ouate épaisse que si l'on serre directement sur la peau. Les appareils ouatés que l'on emploie contre les tumeurs blanches des membres en sont la preuve.

Lorsque la quantité suffisante de ouate saupoudrée de lycopode entoure la poitrine, on applique la cuirasse sur laquelle on serre très-fortement, et que l'on attache en arrière par un lacet ou par des boutons. Une fois la cuirasse fermée, on attache les bretelles au moyen de boutons doubles, et l'appareil doit rester en place pendant huit jours.

Au bout de ce temps, la ouate s'aplatit, et la compression est un peu diminuée sans avoir cessé de s'exercer. Il faut la renouveler.

Tous les huit jours on renouvelle l'appareil en ôtant la ouate aplatie pour la remplacer par quatre épaisseurs de ouate neuve.

C'est de cette façon que la malade dont j'ai rapporté l'observation, et qui a suivi mes conseils, a été traitée pendant un an.

Elle restait à Paris où je renouvelais l'appareil, mais de temps à autre elle retournait chez elle, à Boulogne, où sa femme de chambre lui rendait le même office que moi.

Bref au bout de deux mois, la tumeur a cessé d'être douloureuse et a commencé à perdre de son volume en s'aplatissant.

La compression était parfaitement supportée, sauf quelques démangeaisons que le lycopode sur la peau a fait disparaître. Il n'y eut point de gêne respiratoire et le sommeil ne fut en rien troublé. La respiration se faisait chez cette dame comme elle se fait lorsque l'on porte un corset un peu serré. Sans être bien à l'aise sous cette cuirasse compressive en caoutchouc, la malade n'en souffrait pas, et elle l'a supportée jour et nuit sans jamais avoir été obligée de s'en passer un seul jour. Les mouvements étaient parfaitement libres.

On remarquait seulement un peu d'humidité sous le caoutchouc, sur la première ouate, mais cette humidité n'exista jamais sous la quatrième, c'est-à-dire sur la peau.

Au bout de six mois, la tumeur était réduite de plus de moitié et les glandes de l'aisselle, également comprimées par la cuirasse, avaient perdu une grande partie de leur volume.

Au bout d'un an, on ne trouve presque plus trace de la tumeur qui est convertie en plaque mince, peu appréciable, un peu mobile, jamais douloureuse et les glandes de l'aisselle, également diminuées sont dans un état rudimentaire.

Deux mois plus tard, c'est-à-dire après quatorze mois de compression, la tumeur a tout à fait disparu et les glandes axillaires sont réduites au volume d'un petit pois.

Les deux glandes mammaires sont également aplaties, atrophiées, et ont presque disparu, de sorte que chez cette dame qui est un peu maigre, on peut compter toutes les côtes, même à la place qu'occupaient les deux seins.

En résumé, on peut obtenir l'ischémie forcée de la glande mammaire par une compression permanente faite au moyen du caoutchouc vulcanisé.

L'ischémie permanente du sein détermine l'atrophie graduelle de cette glande.

Appliquée au traitement du cancer et des adénomes de la mamelle, l'ischémie peut suspendre la circulation capillaire de ces productions morbides et amener leur guérison par atrophie.

Le meilleur moyen de produire l'ischémie du sein et du cancer ou des glandes de cette organe, est l'application permanente d'une cuirasse compressive en caoutchouc vulcanisé doublé de plusieurs épaisseurs de ouate.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 février 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Des hématoblastes. — M. Hayem présente quelques considérations relatives aux éléments du sang qu'il a décrits sous le nom d'hématoblastes. Il rappelle avoir démontré, dans des communications antérieures (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1877), que ces éléments étaient extrêmement altérables; pendant même qu'on les examine au microscope, on les voit se modifier, se grouper sous forme d'amas qui, suivant lui, deviennent le point de départ du reticulum fibrillaire. Or, pour fixer ces éléments, on est obligé de recourir à certains réactifs, et l'on pourrait se demander si l'on n'obtient pas ainsi, par ces réactifs, des produits artificiels; il était facile de s'en assurer, en ayant recours à des moyens capables d'arrêter la coagulation du sang et de voir si ces moyens n'étaient pas capables, en même temps, d'empêcher l'altération de ces éléments. Dans ce but, M. Hayem a eu recours aux basses températures et il a bientôt reconnu que le froid qui, comme on sait, retarde la coagulation du sang, retarde également l'altération de ces éléments et permet, par conséquent, de les mieux étudier. C'est donc là un moyen précieux qui prouve que ces éléments ne sont pas des produits artificiels résultant de l'influence de tel ou tel réactif.

M. Hayem décrit ces éléments et montre des dessins à l'appui de sa description. Lorsqu'on expérimente à une température audessous de zéro, on voit, dans les espaces compris entre les piles des globules rouges, de petits corpuscules, les uns de forme ovale ou en amande, les autres arrondis, d'autres effilés en pointe, d'autres régulièrement discoïdes, la plupart déjà rouges et biconcaves. Par suite de leur mouvement, ces éléments peuvent changer de forme et être arrondis lorsqu'on les voit à plat, en forme de bâtonnet quand ils sont de champ. Chez les anémiques et chez les animaux auxquels on a fait perdre beaucoup de sang, ces éléments deviennent plus volumineux. Après deux ou trois heures, ils pâlissent et deviennent épineux; d'autres se plissent et deviennent anguleux et étoilés; après quatre ou cinq heures, on en voit partir des prolongements, qui deviennent le point de départ de reticulum fibrillaire.

M. Hayem ajoute quelques considérations relatives à ces éléments du sang et aux globules rouges. Il termine en faisant observer que les préparations, par voie sèche, peuvent rendre de grands services dans la détermination des éléments du sang.

De l'excitabilité des fibres blanches de certaines parties du cerveau. — M. Bochefontaine, à l'occasion des communications de MM. Franck et Pitres sur le même sujet (voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 29 janvier), fait connaître les expériences qui ont été faites au cours de M. Vulpian, le 8 juillet 1877. M. Vulpian, dans ce cours, s'était proposé de démontrer que certains faisceaux de la substance blanche, au niveau du gyrus sygmoïde, peuvent être excités directement, indépendamment de ce qui peut se passer dans l'écorce grise. L'expérience a été faite sur un animal curarisé, à l'aide d'un appareil approprié, on a électrisé directement ces faisceaux, et on a produit des mouvements soit dans le membre supérieur du côté opposé, soit dans les deux membres du même côté, suivant la profondeur à laquelle était portée l'électrode dans la masse cérébrale. L'électrisation de la couche optique ne produit rien, celle du corps strié produit un arrêt de la respiration et exerce également une influence sur les mouvements du cœur.

Action physiologique de la cicutine. — M. Bochefontaine, au nom de M. Mouru, fait une communication relative à l'action physiologique du bromhydrate de cicutine. Il résulte des expériences de M. Mouru qu'on pourrait, au point de vue thérapeutique, injecter sous la peau du bromhydrate de cicutine, mais non pas la cicutine elle-même; qu'en outre, il existe diverses espèces de cicu-

tine, dont l'action est différente. Ainsi, M. Mouru a pu séparer de la cicutine une huile essentielle, qui agit sur l'excito-motricité des nerfs moteurs, tandis que la cicutine pure agit sur le système nerveux central.

M. LABORDE fait observer que la plupart des alcaloïdes sont très-différents dans leur action suivant leur provenance, et il a remarqué que ceux qui venaient d'Allemagne étaient, en général, les moins purs.

M. BERTHELOT dit que la question de provenance peut avoir une grande importance au point de vue thérapeutique, mais que, pour les expériences physiologiques, il est facile de se procurer de la cicutine chimiquement pure.

M. JOLLYET fait observer que la cicutine chimiquement pure agit comme le curare.

Disposition d'un aquarium. — M. KUNCKEL fait connaître la disposition qu'il a donnée à l'aquarium de son laboratoire. Le réservoir d'eau se trouvant dans une chambre élevée mais non aérée, il a fait placer des trompes multiples, qui mettent cette eau en communication avec un conduit extérieur servant d'appel d'air. Dans ces conditions d'aération, les animaux et les plantes placées dans cette eau vivent très-bien, tandis qu'ils meurent et se putréfient dans un aquarium non aéré. M. Kunckel se demande si, appliquant ce système aux eaux d'égout, on n'arriverait pas ainsi à les purifier.

M. PAUL BERT se sert, comme aquariums, de cloches à melon retournées dans lesquelles il fait passer un courant d'air continu. Il a pu ainsi conserver pendant longtemps de l'eau de mer en excellent état, et l'on sait avec quelle rapidité se putréfie habituellement l'eau de mer. Bien plus, ayant reçu plusieurs fois de l'eau de mer putréfiée, il est arrivé, en y faisant passer un courant d'air continu, à lui faire perdre toute mauvaise odeur et à la voir se repeupler. Enfin, MM. Jollyet et Regnard sont arrivés, à l'aide de leur appareil, à réaliser, pour ainsi dire, le ruisseau du gascon dans lequel il y a plus de poissons que d'eau, et cela à l'aide d'un air confiné toujours chimiquement pur.

De l'iodure d'éthyle. — M. RABUTEAU a fait une série d'expériences avec l'iodure d'éthyle, d'où il résulte que c'est un anesthésique dont l'action est moins rapide que celle du chloroforme, mais se prolonge plus longtemps. Il a respiré lui-même de l'iodure d'éthyle et a trouvé de l'iode en quantité notable, dans ses urines; c'est, en effet, un des corps les plus riches en iode. Il se décompose dans l'économie en iodure de sodium et en alcool, selon la formule suivante :

C^2H^5I (iodure d'éthyle) + Na, Ho (soude) = Na I (iodure de sodium) + C^2H^6O (alcool).

Des vaso-moteurs des extrémités. — M. MORAT, en son nom et au nom de M. DASTRE, expose les résultats des recherches qu'ils ont faites dans le laboratoire de M. Chauveau, sur les vaso-moteurs des extrémités.

Les deux espèces de nerfs vaso-moteurs antagonistes (constricteurs et dilatateurs) dont on a démontré l'existence simultanée dans certains organes (glande sous-maxillaire, langue) coexistent-ils dans tous les tissus? Le nerf sciatique, par exemple, contient-il ces deux ordres de nerfs?

Cette question a été le point de départ de travaux nombreux et a reçu des solutions très-différentes. Il serait trop long d'entrer dans l'analyse détaillée de tous ces travaux. On peut réduire à trois les opinions émises à ce sujet.

Pour quelques-uns l'excitation du bout périphérique du nerf sciatique coupé, amène d'emblée la dilatation des vaisseaux du membre correspondant. Les vaso-moteurs contenus dans le sciatique sont avant tout des dilatateurs (Goltz).

Pour d'autres, cette excitation produit un effet immédiat tout opposé. Le sciatique n'étant que vaso-moteur est constricteur et rien de plus (Putzeys et Tarchanoff, etc.).

Enfin, pour quelques auteurs, ce nerf serait dilatateur ou constricteur suivant les conditions. Les fibres dilatatrices entreraient en jeu surtout dans les trois conditions suivantes : 1° Quand le nerf a subi un commencement de dégénération (Ostroumoff); 2° Quand l'excitation est produite à l'aide de courants répétés avec une fréquence déterminée (Ostroumoff, Keudall et Luchsinger; 3° Quand la température du milieu extérieur est notablement abaissée (Lépine).

Ces divergences d'opinion tiennent à deux causes, d'abord, à ce qu'ayant vu les mêmes faits, les auteurs les ont interprétés d'une façon différente. Ensuite, à ce qu'ils ont réellement observé des effets différents. Or, il importe de fixer d'abord les faits. Les divergences dans les résultats doivent être imputées à des vices des méthodes employées.

Ces méthodes sont passibles de plusieurs reproches. Le plus souvent on a pris pour mesure des effets vasculaires les modifications de la température du membre. On suppose qu'il doit exister un rapport constant entre ces deux ordres de phénomènes, ce qui n'est pas démontré. Dans tous les cas c'est une mesure indirecte ; quelle que soit la sensibilité de l'instrument, il ne traduit jamais d'une façon immédiate les variations de la circulation. Une modification de peu de durée pourra, par conséquent, passer inaperçue. Le choix du nerf (sciatique) et de la région (membre postérieur) est défectueux, en ce sens qu'on ne peut dissocier d'une façon suffisante le phénomène vasculaire d'avec d'autres phénomènes qui viennent forcément le compliquer. L'excitation du bout périphérique du sciatique retentit non-seulement sur les vaisseaux mais sur les muscles dont la contraction est une source de chaleur, et peut, d'autre part, modifier la circulation du membre d'une manière indirecte. Que, si on veut éliminer la contraction des muscles en soumettant l'animal à l'influence du curare, il faut se rappeler que cet agent n'est pas sans effet sur la circulation.

A une mesure indirecte, comme celle de la température, ou approximative, comme celle qui consiste à évaluer la quantité de sang qui s'écoule d'une incision à la peau avant et pendant l'excitation, MM. Dastre et Morat ont substitué une mesure directe et rigoureuse, celle de la pression vasculaire prise dans la veine et dans l'artère de la région correspondant au nerf excité. Outre que ces deux renseignements se complètent et se contrôlent l'un par l'autre, cette double étude de la pression artérielle et veineuse, a le grand avantage de faire connaître si telle modification qui survient dans la circulation, est de cause périphérique ou centrale. On sait, en effet, que toute action du cœur se traduit par des modifications simultanées et de même sens de la pression dans les deux vaisseaux; et que toute action se traduit sur les capillaires par des modifications simultanées de sens contraire.

Une semblable étude n'est guère possible chez les petits animaux. L'extrémité du membre postérieur (doigt) des solipèdes (âne, mulet, cheval), est une région extrêmement vasculaire qui a l'avantage essentiel de ne renfermer aucun muscle. Elle est innervée par les nerfs plantaires, dont les ramifications terminales se répandent exclusivement dans les vaisseaux et dans la peau, de sorte que les seuls éléments centrifuges que renferment ces nerfs, sont des éléments vaso-moteurs.

On a choisi l'artère et la veine digitale internes pour y étudier comparativement les modifications de pression apportées par la section, et l'excitation des nerfs correspondants. Ces vaisseaux étaient dénudés au niveau des os grands sésamoïdes et dans chacun d'eux était introduit, ou dans le bout périphérique ou dans le bout central, la canule d'un sphygmoscope relié à un tambour à levier, au moyen duquel la pression s'inscrivait sur le cylindre renfermé d'un enregistreur. Les artères comme les veines forment un réseau si complet que la circulation en retour est toujours assurée même après qu'elle a été interrompue dans un segment relativement considérable de ce réseau. L'expérience a montré du reste que les modifications qu'elle subit sont de même sens dans les deux bouts du vaisseau divisé, et semblables à l'intensité près.

Le nerf avait été préalablement découvert un peu plus haut, à la partie inférieure de la jambe, en avant du tendon d'Achille. Ce nerf c'est le tronc commun des deux nerfs plantaires, représentant la partie la plus considérable de ce qui constitue chez l'homme le sciatique poplité interne.

Effets de la ligature et de la section. — Ces deux opérations pratiquées presque en même temps ont pour effet immédiat une élé-

vation de la pression artérielle et veineuse. Cet effet de courte durée a pour cause l'excitation des fibres sensitives du sciatique, excitation réfléchie par les centres sur le cœur. Il est aussitôt suivi d'un abaissement de la pression qui, après être revenu à son niveau antérieur, continue à baisser dans l'artère, et s'élève au contraire d'une façon graduelle dans la veine. Au bout d'un certain temps, la pression vasculaire a pris dans les deux systèmes un nouvel équilibre; c'est alors qu'on commence les excitations sur le bout périphérique isolé et soulevé sur des électrodes.

Effets de l'excitation. — On soumet le nerf ainsi préparé à l'action de courants de nature, de direction, de fréquence et d'intensité variées. Les courants induits ont été employés sous forme d'excitations répétées d'une façon régulière, en pratiquant sur le courant inducteur des interruptions dont la fréquence maxima était de 60 par seconde, et la fréquence minima de 1 par huit secondes (alternativement, courant de fermeture et d'ouverture). Quand les interruptions sont fréquentes, les courants sont dit *tétanisants*, rares, elles constituent des excitations dites *rhythmiques*.

Ces deux modes d'excitation donnent lieu à des effets toujours les mêmes, qui sont les suivants. L'effet immédiat et constant de l'excitation, c'est *une élévation de la pression artérielle et un abaissement de la pression veineuse.* Cet effet est souvent suivi d'un autre, exactement inverse, consistant en un abaissement de la pression artérielle au-dessous du niveau qu'elle avait avant l'excitation et une élévation concomitante de la pression veineuse. La pression vasculaire reste alors longtemps avant de reprendre son équilibre normal. Cet effet consécutif est d'autant plus prononcé que le nerf a été excité plus souvent et d'une façon plus intense et plus prolongée.

Les courants continus donnent lieu aux mêmes effets, et, sauf des différences de degré, ces effets sont encore les mêmes, que le courant soit ascendant ou descendant.

Aussi, contrairement à l'opinion de Goltz, l'effet immédiat et constant de l'excitation des vaso-moteurs contenus dans le sciatique, est une *constriction des vaisseaux de la périphérie,* comme l'avaient observé Putzeys et Tarchanoff; car ce n'est que par la constriction des capillaires qu'on peut interpréter une élévation de sa pression artérielle concordant avec l'abaissement de sa pression veineuse. Contrairement à l'opinion d'Ostroumoff, de Kendall et Luchsinger, les courants rhythmiques et tétanisants (excitations fréquentes et rares) n'ont pas deux façons opposées d'agir sur les vaisseaux. On n'a pas observé davantage que les courants ascendant et descendant, forts ou faibles, aient des effets opposés.

MM. Dastre et Morat ont recherché quelle influence pourrait avoir la dégénération plus ou moins avancée du nerf sur les effets de l'excitation. Ils ont observé que ces effets étaient *de même sens* mais moins apparents quand le nerf est coupé depuis un et surtout deux jours, que cet effet est nul quand la section date de sept jours.

L'effet immédiat dans tous les cas est une constriction des vaisseaux; il n'est pas moins évident que l'effet consécutif est une dilatation. Faut-il en conclure qu'il existe dans le sciatique des nerfs dilatateurs, dont l'action, plus lente à se produire, ne deviendrait apparente qu'après que les constricteurs ont épuisé leur effet. Pour porter un jugement définitif sur cette question, MM. Dartre et Morat ont pensé qu'il fallait prendre un terme de comparaison dans les effets produits par l'excitation des nerfs vaso-moteurs anatomiquement distincts (grand sympathique). Les résultats de cette étude entreprise par eux à la suite du précédent travail, seront exposés prochainement devant la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1878. — Présidence de M. Labric.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Artérite dans le cours de la fièvre typhoïde. — M. POTAIN, à l'occasion de la communication faite dans la séance du 28 décembre 1877, par M. Lereboullet (voy. *Gazette des Hôpitaux,* numéro du 3 janvier 1878), rapporte les deux faits suivants qu'il a récemment observés: un jeune garçon de dix-huit ans, jardinier, entre à l'hôpital Necker, en août 1877, manifestement atteint d'une fièvre typhoïde. Au vingtième jour de la maladie, ce jeune homme se plaignit d'une douleur dans la cuisse et dans le mollet droit, douleur se prolongeant exactement le long des vaisseaux fémoraux; on ne sentait pas de cordon saillant et dur à ce niveau. Les battements de la fémorale, de la poplitée et de la pédieuse avaient sensiblement diminué d'intensité; il n'y avait aucune trace d'œdème; la cuisse du côté malade avait augmenté de volume, et elle mesurait 1 centimètre et demi de plus, en circonférence, que celle du côté sain. Donc, augmentation de volume du membre, absence d'œdème, diminution des battements des artères, douleur sur le trajet des vaisseaux, tels sont les phénomènes qu'a présentés ce malade au vingtième jour d'une fièvre typhoïde. Ils durèrent quatre ou cinq jours, puis disparurent, et dix jours après, le malade sortait de l'hôpital.

Peu de temps après, M. Potain eut l'occasion d'observer un cas analogue. En effet, en novembre 1877, entrait dans son service un jeune maçon de vingt-deux ans, qui était atteint depuis plusieurs jours d'une fièvre typhoïde. Sa température, les jours suivants, oscilla entre 39 et 40; il fut donc assez gravement atteint. Puis il commençait à aller mieux, lorsque, le vingt-troisième jour de la maladie, apparurent de nouvelles taches rosées lenticulaires, suivies d'une véritable rechute qui dura pendant quelques jours. Le quarante-huitième jour, en pleine convalescence, ce malade accusa une douleur à la face interne de la cuisse gauche, douleur qui bientôt se fit sentir sur tout le trajet des vaisseaux fémoraux, s'accompagnant d'une légère augmentation de volume du membre, mais sans œdème, d'une diminution des battements des artères, mais sans la sensation d'un cordon dur le long des vaisseaux et d'un phénomène particulier qui fût beaucoup plus net chez ce malade que chez le précédent, c'est-à-dire d'une élévation de température appréciable du membre atteint, comparativement à l'autre membre. Ces phénomènes, comme dans le cas précédent, durèrent quelques jours et disparurent sans laisser de traces.

Depuis, M. Potain eut l'occasion d'observer un troisième fait analogue. Voilà donc trois malades chez lesquels, à une période avancée de la convalescence de la fièvre typhoïde, apparaissent des symptômes évidents d'artérite.

Si l'on s'en tenait aux quinze cas de gangrène des extrémités, qui ont été observés dans le cours de la fièvre typhoïde, on devrait en conclure qu'une artérite survenant pendant cette maladie se termine habituellement par gangrène. Or, les trois faits apportés par M. Potain, prouvent qu'il n'en est pas ainsi. Quelle cause devra-t-on attribuer à ces artérites se terminant aussi heureusement? Supposera-t-on une embolie? Si l'on considère qu'il n'y a pas eu, dans ces trois faits, la soudaineté du début, que la douleur est restée limitée au trajet des vaisseaux, il est difficile d'admettre qu'il s'agisse d'une embolie; M. Potain est plus disposé à admettre qu'il s'agit là d'une lésion primitive et non pas consécutive à une embolie, et il conclut en disant qu'il peut survenir, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, des phénomènes d'artérite simple, primitive et se terminant en quelques jours sans laisser aucune trace.

M. LEREBOULLET appelle l'attention sur un fait qui vient d'être publié par M. le docteur Burlureaux, et qui vient à l'appui de ceux dont a parlé M. Potain. Nous l'analyserons dans la Revue de la Presse.

Rupture du cœur. — M. GOUGUENHEIM présente des pièces anatomiques provenant d'un malade qui est mort subitement dans son service, à l'hôpital Temporaire. Il s'agit d'un cas de rupture du cœur avec hémorrhagie abondante dans le péricarde.

MM. BLACHEZ et LAVERAN rappellent avoir présenté des cas analogues à la Société.

Rhumatisme spinal et myélites à manifestations rhumatoïdes. — M. RENDU, à l'occasion de la communication de M. Vallin (voir plus haut), fait observer que la question du rhumatisme spinal

est encore entourée de beaucoup d'obcurités. Quoi qu'il en soit, il ne nie pas l'existence de cette forme de rhumatisme; mais à côté des faits intéressants publiés par M. Vallin, il veut appeler l'attention sur d'autres faits, qui sont manifestement des cas de myélite à manifestations rhumatoïdes. Il cite, entre autres faits, celui d'une femme qui a succombé à une méningo-myélite constatée à l'autopsie et qui, pendant la vie, avait présenté des symptômes articulaires. Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans qui, après avoir eu ses vêtements mouillés et s'être refroidie, avait vu apparaître des douleurs sourdes au niveau des articulations tibio-tarsiennes avec gonflement douloureux. Une huitaine de jours après, les deux genoux se prenaient à leur tour, puis quelques jours plus tard, le coude du membre supérieur droit. Jamais cette malade n'accusa de douleurs en ceinture, ni de troubles de la motricité, ni aucun symptôme d'ataxie; elle avait eu des accès fébriles. Elle succomba, et à l'autopsie, on constata l'existence d'une méningo-myélite qui occupait une certaine étendue et sur laquelle M. Rendu donne des détails très-complets.

MM. VALLIN ET MAURICE RAYNAUD feront ultérieurement des communications sur le même sujet.

La séance est levée à six heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Claude Bernard, l'illustre physiologiste n'est plus. Il a succombé hier soir dimanche.

Devant cette perte immense pour la science et pour la famille médicale française en particulier, nous ne pouvons que nous incliner, remettant à une heure plus calme l'hommage à rendre à cette grande figure.

— Par décret en date du 8 février 1878, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur.

Au grade d'officier: M. le docteur d'Eggs, ancien médecin en chef des prisons civiles de Strasbourg.

Au grade de chevalier: M. le docteur Guillon, ancien chirurgien-major, ancien médecin d'ambulance; M. Benjamin, ancien vétérinaire militaire.

— *Laboratoire d'Antibes.* — M. le docteur Bornet est délégué provisoirement dans les fonctions de directeur du laboratoire d'enseignement supérieur institué à la Villa Thuret, à Antibes, pour les études de culture et de botanique, par décret du 8 novembre 1877.

— Sont nommés médecins du théâtre national de l'Opéra-Comique :

Médecins titulaires. — MM. les docteurs Faivre, Desjardins de Morainville, Boutin, Dupierris, Proust, Prat, Raoul Le Roy, Jules Grange, Chevalier, Alfred Guillon, Vernet, Cadet de Gassicourt, Lagneau, Carpentier-Méricourt fils, Moutard-Martin, Josat (président).

Médecins suppléants. — MM. les docteurs Naret, Linas, Adolphe Picard, Dureau, Veyssière, Paul Richard, Bourgeois, Dusaussay, Blavez, Chevalet.

Médecins consultants. — MM. les docteurs Frémy, Hérard, Daniel Serraud, Charles Fauvel, Guillon père, Léon Labbé, Magne, Moreau-Marmont, Grassi.

— Le prix des Annales médico-psychologiques de la valeur de six cents francs, sera donné à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale au choix des concurrents.

Le but de ce concours étant essentiellement clinique, chaque mémoire devra avoir pour base au moins dix observations détaillées, précédées chacune d'un sommaire.

Le prix sera décerné par une commission de cinq membres, choisis parmi les chefs de service des cinq asiles de la Seine, auxquels s'adjoindront les rédacteurs des *Annales.*

Les mémoires, écrits en français, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs, devront être envoyés avant le 1er janvier 1879, à la rédaction des *Annales médico-psychologiques*, rue de l'Université, 6.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Conférences cliniques d'ophthalmologie sur l'aspect ophthalmoscopique de la macula, le numérotage métrique des verres, l'atrophie blanche de la papille, les troubles papillaires dans les affections cérébro-spinales, la rétinite pigmentaire, faites par F. PANAS, chargé du cours d'ophthalmologie, etc. Rédigées et publiées par A. CHEVALLEREAU. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

L'Albuminurie pendant la grossesse, suivie d'éclampsie. Observation et réflexions, par M. Charles DE LIÉGO. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259 (chaux et magnésie)	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide, Arseniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux........................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques...................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0650 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Solution — Aubin

AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ.

Dans ce nouveau produit, le PHOSPHORE, le FER et l'ARSENIC, unis à doses thérapeutiques équivalentes, se faisant valoir et se complétant réciproquement, acquièrent une très-grande efficacité contre : *Chlorose, Anémie, Névroses, Chorée, Atonie générale, Dyspepsie, Scrofule, Rachitisme, Tuberculose, Cachexies paludéennes, Maladies de la Peau, Cachexies des Maladies chroniques*, etc. Dépôt dans les principales pharmacies de France. — Dépôt principal : E. Fournier et Ce, 15, rue de Londres, à Paris. — En gros : chez J. Aubin, traverse du Chapitre, 13, à Marseille.

Diathèse urique.

Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Diabète, Albuminurie, Coliques néphrétiques, Coliques hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharmacies.

La méthode du Dr DÉCLAT consiste

à employer l'*Acide phénique* pour la curation des maladies à ferments.

Les principales préparations sont :

GLYCO-PHÉNIQUE : plaies, pansements, brûlures, maladies de peau, granulations, assainissement, etc.

Sirops et solutions pour injections s.-cutanées de ACIDE PHÉNIQUE (*chimiquement pur*) : bronches, gorge, dyspepsie, diarrhées, etc.

PHÉNATE D'AMMONIAQUE : croup, variole, pneumonie typhoïde, *maladies aiguës*, coqueluche.

SULFO-PHÉNIQUE : catarrhes, asthme, pituite, maladies de peau, rhumatisme.

IODO-PHÉNIQUE : syphilis, scrofules, tumeurs.

Paris, 6, avenue Victoria.

Bourboule,

GRANDE SOURCE PERRIÈRE

(PROPRIÉTÉ COMMUNALE)

Les autres sources arsenicales de la Bourboule, toutes moins minéralisées, permettront aux médecins de varier leurs prescriptions sur place, mais c'est la GRANDE SOURCE PERRIÈRE qui devra toujours être préférée pour le traitement à domicile.

Guérison radicale : *scrofules, lymphatisme, syphilis tertiaire, maladie de la peau, des os, de la poitrine, fièvres intermittentes, anémie, diabète, névralgies diverses, névroses, maladies de l'utérus*, etc.

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt central : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

Salicylate de soude

du Dr CALMANN,

Lauréat des hôpitaux de Paris. — Spécifique de la GOUTTE et des RHUMATISMES. — Prises de 2 grammes. — Sel chimiquement pur; exempt de phénates, de carbonates et de toutes les substances empyreumatiques. — Pharmacie des Spécialités, 11, boulevard de Strasbourg, et principales pharmacies.

Goudron végétal Le Beuf.

Il possède l'avantage d'offrir *sans altération* et sans perte *l'ensemble* des principes actifs du goudron, et de représenter conséquemment *toutes les qualités* de ce médicament complexe. (*Com. Thérap. du Codex*, par A. Gubler, 2e édit., p. 167 et 314.) Exiger la signature de l'inventeur.

Dépôt dans les principales pharmacies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Bourboule, source Choussy.

Eau minérale chaude (60°25), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. Choussy, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

L'Euphorbium

ÉPITHÈME, — RUBÉFIANT, — DÉRIVATIF.

Cette préparation possède une action intermédiaire entre celle des papiers chimiques et autres similaires qui est à peu près nulle, et celle du thapsia qui est trop forte.

Son application est suivie d'une éruption miliaire manifeste, sans être accompagnée des DÉMANGEAISONS insupportables causées par le thapsia. 18 à 24 heures d'application.

Vente en gros : Chez Desnoix et Ce, 17, *rue Vieille-du-Temple, Paris.*

AU DÉTAIL, CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 milligrammes (1/2 miligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

Nota. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. Vigier, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon. — Gros : 79, rue du Cherche-Midi. Détail : 97, r. de Rennes et dans les pharm.

N° 19. — JEUDI 14 FÉVRIER 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 14 FÉVRIER 1878. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Du traitement de la pneumonie franche.

Il y a chez les enfants deux espèces de pneumonies, la *pneumonie franche*, fibrineuse avec hépatisation pulmonaire et la *pneumonie catarrhale*, fausse pneumonie ou broncho-pneumonie.

Leur traitement diffère beaucoup. Dans une prochaine leçon, je vous parlerai du traitement de la pneumonie catarrhale, mais aujourd'hui, comme vous venez de voir et de suivre au n° 15 un cas de pneumonie franche dite fibrineuse, c'est de son traitement que je vais m'occuper.

L'enfant, âgée de onze ans était malade depuis huit jours. Elle est arrivée dans un état d'anhélation et d'adynamie fort graves, avec 136 pulsations, 40 degrés le soir et 39 le matin. Elle avait une double pneumonie caractérisée par la matité de toute la partie postérieure des deux poumons, depuis la crête de l'omoplate jusqu'à la base, par la présence d'un souffle bronchique sec et fort de chaque côté et par un retentissement bronchophonique considérable.

Il n'en fallait pas plus pour établir l'existence d'une hépatisation pulmonaire datant de huit jours et occupant la partie postérieure des deux poumons, dans le lobe inférieur et en partie dans le lobe supérieur.

C'est cette hépatisation qui distingue la pneumonie franche de la pneumonie catarrhale.

Dans cette pneumonie les alvéoles sont obstruées par une exsudation fibrineuse compacte mêlée de leucocytes et de cellules épithéliales. C'est cette exsudation qui rend le tissu du poumon, si lourd, si compact, si friable et qui contribue à former ce qu'on appelle l'hépatisation. Quand la pneumonie guérit, cette exsudation se ramollit, se détache, devient granulo-graisseuse et est rejetée par l'expectoration. Alors le tissu pulmonaire redevient crépitant, souple, et reprend peu à peu son état normal.

Le traitement consiste à empêcher ou modérer l'exsudation puis à favoriser sa résorption et son élimination.

Première indication. — Arrêter le développement de la pneumonie.

Cette prétention, qui peut sembler excessive à ceux dont le scepticisme croit qu'il n'y a dans la pneumonie franche qu'à laisser marcher le mal, est cependant très-fondée. L'expectation en matière de pneumonie n'a jamais eu et n'aura jamais mon approbation. S'il est une maladie dont on puisse arrêter et modérer le développement, c'est la pneumonie franche.

Au début, et lorsque le diagnostic promptement porté révèle l'inflammation pulmonaire, — les *saignées* ou les sangsues font souvent avorter le mal.

Chez les enfants, lorsqu'une convulsion initiale suivie de fièvre, ou lorsqu'un violent état fébrile avec point pleurétique annonce l'invasion d'une pneumonie, et que l'auscultation signale le point menacé, il faut recourir aux *émissions sanguines*.

La mode n'est plus à cette médication à laquelle on a substitué les plus singulières fantaisies thérapeutiques. Mais qu'importe la mode. La raison et l'observation doivent suffire au médecin.

Les émissions sanguines ont une action antipyrétique incontestable, et, le jour où on les pratique, on abaisse momentanément la température de un à deux degrés. Donc elles sont utiles.

En abaissant la température c'est-à-dire la fièvre, elles amoindrissent les combustions organiques et il devient évident qu'elles ralentissent le travail inflammatoire. C'est ce que prouve la clinique. Si l'on examine avec soin par la percussion et par l'auscultation le début d'une pneumonie franche, et qu'on ait fait une émission sanguine, le râle crépitant du début s'éteint sur place; et il ne se produit pas, ou il ne se produit qu'un souffle bronchique voilé; c'est-à-dire une simple rudesse du bruit respiratoire. La matité seule du point enflammé indique le travail pathologique du poumon, mais cela ne dure pas plus de cinq à six jours et alors arrive la convalescence, sans que le mal ait offert de symptômes graves.

Chez les enfants, lorsqu'on veut employer les émissions sanguines contre un début de pneumonie franche, il faut prendre des précautions indispensables.

D'abord, jusqu'à douze ou quinze ans, il ne faut pas recourir à la saignée du bras. On ne peut employer que les sangsues, deux ou quatre sur le côté affecté et il ne faut pas les faire couler. Après leur chute, il ne faut pas mettre de cataplasme chaud; il suffit d'appliquer de l'amadou bien séché ou de la charpie imbibée de perchlorure de fer, en serrant avec un bandage ou avec la main. Si la piqûre laissait couler le

sang on pourrait appliquer une *serre-fine* ou une petite pince à sangsue faite sur le modèle des serres fines, mais sans griffe.

De cette façon on n'a jamais à craindre d'hémorrhagie consécutive, chose toujours grave chez les enfants. On a enlevé 60 ou 120 grammes de sang, et on obtient tous les avantages des émissions sanguines sans en avoir les inconvénients.

Voilà pour le début de la pneumonie franche et pour la première indication.

Deuxième indication. — Supprimer la douleur du point pleurétique. — Si le début de la pneumonie franche est accompagnée d'une gêne respiratoire due à un point de pleurésie sèche accompagnant la pneumonie, il faut appliquer sur le point même de la douleur une ou deux sangsues qu'on ne fait pas couler et qu'on arrête comme il a été dit plus haut. Cette indication se confond avec la première.

Toutefois, si par suite de la faiblesse des enfants on répugne à recourir aux sangsues, il faut cependant calmer la douleur. Pour cela, j'injecte sous la peau le contenu d'une seringue de Pravaz contenant la solution suivante :

Eau distillée.	10 grammes.
Sulfate de codéine.	10 centigr.

Ce qui représente un centigramme de codéine par gramme.

Troisième indication. — Faire disparaître le processus inflammatoire. Ici nous sommes deux pour remplir cette indication, la nature sans diplôme et l'homme de l'art diplomé. L'une fait quelquefois beaucoup mieux que l'autre, ce qui, soit dit en passant, prouve que la liberté de l'exercice de la médecine a du bon. Il est vrai que les actes de la nature médicatrice seraient difficiles à prohiber. D'ailleurs, elle est si bonne pour les confrères dont elle ne dit jamais de mal, même en réparant leurs sottises qu'on lui pardonne ses bienfaits.

En effet, une fois que la pneumonie franche est formée à l'état d'hépatisation rouge, dans bien des cas la résolution s'accomplit souvent seule et assez rapidement au bout de six à huit jours, et malgré une forte fièvre.

Doit-on se confier systématiquement à la marche naturelle de la maladie, et attendre la guérison des seuls efforts de la nature? Je ne le crois pas. Comme avec le processus inflammatoire, il y a une hyperthermie, c'est rendre service aux enfants que de diminuer la chaleur et de débarrasser les alvéoles du poumon hépatisé.

Le *tartre stibié*, le *kermès*, et *l'oxyde blanc d'antimoine*, comme antipyrétiques et contre-stimulants, remplissent cette indication.

On peut donner alors une potion gommeuse, avec 10 grammes de sirop diacode ou plus, si les enfants sont grands, et 5 centigrammes de tartre stibié : cette potion se prend par cuillerées à café toutes les heures. Elle est parfois bien supportée ou peut faire vomir. Dans ce cas, au cinquième vomissement il faut en arrêter l'usage pour ne pas fatiguer les enfants et on recommence le lendemain. Si l'enfant ne vomit pas, c'est qu'il y a tolérance et l'effet est plus avantageux.

Sous l'influence du tartre stibié la température s'abaisse de un degré, quelquefois plus, s'il y a eu des vomissements. C'est une action antipyrétique certaine. Il y a en outre, l'effet contre-stimulant et désagrégeant des produits plastiques de l'hépatisation, qui est de la plus haute importance. Dans ces cas, il faut veiller aux effets produits sur l'état général.

Quand les forces restent en bon état on peut continuer la potion, mais s'il y a prostration, teint plombé du visage et faiblesse du pouls, il faut en cesser l'emploi.

On la remplace alors par le kermès ou par l'oxyde blanc d'antimoine qui ont des effets semblables, mais beaucoup moins prononcés. Ce sont des diminutifs de l'émétique. Le kermès a rarement d'effet vomitif et purgatif. Et on peut l'employer sans craindre l'hyposthénisation. Seulement chez les enfants, il est bon de ne pas trop élever la dose et de varier entre 25 milligrammes, 5 et 10 centigrammes. La substance se met dans un looch blanc ou dans une potion gommeuse, additionnée de 10 à 15 grammes de sirop diacode et que les enfants prennent par cuillerées toutes les heures. L'oxyde blanc d'antimoine est moins actif et se donne à la dose de 50 centigrammes.

C'est dans le même but que l'on donne la digitale ou la vératrine, mais je préfère les autres moyens.

Quatrième indication. — Combattre l'hyposthénie. Parfois, sous l'influence de l'intensité de la pneumonie et aussi par l'action de la diète ou des préparations antimoniales, on remarque chez les enfants un peu d'adynamie, de la mollesse du pouls, le teint terreux ou plombé et un véritable abattement. C'est le cas de recourir aux stimulants et aux toniques.

Les alcooliques dilués sont alors très-nécessaires. On peut prescrire alors, de la teinture de quinquina, 60 grammes, de la teinture d'anis, de l'élixir de Garus; du vin de Lunel, 15 grammes, du cognac 10 à 15 grammes, etc., dans une potion gommeuse simple ou dans une potion renfermant du sirop de Tolu. L'eau vineuse est alors la meilleure tisane à faire prendre en abondance, autant que les enfants le désirent.

Cinquième indication. — Hâter la résolution pour empêcher la suppuration ou le passage à l'état chronique. Le danger de l'hépatisation rouge est d'être remplacé par l'hépatisation grise, c'est-à-dire par une grande suppuration des alvéoles du poumon ou bien de donner lieu a un état chronique, d'où résulte la pneumonie caséeuse.

Pour éviter cette complication, il faut vers le septième ou neuvième jour de la pneumonie, quand la résolution n'est pas nette, appliquer un ou plusieurs vésicatoires volants successifs sur les parois de la poitrine en avant ou en arrière. En même temps que s'opère cette révulsion, il faut insister sur l'emploi des alcooliques dilués et prescrire alors les résineux ou les balsamiques et les sulfureux. Je donne alors une ou deux gouttes d'acide thymique dans une potion, du sirop de fève, du pin maritime, du sirop ou de l'élixir d'eucalyptus globulus, du sirop sulfureux ou enfin des eaux sulfureuses.

Pendant le cours de ces différentes médications, il importe de soutenir et d'alimenter les enfants par des préparations liquides ou demi-liquides. Le bouillon et les sucs de viande; le tapioca au bouillon, le lait, les gelées de viande sont ce qu'il y a de mieux à employer.

Une fois, la convalescence établie, il faut enfin remédier à l'hypoglobulie et à l'hydrémie, qui existe presque toujours chez les enfants. On prescrit alors les préparations ferrugineuses, les préparations arsenicales, et une alimentation de plus en plus substantielle.

Telles sont les indications du traitement de la pneumonie franche chez les enfants et les moyens de les remplir. Il me reste à exposer à présent les indications du traitement de la pneumonie catarrhale ou broncho-pneumonie. Ce sera l'objet d'une prochaine conférence.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Broca.

I. Réduction d'une luxation ancienne chez un enfant. II. Amputation du pouce, fusée purulente.

I. Vous venez de me voir réduire, chez un enfant de neuf ans, une luxation du coude datant de près de quatre mois. Chez un petit malade, la réduction ne s'est pas faite dans les conditions ordinaires, parce que des tentatives avaient déjà été faites dans ce but, mais n'avaient abouti qu'à un résultat incomplet. L'état des parties malades n'était par conséquent pas le même que si la luxation avait été abandonnée à elle-même pendant quatre mois.

La force de traction employée dans ce cas a été de cinquante-cinq kilogrammes. Pour un enfant, c'est un chiffre qu'il ne serait pas prudent de dépasser. Pour l'adulte il ne faut pas aller au-delà de cent kilogrammes. Il m'est arrivé cependant de réduire une luxation ancienne qui avait résisté à cent kilogrammes de traction, en allant jusqu'à cent vingt. Mais c'est là une exception. Ce malade présentait d'ailleurs une particularité remarquable. Il avait une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, en même temps qu'une luxation. On attendit cinquante-neuf jours pour faire la réduction, mais la fracture se reproduisit sous l'influence des tractions. Il fallut attendre encore cinquante jours pour faire de nouvelles tentatives qui, cette fois, réussirent. Pour ces opérations, d'ailleurs, il est utile de se servir de moufles et d'un dynamomètre qui permettent de graduer exactement la force employée.

A la suite de ces luxations on a presque toujours des roideurs articulaires qu'on ne peut faire disparaître que par l'emploi combiné des machines et des mouvements. C'est ainsi que j'ai dernièrement réduit une luxation datant de trois mois; actuellement les mouvements sont revenus en grande partie et l'on peut espérer que, par un exercice persévérant, le malade pourra le recouvrir presque entièrement.

II. Un autre malade, dont je veux vous dire quelques mots, est un homme qui est entré à l'hôpital, il y a quelque temps déjà, pour une carie de la dernière phalange du pouce droit et chez lequel, M. Pozzi ayant fait l'amputation du pouce, la réunion par première intention fut obtenue au moyen d'un pansement phéniqué. Quelques jours après, il y eut de l'agitation, de la fièvre avec douleur à la pression au niveau du poignet. Puis le lendemain de ce jour, l'état s'était aggravé, le gonflement qui s'était produit au poignet avait remonté le long de l'avant-bras. On constatait également un caractère important sur lequel Laugier a insisté et qui consiste dans un certain œdème rosé de la peau : indice d'une suppuration profonde.

C'est en me fondant sur ce phénomène que j'ai pu diagnostiquer, dans certains cas, des abcès placés sous les muscles fessiers et ne donnant lieu à aucun autre symptôme particulier.

On sentait en outre, chez ce malade, une fluctuation, mais très-obscure, et cela aurait pu être attribué à toute autre chose que du pus, si l'on n'avait eu les autres phénomènes rationnels pour se guider.

Il s'agissait donc là d'une fusée purulente qui s'était produite dans la gaîne synoviale du pouce et propagée à l'avant-bras. Cette gaîne, comme on sait, n'est pas commune à celle du tendon de la main et remonte jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras. Toutefois, il faut savoir que chez les adultes et spécialement chez les manouvriers, ces deux gaînes sont fréquemment en communication, ainsi que celle du petit doigt, qui, à l'état normal, est également à l'état isolé et remonte au-dessus du poignet. Chez ce malade, la fusée purulente se trouvait au-devant de l'aponévrose interosseuse et il fallait lui donner issue avec beaucoup de prudence parce que la plaie en forme de boutonnière était susceptible de se refermer avec une grande facilité.

Autrefois, pour empêcher l'occlusion des lèvres de la plaie, les chirurgiens se servaient de mèches; mais rien n'était plus commun alors que de voir des hémorrhagies se produire, soit par suite de l'accumulation du pus, soit à cause de l'ulcération des artères consécutive au contact de ces mèches. Ce sont tantôt la radiale, tantôt l'intérosseuse, tantôt l'artère du nerf médian qui sont ainsi ulcérées.

C'est pourquoi nous avons remplacé, chez ce malade, les mèches par un tube à drainage, avec lequel pareil accident n'est pas à redouter. Un seul tube de petite dimension a suffi pour assurer l'évacuation du pus et maintenir l'incision béante. Les choses se sont ainsi très-bien passées et nous n'avons pas vu se produire la complication dont je viens de vous parler.

A la suite de l'amputation du pouce, comme de celle du petit doigt, il y a donc grande chance, en raison de la disposition anatomique des gaînes synoviales des tendons qui les animent, de voir survenir une fusée purulente. Dans ces cas, en effet, le tendon sectionné se rétractant profondément dans sa gaîne il laisse à sa place une coulisse dans laquelle les matières septiques s'introduiront avec une grande facilité! Ainsi, dans ces circonstances, la méthode la plus sûre consiste à employer le pansement ouaté de M. A. Guérin qui est des plus faciles à appliquer dans cette région et qui, par la compression qu'il exerce, empêche l'introduction de ces matières dans des parties restées béantes après l'opération.

MALADIES DES OREILLES. — M. Émile Ménière.

Observation de délire consécutif à une otorrhée purulente chronique.

Dans la *Gazette des hôpitaux* du 30 octobre 1877, a paru un intéressant article de M. le docteur Bouchut, à propos de *deux observations de délire et de folie produites par des maladies de l'oreille interne.*

Je l'ai lu avec beaucoup d'intérêt, et je me suis souvenu que j'avais, dans mes notes depuis 1873, une observation assez curieuse ayant quelque ressemblance avec celles qui ont été publiées dans ce journal en octobre 1877.

Le fait que j'avais observé m'avait paru fort singulier; puis, comme il ne me fut pas donné de revoir pareils phénomènes depuis cette époque, j'avais presque oublié ce cas bizarre.

Mon observation, quelque incomplète qu'elle soit, n'en a pas moins son importance. La voici :

En juin 1873, un jeune garçon de huit ans fut amené chez moi par ses parents, modestes ouvriers des environs de Paris.

Cet enfant, de nature maladive, présentant des traces de scrofule, était atteint, depuis l'âge de cinq ans, d'un écoulement muco-purulent de l'oreille droite, dont la cause passa inaperçue. Le petit malade, peu et mal soigné, était en mauvais état tant au point de vue général qu'au point de vue local. L'historique des antécédents fut rapidement fait ; tout ce qui me fut raconté ne sortait point du cadre habituel de la maladie chronique dont les symptômes nous sont connus. Rien de particulier à noter.

Au moment où j'allais procéder à un examen complet de l'état local, le père me raconta ce qui suit :

« Depuis un mois environ, l'enfant est pris tout à coup, de temps à autre, quelquefois deux fois par jour, de crises nerveuses singulières ; il devient colère, se fâche pour un rien, veut battre tout le monde, ne paraît pas savoir ce qu'il dit, enfin, perd la tête. Cet état dure plus ou moins longtemps, quelquefois une heure, souvent moins. La seconde fois que pareil accès est arrivé, j'ai cru que c'était de la méchanceté, et je lui ai administré une volée.

« Cela n'a fait qu'augmenter la crise ; il n'avait plus l'air d'avoir sa connaissance ; puis, il est tombé dans une sorte d'abattement, et après avoir dormi plus ou moins longtemps, il revenait à lui sans paraître se souvenir de rien.

« Le père ajoute que l'enfant reste quelquefois cinq ou six jours sans avoir d'attaques. »

Au moment où on me l'amène, on m'assure que, depuis quatre jours, il est dans son état normal. J'essayai de bien préciser les faits ; l'enfant n'a jamais eu d'écume à la bouche, ni mouvements convulsifs des membres, ni vertiges, ni chutes.

J'examinai avec soin l'oreille malade, après avoir largement injecté le conduit auditif, que je trouvai grisâtre, un peu boursouflé et plus rouge au fond ; plus de tympan, la chaîne des osselets a disparu, sauf l'étrier, dont la base me semblait à sa place, quoique la tête fût bien difficile à voir.

La muqueuse de la caisse tympanique était tomenteuse, avec quelques bourgeons charnus pâles.

La trompe d'Eustache était perméable ; l'audition n'était pas abolie ; le tic-tac de la montre était perçu contre l'oreille, et la voix à une distance de plus de 1 mètre. (J'ai vu beaucoup de malades chez lesquelles l'audition se conserve relativement bonne avec une perte du tympan et des lésions inhérentes à une otorrhée chronique ancienne, même lorsque l'écoulement a complétement cessé.)

En somme, tout ce que je voyais chez ce petit malade ressemblait aux lésions habituelles des otorrhées chroniques scrofuleuses ou tuberculeuses.

Mais les crises de délire, pourquoi se montraient-elles dans les conditions relatées plus haut? Je pensai bien à une lésion de l'oreille interne.

Les travaux de mon père sur ce qu'on appelle la *maladie de Ménière* étaient présents à mon esprit. Mais, dans le cas actuel, il n'y avait pas de bruits, pas de sifflements avec ou sans exacerbation, pas de vertiges, ni chutes, ni vomissements. Tout bien examiné, je restai indécis.

Après avoir institué le traitement général habituel, je prescrivis le traitement local, qui me réussit si bien depuis longtemps dans les cas de ce genre. Injections d'eau tiède trois ou quatre fois par jour, et instillations ou badigeonnages une ou deux fois par jour avec un mélange de glycérine et d'acide phénique à haute dose ; de 5 à 12 grammes d'acide phénique pour 20 grammes de glycérine anglaise. Puis, je recommandai au père de me prévenir, s'il le pouvait, afin que je pusse juger les crises par moi-même.

Ces braves gens demeuraient aux environs de Paris. On me ramena l'enfant trois semaines après ; il n'avait eu que deux crises. L'état local s'était légèrement amélioré. Nouvelle visite un mois après ; trois crises, un peu moins violentes.

Le père m'annonça alors qu'il partait avec sa femme et ses enfants en Algérie, où il trouvait un travail qui lui convenait. Il me promit de me donner de ses nouvelles, mais jamais je n'entendis parler de lui.

Tel est le résumé de l'observation retrouvée dans mes notes. Dans le grand nombre de malades atteints d'otorrhée purulente aiguë ou chronique observés par moi, je n'ai jamais eu l'occasion de revoir des crises semblables.

Je devrais plutôt dire *voir*, car je n'ai pas été témoin des phénomènes que j'ai décrits et dont le père m'avait fait une narration exacte, avec des détails précis, répétés plusieurs fois.

Je suis porté à rapprocher mon observation de celles qu'a publiées M. Bouchut. Mon petit malade eut des phénomènes de délire (je n'ose dire de folie) pendant trois mois à peu près. Dès le début du traitement général et local, il y a eu diminution des crises.

En a-t-il eu de nouvelles depuis cette époque? Le traitement pourrait-il avoir produit dans la caisse tympanique un effet assez sérieux pour enrayer la maladie de l'oreille interne, si elle existait?

Est-ce, au contraire, le traitement général qui aurait été efficace?

Dans quelles conditions la maladie de la caisse peut-elle envahir l'oreille interne? Pourquoi ces journées entières de répit sans crises? Les accidents peuvent-ils cesser d'eux-mêmes? Autant de questions auxquelles on ne peut répondre nettement.

M. Bouchut appelle ces phénomènes *folie labyrinthique ;* je ne dis pas non ; la maladie de l'oreille interne peut être cause d'une action réflexe sur le cerveau ! Attendons de nouveaux faits.

J'ai, dans mes cartons, des cas d'otorrhées avec vertiges et des observations de *maladie de Ménière* fort intéressantes. Je ne veux point les donner séparément, désirant les réunir plus tard en une série destinée à continuer les travaux de mon père, dont beaucoup de médecins s'occupent depuis quelques années.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Badal.

Conférences d'optométrie (1).

II

Réfraction statique ; réfraction dynamique. — Je viens de vous dire que la lumière, dans sa marche à travers les milieux de l'œil symétrique, obéissait aux mêmes lois que dans les appareils dioptriques ordinaires. Mais l'œil possède une propriété singulière que n'ont pas les lentilles inorganiques, c'est celle de pouvoir modifier, instinctivement ou sous l'influence de la volonté, la courbure de ses surfaces réfringentes, ou au moins de quelques-unes d'entre elles, en faisant varier par là-même la puissance dioptrique du système.

Le pouvoir réfringent de l'œil comprend donc deux parties essentiellement distinctes : l'une variable, facultative, qui a reçu le nom de *réfraction dynamique*, et d'où résulte, comme nous le verrons, l'*accommodation* de l'œil aux distances ; l'autre fixe, constante, c'est la *réfraction statique.*

La première est sous la dépendance du muscle ciliaire (muscle de Brücke et de H. Müller) ; la seconde est la réfraction de l'œil à l'état de repos absolu, dans lequel, par conséquent, les éléments musculaires intra-oculaires sont inactifs, paralysés par une cause quelconque ; ou bien encore ont cessé de remplir leurs fonctions, par suite des progrès de l'âge.

A cet état de relâchement complet de l'organe correspond, d'après les recherches modernes, le point le plus éloigné de la vision distincte, ce que les oculistes appellent le *punctum remotissimum* ou simplement *punctum remotum*, et désignent par les lettres P. R.

La situation de ce point, ce qu'on nomme communément *la portée de la vue*, varie d'un œil à l'autre dans des proportions considérables. Telle personne voit distinctement aux plus grandes distances ; telle autre ne peut avoir une perception nette des objets qu'à la condition de les placer tout contre l'œil ; enfin, il est certains sujets qui, réduits aux seules ressources de la réfraction statique, ne peuvent voir *distinctement*, ni de près, ni de loin.

Œil emmétrope. — Si on examine un grand nombre d'yeux adultes, pris au hasard, on constate que la plupart se rapprochent, au

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 février.

point de vue de la réfraction statique, d'un œil idéal dont le *punctum remotissimum* serait situé à une distance *infinie*. Cet œil a été pris comme type, et les yeux construits sur ce modèle sont dits *emmétropes* (ἐν μέτρον, dans la mesure; ὤψ, œil).

Avant d'aller plus loin, il est bon que je vous dise ce qu'on entend en oculistique par *distance infinie*.

On considère comme telle toute distance supérieure à 4 mètres, et voici pourquoi :

Une expérience déjà séculaire a démontré que le verre de lunette le plus faible, dont on puisse retirer quelque avantage dans la pratique, est celui de 72 pouces de foyer, soit environ 2 mètres. Telle est la raison pour laquelle les anciennes boîtes de lentilles d'essai commencent par le n° 72. Les nouvelles boîtes, ou boîtes métriques, renferment un verre plus faible encore; il porte le numéro 0,25, et sa distance focale est de 4 mètres. Voici des lunettes de ce numéro; ceux d'entre vous qui voudront en essayer, pourront se convaincre que l'effet n'en est pas appréciable.

Or, que représente une lentille de 4 mètres de foyer? Elle représente, comme vous le verrez, la différence de réfraction qui existe entre deux yeux, dont l'un aurait son *punctum remotissimum* à l'infini, et l'autre à 4 mètres. Puisque cette différence est à peine sensible au point de vue de la netteté de la vision, il était permis de ranger dans la catégorie des yeux emmétropes, tous ceux dont le point le plus éloigné de la vision distincte se trouve au-delà de 4 mètres, et c'est ce que l'on a fait; puis, par un abus de langage qui a sa source dans cette manière de voir, on a fini par appeler *distance infinie* toute distance supérieure à celle dont il vient d'être question, et par considérer comme parallèles entre eux, à leur arrivée à la pupille, les rayons homocentriques qui se trouvent dans les mêmes conditions.

Revenons à l'œil emmétrope.

La physiologie nous enseigne que, pour voir distinctement un objet; il faut, avant tout, qu'une image parfaitement nette de cet objet aille se former sur la rétine, ou plus exactement sur la couche des *bâtonnets* et des *cônes*. Nous savons, d'autre part, que les rayons lumineux venus de l'infini, et réfractés par une ou plusieurs surfaces réfringentes assemblées en système *centré*, comme le sont celles de l'œil symétrique, ne peuvent donner sur un écrou une image parfaitement nette, qu'à la condition que cet écrou se trouve exactement placé au foyer de l'appareil lenticulaire. La définition la plus simple à laquelle nous puissions nous arrêter pour l'œil emmétrope, est donc la suivante :

L'œil emmétrope est celui dans lequel la couche sensible de la rétine est placée juste au foyer principal de l'appareil dioptrique à l'état de repos.

Cette définition est suffisante en pratique, mais il importe de faire remarquer, dès à présent, que tous les yeux emmétropes n'ont pas nécessairement une conformation absolument identique, même en ce qui concerne l'appareil réfringent.

La puissance de cet appareil peut varier d'un œil à l'autre, sans que le point le plus éloigné de la vision distincte cesse de se trouver à l'infini. Pour que cette condition soit remplie, il suffit, je le répète, que la rétine se trouve placée au foyer du système réfringent, quelle que soit d'ailleurs sa longueur focale. En d'autres termes, il suffit qu'il y ait harmonie entre la puissance de l'appareil dioptrique et la longueur de l'axe antéro-postérieur de l'œil.

Les yeux pouvant présenter des variations individuelles assez grandes tout en restant emmétropes, il devenait nécessaire d'avoir une moyenne permettant de figurer un schema propre aux démonstrations. Voici, en nombres ronds et simples, les chiffres admis par Listing, à la suite d'un certain nombre de mensurations faites sur des yeux emmétropes.

Œil schématique de Listing.

Longueur de l'axe antéro-postérieur de l'œil, de la face antérieure de la cornée à la rétine.	23 mm
Rayon de la sphère rétinienne.	11 50
Rayon de courbure de la cornée.	8
Distance de la cornée à la face antérieure du cristallin.	4
Épaisseur moyenne du cristallin.	4
Rayon de courbure de sa face antérieure. .	10 mm
— — postérieure. .	6
Indice de réfraction de la cornée.	1.34
— de l'humeur aqueuse. .	1.34
— de l'humeur vitrée. . .	1.34
— moyen du cristallin. . .	1.45

Ces valeurs étant admises, on en déduit la situation d'un certain nombre de points connus sous le nom de *points cardinaux de l'œil.*

Les propriétés de ces points, leurs relations entre eux et avec les surfaces réfringentes, sont du ressort de l'optique physiologique. Le cadre de ces leçons, essentiellement pratiques, ne comporte pas de tels développements.

D'ailleurs, l'œil schématique de Listing a été encore notablement simplifié. On démontre, en effet, par le calcul, que l'action optique des surfaces séparatrices du milieu de l'œil pourrait être obtenue bien plus simplement, et sans trop d'erreur, par une seule surface : une cornée d'un rayon de courbure de 5 millimètres (au lieu de 8), séparant l'air, dont l'indice de réfraction est égale à 1, d'un second milieu ayant l'indice de réfraction de l'eau distillée (1,33). Ce schéma est connu sous le nom d'*œil réduit* de Donders.

Dans ce système, le centre optique ou *point nodal* coïncide avec le centre de courbure de la cornée. La distance *antérieure*, c'est-à-dire la distance du foyer principal antérieur au sommet de la cornée est égale à 15 millimètres. La distance focale *postérieure*, c'est-à-dire la distance de la cornée à la rétine, dans l'œil emmétrope, est égale à 20 millimètres (ces deux distances sont entre elles, d'après une formule connue, comme les indices de réfraction des deux milieux : $\frac{15}{20} = \frac{1}{1.33}$).

L'œil réduit de Donders n'est pas à l'abri de toute critique, et les recherches auxquelles je me livre en ce moment à l'aide de l'ophthalmomètre que j'ai présenté à la Société de biologie, tendent à démontrer que l'œil schématique de Listing, d'où est dérivé celui de Donders, est loin de reproduire l'effet optique de l'œil vivant. Néanmoins, comme il facilite beaucoup les calculs relatifs à la réfraction, j'ai cru devoir l'adopter provisoirement pour les démonstrations que j'aurai à faire dans le cours de ces leçons.

Œil amétrope. — Tout œil symétrique non emmétrope est *myope* ou *hypermétrope*. Ces anomalies de la réfraction statique ont été, de même que l'astigmatisme, rangées sous la désignation générique d'*amétropie* (ἀ, privatif; μέτρον, mesure; ὤψ, œil.

L'œil symétrique amétrope est donc celui dans lequel la rétine ne se trouve pas au foyer principal de l'appareil réfringent à l'état de repos.

Œil myope. — Si ce foyer tombe en avant de la membrane sensible, l'œil est dit *myope* (μύειν, cligner et ὤψ, œil).

Œil hypermétrope. — Si le foyer tombe en arrière, l'œil est dit *hypermétrope* (ὑπέρ, au delà; μέτρον, mesure; ὤψ, œil).

L'œil myope est donc un œil *trop long*; l'œil hypermétrope un œil *trop court, eu égard à la puissance de l'appareil réfringent.*

Ou bien, ce qui revient au même :

La myopie consiste en un excès *relatif* de la réfraction; l'hypermétropie en un déficit *relatif, eu égard à la longueur de l'œil.*

Il en résulte que les rayons, propres à former foyer sur la rétine de l'œil myope, devront nécessairement présenter, en arrivant à la cornée, un certain état de *divergence*, en rapport avec la distance de l'écran rétinien au foyer principal postérieur. Le point d'où ils sont partis (*punctum remotissimum* de l'œil myope) est donc situé à une distance *finie* en avant de l'œil, et les distances respectives de ce point et de la rétine au sommet de la cornée, sont les *longueurs focales conjuguées* l'une de l'autre.

Au contraire, dans l'œil hypermétrope, les rayons lumineux qui frappent la cornée doivent, pour s'unir sur la rétine, *converger* déjà vers un point situé derrière l'œil. Les distances respectives de ce point fictif et de la rétine à la cornée sont encore les longueurs focales conjuguées l'une de l'autre; mais ici la première devient une quantité négative.

Les rayons de lumière partis d'un point quelconque de l'espace n'arrivant jamais à l'œil en convergence, il s'en suit que l'œil hyper-

métrope, réduit aux seules ressources de sa réfraction statique, ne pourrait voir nettement à aucune distance si la réfraction dynamique ne lui venait en aide, comme nous le verrons plus tard.

Il résulte de ces définitions que la myopie et l'hypermétropie sont deux anomalies de la réfraction statique de sens contraire. La presbytie, longtemps confondue avec l'hypermétropie, est, en réalité, tout autre chose.

Théoriquement, les troubles de connexion dans la position relative du foyer principal postérieur et de la rétine, peuvent dépendre :

1° D'une élongation ou d'un raccourcissement de la région postérieure du globe oculaire ;

2° D'une modification de courbure des surfaces réfringentes ;

3° D'une situation particulière de ces surfaces l'une par rapport à l'autre ;

4° Enfin, d'une valeur anormale des indices de réfraction des différents milieux.

Il n'existe aucun fait qui autorise à admettre l'existence de cette dernière cause.

D'autre part, il est généralement admis aujourd'hui, que la myopie et l'hypermétropie ne sont que rarement le résultat d'une anomalie de courbure des surfaces réfringentes, ou encore d'une conformation vicieuse de l'appareil dioptrique, en ce qui concerne la situation respective des différentes surfaces qui le composent.

Un certain nombre de mensurations ont établi, en effet, que l'œil myope présente généralement un diamètre antéro-postérieur trop long, en présence d'un appareil réfringent régulier ; tandis que l'œil hypermétrope presente, dans le même cas, la disposition inverse : un diamètre trop court.

Toutefois, ce serait une erreur de croire qu'il en est toujours ainsi. Je vous montrerai, et ils ne sont pas rares, des yeux myopes, petits, enfoncés dans l'orbite, sans staphylome postérieur ; dans lesquels, par conséquent, rien ne permet de croire à l'existence d'un axe antéro-postérieur trop long. Par contre, il est fréquent d'observer des yeux hypermétropes saillants et manifestement volumineux.

Dans un cas comme dans l'autre, il faut bien admettre que l'amétropie est le résultat d'une anomalie du système dioptrique.

La distinction en *myopie par excès de courbure* des surfaces et *myopie axile*, c'est-à-dire par excès de longueur de l'œil, est donc parfaitement justifiée, et il en est de même de la distinction en *hypermétropie par insuffisance de courbure et hypermétropie axile*.

Mais on oublie beaucoup trop, à mon sens, qu'en situation anormale des surfaces réfringentes, l'une par rapport à l'autre, peut aussi, doit être même une cause assez fréquente d'amétropie. Un exemple vous le fera comprendre :

Supposons que deux yeux ne diffèrent entre eux que par un seul point, à savoir : dans l'un, la face antérieure du cristallin est éloignée de la face profonde de la cornée de 4 millimètres ; dans l'autre, cette distance est de 3 millimètres et demi seulement. Il est clair que si des rayons parallèles vont former foyer sur la rétine du premier œil, qui se trouvera ainsi être emmétrope, des rayons semblables devront, dans le second, se réunir à 1/2 millimètre environ en avant de la rétine. Cet œil sera donc myope, et je vous montrerai, plus tard, que la myopie serait environ de 1 dioptrie 1/2 $\left(\frac{1}{24}\text{ ancien}\right)$ assez considérable, par conséquent.

Or, la distance de la cornée au cristallin est chose variable d'un œil à l'autre, et on peut en dire autant de la distance de la cristalloïde antérieure à la cristalloïde postérieure.

Vous voyez donc, messieurs, qu'aux deux variétés de myopie et d'hypermétropie, déjà admises par les auteurs classiques, il faut en joindre une troisième ; celle qui est la conséquence d'une situation anormale des surfaces réfringentes, les unes par rapport aux autres, l'œil étant d'ailleurs construit régulièrement au point de vue de la courbure des surfaces et de la dimension des axes.

C'est à dessein que j'insiste sur ces questions, en apparence purement théoriques ; je vous en donnerai la raison en vous parlant de l'acuïté visuelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 février 1878. — Présidence de M. Baillarger.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Henry Guéneau de Mussy comme membre titulaire de l'Académie de médecine dans la section d'hygiène publique.

Sur l'invitation de M. le président, M. Henry Guéneau de Mussy prend séance.

M. le cardinal archevêque de Paris prévient M. le président de l'Académie qu'un service solennel sera célébré à Notre-Dame vendredi prochain, à midi, pour S. S. Pie IX, et que des places seront réservées pour les membres de l'Académie qui désireraient y assister.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Jungfleisch, professeur à l'École de pharmacie, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de chimie ;

2° Un pli cacheté sur un procédé de traitement de la diphthérie, remis par M. le docteur Henri Bergeron.

M. le Président annonce la mort de M. Claude Bernard et propose de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée à trois heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE

Production et consommation des boissons alcooliques en France, et leur influence sur la santé physique et intellectuelle de la population. Résultats de l'application de la loi sur l'ivresse, par M. le docteur Lunier, inspecteur général des asiles d'aliénés et des prisons de la Seine. — Vol. in-8°. — Paris, 1877.

Des renseignements statistiques très-intéressants que renferme ce volume, nous extrairons ici, comme étant plus immédiatement afférentes à l'étiologie et à l'hygiène publique, les conclusions relatives à l'influence des boissons alcooliques sur la santé physique et intellectuelle des populations. Voici d'abord quels ont été les résultats de l'application de la loi sur l'ivresse.

Les cas d'ivresse poursuivis sont de beaucoup plus fréquents dans les départements qui consomment des boissons spiritueuses et principalement des alcools d'industrie, que dans ceux qui récoltent et consomment du vin. Dans les premiers, la proportion des inculpés, sur dix mille habitants, varie de quatre-vingt-deux à vingt et un ; dans les autres elle oscille entre vingt et deux. Il n'y a d'exception que pour quelques départements qui renferment de grandes agglomérations ouvrières ou une population flottante ou de passage relativement considérable comme la Seine, le Rhône, la Loire et les Alpes-Maritimes.

Il y a peu d'inculpés pour ivresse publique dans les départements qui ne consomment que du vin ou de l'alcool de vin.

La proportion est déjà un peu plus grande dans les départements qui consomment surtout des eaux-de-vie de marc. Viennent ensuite les départements qui consomment du vin et des alcools d'industrie ; et enfin ceux où les alcools constituent, en quelque sorte, une boisson usuelle.

Relativement à l'influence sur la santé, voici en quels termes M. Lunier résume ses calculs et ses observations.

Le vin naturel est la meilleure de toutes les boissons alcooliques.

Mais le vin ne présente cette supériorité incontestable que lorsqu'il est naturel, qu'il ne contient que 10 à 11 pour 100 d'alcool,

et surtout lorsqu'il n'a pas été suralcoolisé avec des trois-six du Nord.

Viennent ensuite la bière et le cidre, mais à la condition d'être bien fabriqués, suffisamment corsés et de ne pas être relevés avec des alcools d'industrie.

Quant aux eaux-de-vie, aux esprits et aux liqueurs qu'ils servent à fabriquer, ce sont des produits détestables qu'on ne saurait proscrire avec trop d'énergie, comme boissons de consommation courante.

Les moyens que M. Lunier propose pour arriver à restreindre et à conformer l'usage des boissons alcooliques aux besoins et aux exigences de l'hygiène, sont les suivants :

Donner à tous l'instruction élémentaire et l'éducation morale ; mettre les populations à même de lire ce qui se publie sur les dangers de l'abus des boissons alcooliques.

Limiter le nombre des cabarets à un pour deux cents habitants et établir une différence entre les débits qui ne vendraient que du vin, de la bière et du cidre, et ceux qui seraient autorisés à vendre en même temps des eaux-de-vie et des liqueurs, ces derniers devant être assujettis à une patente ou à une licence spéciale.

Les autres mesures que propose M. Lunier sont des mesures fiscales, qui consisteraient à dégrever les vins, les bières et les cidres, et à accroître, au contraire, les droits prélevés sur les alcools.

Manuel de thérapeutique, par le docteur Armand B. Paulier, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Un vol. in-8°. — Prix, 10 francs. — Octave Doin.

L'auteur s'est proposé, en publiant ce manuel, de condenser, dans un résumé aussi court, aussi complet et surtout aussi méthodique que possible, l'ensemble des connaissances acquises sur les substances journellement employées en médecine. Ce travail, fait au point de vue des études et des examens, permettra aux élèves de repasser, en quelques semaines, toutes les matières du quatrième de doctorat.

Mémoire sur la galvanocaustique thermique, par le docteur A. Amussat. — In-8° avec 44 figures dans le texte, prix 4 fr. — Germer-Baillière, boulevard Saint-Germain, 108.

La galvanocaustique thermique est une acquisition peu ancienne pour la thérapeutique, et déjà les résultats qu'elle a fournis permettent de bien augurer de son avenir.

Un des chirurgiens qui se sont occupés, dès l'origine, de ce nouvel agent de diérèse, M. le docteur Amussat a réuni, en un premier fascicule, plusieurs des mémoires qu'il a publiés afin de mettre les chirurgiens en mesure de se faire une juste idée des avantages qu'ils peuvent en retirer.

Après avoir fait l'historique complet des premiers travaux publiés sur ce sujet, il décrit avec détail l'emploi de l'*anse galvanique*, c'est-à-dire du fil de platine saisi avec deux pinces et rendu incandescent par le courant électrique.

Dans le troisième chapitre, l'auteur donne les observations de vingt malades opérés avec l'anse galvanique, pour un abcès profond du sein, pour un kyste séro-sanguin du cou, pour une tumeur érectile, pour l'engorgement des ganglions sous-axillaires, etc.

Dans le quatrième il traite de l'ablation des tumeurs pédiculées de la peau.

Enfin, le cinquième est consacré au traitement du cancer du col de l'utérus.

Après avoir rappelé que le cancer de l'utérus entre pour plus d'un quart dans le nombre total des décès résultant d'affections cancéreuses dans les deux sexes, et avoir insisté sur l'importance que le praticien doit attacher à l'étude et surtout au traitement de cette désastreuse maladie, notre confrère donne les observations des douze malades qu'il avait opérées en employant la galvanocaustique thermique. Sur ces douze malades, il y en aurait actuellement cinq ou six vivantes.

Ces résultats sont très-encourageants et, suivant M. Amussat, ils seraient dus non-seulement au procédé opératoire, mais au soin qu'il a de faire appliquer un exutoire à toutes les malades et de le faire entretenir constamment avec beaucoup de soin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les funérailles de M. Claude Bernard auront lieu aux frais de l'État. Un crédit de 10,000 francs est ouvert à cet effet au ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts.

— M. le docteur P. Ménière (d'Angers), professeur libre de gynécologie, ancien rédacteur du *Moniteur médical*, vient d'être nommé officier d'Académie.

Étude médico-légale sur les épileptiques, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50. — Ad. Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 20. — SAMEDI 16 FÉVRIER 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 16 FÉVRIER 1878. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, 15 février 1878.

CLAUDE BERNARD

Informé dimanche seulement de la maladie de M. Claude Bernard, lundi matin, à la première heure, nous apprenions sa mort. Nous aurions pu répéter à cette occasion l'exclamation fameuse de Bossuet, en présence de cette nouvelle illustration, qui ne devait rien à la naissance, qui ne devait tout qu'au génie et au travail, de cette vive lumière qui, après avoir jeté un si grand éclat, venait si rapidement de s'éteindre. La mort de Claude Bernard, la plus grande personnalité, la plus pure gloire médicale de notre époque, va laisser un vide immense dans le monde savant et plonger toute notre corporation dans un deuil profond. Elle était connue à peine depuis quelques heures, que déjà la grande presse presque tout entière se faisait l'écho des regrets universels, et que le ministre de l'instruction publique venait demander à nos assemblées, qui se sont associées unanimement à cette noble initiative du gouvernement, les fonds nécessaires pour faire à notre illustre confrère des obsèques dignes de lui. Ce qu'a été Claude Bernard, ce qu'il a fait pour que sa mort ait provoqué une pareille manifestation du sentiment public, ce n'est pas à nos lecteurs que nous avons à l'apprendre. Tous connaissaient déjà depuis longtemps, si éloignés qu'ils fussent de notre grand centre de rayonnement, cette existence austère, vouée tout entière à l'étude; cette merveilleuse et sûre intelligence mise sans réserve au service de la recherche et de la solution des problèmes les plus ardus et des secrets les plus cachés de la science de la vie; cet enseignement large et fécond, dont on ne sait ce qu'on doit le plus admirer des résultats auxquels il a conduit ou des méthodes qu'il a créées, et qui a peuplé le monde entier d'élèves devenus maîtres éminents à leur tour, propagateurs et continuateurs ardents de ses travaux et de ses idées.

En présence d'une pareille perte, quelle autre consolation peut-on chercher si ce n'est d'évoquer les souvenirs de cette vie si noblement et si utilement remplie? Quel hommage plus digne peut-on lui rendre si ce n'est de rappeler, dût-on ne répéter que ce que tout le monde sait, quelques-unes des magnifiques découvertes qui l'ont si justement illustré en même temps qu'elles ont honoré notre pays. Il y a dans l'évocation de ces souvenirs plus qu'une consolation, il y a à la fois un sujet de légitime orgueil et de salutaire réconfortation. La tâche que nous entreprenons, d'autres l'ont déjà commencée ou l'accompliront plus tard avec plus d'autorité, sans aucun doute, nul, nous pouvons l'affirmer, ne le fera avec un sentiment d'admiration plus sincère.

I

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur la vie privée, sur les débuts et les divers incidents de la carrière de Claude Bernard, l'intérêt de son œuvre scientifique dominant de beaucoup tout autre intérêt. Ses débuts ont été comme ceux de la plupart des hommes qui se sont distingués ou illustrés dans les sciences, difficiles, besogneux, entravés par cette éternelle question, qui se dresse menaçante devant tant de jeunes hommes à leur entrée dans le monde, le besoin, stimulant si puissant pour les natures fortes et énergiques, déprimant pour les timides et les indécis. Claude Bernard était plutôt de ces derniers. Arrivé à Paris, après un stage éphémère dans une petite pharmacie de province, où il n'avait trouvé aucun aliment suffisant pour son intelligence, porteur d'un manuscrit littéraire qui prouvait assez qu'il n'avait pas encore la conscience parfaite de ses aptitudes réelles, bien qu'il dût arriver cependant un jour à l'Académie française, Claude Bernard, suivant heureusement le conseil judicieux du protecteur à qu'il avait été adressé, fit ses études en médecine. L'internat auquel il fut admis, en 1837, prouvait assez qu'elles avaient été sérieuses.

Dès ce moment, il était acquis à la science, mais non encore sans avoir à traverser une période d'hésitation. Les études terminées, il fallait vivre; quelques ouvrages, tels qu'on peut en faire à cette période de la vie, des manuels, des résumés, bien faits d'ailleurs, de divers points de pratique et de science, avaient pu suffire pour un moment; mais la situation devenait pressante, il fallait choisir, et Cl. Bernard, peu confiant encore jusque là dans sa vraie valeur et son brillant avenir, allait se résigner à rentrer dans sa ville natale pour y exercer la médecine. Heureusement, il se trouva un homme, puissant déjà alors par ses relations et son crédit dans le monde et qui devait le devenir davantage encore plus tard, doué d'une sagacité particulière pour découvrir dans ses élèves les aptitudes particulières dont ils pouvaient être doués, c'était Rayer. Il faut dire qu'indépendamment des ouvrages élémentaires que Cl. Bernard avait déjà publiés à cette époque, il avait fait, soit seul, soit en collaboration, plusieurs présentations à l'Académie des sciences sur des points de physiologie et rédigé des mémoires qui avaient eu les honneurs de l'insertion dans le Re-

cueil des savants étrangers, entre autres (sauf erreur de date), ses recherches expérimentales sur les fonctions du nerf spinal. Rayer, dans un pressentiment de la destinée de son jeune protégé, qui l'honore, repoussa bien loin la détermination dont celui-ci venait de lui faire part, et grâce à son intervention, Cl. Bernard entrait au Collége de France comme préparateur du cours de Magendie. Sa carrière allait enfin se dessiner et sa grande destinée commençait à s'accomplir. Mais ce ne devait pas être encore sans quelques difficultés. On sait tout ce que les savants, ces hommes d'abnégation et de dévouement, quand ils ont le véritable feu sacré de la science, ont parfois de préjugés et de préventions à vaincre. Les vivisections avaient déjà attiré quelques tracasseries à Magendie, son maître, il ne fut pas lui-même complétement à l'abri de semblables ennuis; indépendamment des difficultés de trouver des locaux convenables pour l'installation de laboratoires privés et des sujets d'expérimentation, il lui arriva plus d'une fois d'avoir des débats désagréables à soutenir, notamment dans cette circonstance dont il a fait lui-même un récit piquant dans son Rapport sur les progrès et la marche de la physiologie générale en France, où il fut mandé devant le commissaire de police de son quartier pour avoir à lui rendre compte des mutilations qu'il avait fait subir à son chien.

Magendie étant venu à mourir, Cl. Bernard fut naturellement appelé à le remplacer. Le voilà devenu professeur en titre de la chaire de médecine au Collége de France. A dater de ce moment, tout lui arrive par surcroît, places, titres et honneurs. Avec la chaire du Collége de France, celle de la Faculté des sciences d'abord, qu'il quittera plus tard pour une chaire créée à son intention au Muséum, un siége à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine, un siége au Sénat dans la dernière année de l'Empire, la croix de commandeur, le titre de correspondant de presque toutes les sociétés savantes de l'Europe, l'un des quarante siéges de l'Académie française, enfin, et ce n'est peut-être pas le titre auquel il tenait le moins, la présidence à vie de la Société de biologie, cette société dont nous avons signalé dans le temps, des premiers, les brillants débuts et dont nous aimons à propager les utiles travaux, création de Rayer et l'une de ses plus méritantes œuvres sans contredit. Toutes ces positions étaient l'honneur, mais elles n'étaient pas encore, pour Cl. Bernard, la fortune, qui ne devait jamais venir pour lui, non sans doute qu'à ce point de vue même ce ne dût être au moins la grande aisance, cette aisance qui met à l'abri de tout souci d'intérieur et de toute préoccupation d'avenir, si, par suite d'une circonstance que nous n'avons connue que depuis sa mort et qui fait le plus grand honneur à son caractère et révèle chez lui le sentiment d'une rigide probité, il n'avait dû prélever tous les ans une part notable d'un revenu si légitimement acquis, pour faire face à des engagements auxquels il n'était pas personnellement tenu.

En lisant l'énumération des positions qu'a occupées Claude Bernard, plus d'une personne aura remarqué, peut-être avec étonnement, l'absence de son nom sur la liste des professeurs de la Faculté de médecine. Claude Bernard s'était présenté au concours de l'agrégation, ayant déjà fait quelques-uns de ses premiers travaux de physiologie; on lui préféra un candidat, qui avait des titres sans doute, mais qui se recommandait particulièrement comme fils d'un professeur. Plus tard, la Faculté n'eût pas mieux demandé probablement que de s'assimiler le physiologiste devenu illustre. Claude Bernard déclina cet honneur. Faut-il le regretter? pour la gloire de la Faculté, peut-être, dont il eût certainement contribué à rehausser l'éclat; pour l'enseignement lui-même, c'est plus douteux; ses aptitudes et son génie étaient beaucoup mieux adaptés aux chaires du Collége de France et du Muséum, qui sont de véritables laboratoires de recherches, qu'aux chaires de Facultés où le professeur a, plus particulièrement, la charge d'enseigner la science faite. Il était, lui, pour la science à faire.

Mais en voilà assez sur l'homme, bien qu'il y ait encore beaucoup de choses à dire de lui qui ne feraient qu'accroître nos regrets, il est temps de parler du savant et de son œuvre.

II

Pour avoir la mesure de l'œuvre d'un homme et de sa part contributive aux progrès de la science à laquelle il a consacré sa vie, il faut prendre l'état de cette science au point où elle était à son entrée en lice. Sans parler des découvertes et des travaux qui avaient déjà enrichi la physiologie à la fin du dernier siècle et dans le premier tiers du siècle présent, à l'époque où Cl. Bernard commença ses premières recherches, des maîtres éminents avaient déjà imprimé une vive impulsion à la physiologie, soit par l'intervention de quelques-unes des données physico-chimiques nouvelles et leur application lumineuse à l'étude de quelques grands phénomènes, tels que la respiration, la calorification, soit par une connaissance plus approfondie de l'anatomie générale, soit, enfin, par la généralisation et la vulgarisation de la méthode d'expérimentation sur les organismes vivants. On devait déjà aux travaux de Magendie, de Ch. Bell, de Longet, non pas la découverte, mais la démonstration expérimentale des propriétés spéciales et distinctes des divers éléments constitutifs des nerfs rachidiens, ainsi que celle de l'indépendance et de la distinction des propriétés musculaires et nerveuses. A ces notions déjà importantes, Cl. Bernard ajoute un mode de démonstration nouveau, la méthode d'analyse des éléments histologiques par les poisons, comme réactifs organiques, et il parvient ainsi à isoler la propriété contractile des muscles, de la propriété motrice des nerfs et à distinguer, dans le nerf lui-même, l'élément nerveux moteur de l'élément sensitif. Ce même moyen d'analyse le conduit à une autre découverte, celle de l'échange qui se produit entre les éléments nerveux et le liquide sanguin qui les arrose, celui-ci imprimant leur activité aux nerfs, qui, à leur tour, modifient le sang dans sa composition.

Dans l'ordre seul des fonctions nerveuses, nous rappellerons les découvertes que Cl. Bernard a faites sur la sensibilité récurrente; les expériences relatives aux nerfs de la face, au pneumo-gastrique et au nerf spinal, qui ont conduit à une détermination plus exacte de leurs fonctions respectives, la découverte des fonctions du grand sympathique et du rôle du vaso-moteur sur la petite circulation.

Dans un autre ordre d'organes et de fonctions, nous rappellerons les belles expériences si laborieusement et si scrupuleusement répétées, pour avoir le dernier mot sur ses critiques, relatives à la fonction glycogénique du foie, sur la production artificielle du diabète par la piqûre du plancher du quatrième ventricule; ses études expérimentales sur les fonctions des diverses glandes qui déversent leurs produits dans la cavité du tube intestinal, les glandes salivaires, le pancréas, les glandes gastriques.

On chercherait peut-être en vain, dans cette énumération, le lien qu'ont entre elles ces études successives, on pourrait dire incessantes, mais qui portent tantôt sur un point, tantôt

sur un autre, sans qu'on en voie la raison, sans l'apparence d'aucun plan prémédité. Claude Bernard s'en est expliqué dans l'une de ses premières leçons au Collége de France, alors qu'il n'occupait encore la chaire que comme suppléant de son maître Magendie. Placé au point de vue de la recherche et non de l'exposition dogmatique, le professeur n'avait point à présenter sous une forme synthétique les faits acquis à la science, mais à se prendre au contraire aux points inconnus, obscurs ou controversés, choisissant ses sujets d'étude sous la seule condition d'avoir en face de soi un problème à résoudre, un progrès à réaliser, ou une vérification à faire. De là, ces changements d'objets d'un cours à l'autre, souvent même d'une leçon à l'autre, suivant qu'un résultat obtenu soulevait lui-même une question subsidiaire et ouvrait un horizon nouveau à la recherche. De là aussi, deux directions différentes dans les moyens d'étude, les uns ayant pour objet l'investigation ou l'invention, les autres la critique des résultats obtenus.

Quels ont été les procédés d'investigation et les procédés de critique que Claude Bernard a mis en usage? C'est ce qu'il nous faut rappeler, comme un de ses plus beaux titres. Mais avant, il importe de bien établir, comme point de départ, un principe qui a dominé toute sa méthode.

A l'époque où remonte le début de son enseignement, l'anatomie régnait encore en souveraine. Elle était la base de la physiologie comme l'anatomie pathologique était la base de la médecine. On était assez volontiers disposé à croire que la seule inspection directe des différentes parties composantes de la texture anatomique d'un organe, pouvait conduire à la découverte de ses fonctions. C'était la méthode de déduction anatomique qui, d'ailleurs, était loin d'être nouvelle à cette époque. Telle n'a pas été celle de Claude Bernard. Non pas assurément que la connaissance parfaite de l'anatomie ne fût à ses yeux la première, sans contredit, que dût posséder le physiologiste; mais pour lui, loin que la localisation anatomique dût être le point de départ de toute recherche physiologique, et que l'on fût porté à en déduire la fonction comme une conséquence de la connaissance de la conformation et de la texture des parties, la localisation anatomique a été, au contraire, constamment le point d'arrivée ou la conséquence de l'investigation physiologique expérimentale sur le vivant. En physiologie, disait-il, les propriétés vitales de la matière vivante doivent être constatées directement par nos sens sur le vivant, et elles ne sauraient se déduire, en aucune manière, de la conformation de la matière morte. Ce n'est qu'après que l'expérimentation ou l'observation sur le vivant ont permis de constater expérimentalement les propriétés d'un organe ou d'un tissu et que l'esprit a pu établir un rapport immuable entre la forme et les propriétés de la matière, que le rôle de l'induction anatomique commence, et qu'elle peut rendre les plus grands services. La véritable place de l'anatomie était, pour lui, dans l'explication *à posteriori* des phénomènes découverts par l'expérimentation physiologique.

Au lieu donc d'envisager l'organe pour en chercher les propriétés et les usages, il constatait un phénomène vital et en poursuivait les modifications à travers l'organisme. La méthode physiologique, qui était la sienne, consiste à prendre l'être vivant en contact avec le milieu extérieur, et à étudier les influences réciproques qui résultent de leur action mutuelle. A mesure qu'elle fait rencontrer des phénomènes nouveaux, on cherche à les rattacher à des organes ou à des tissus dans lesquels ils seront désormais localisés.

En un mot, tandis que dans la méthode anatomique on cherche un phénomène pour utiliser l'organe, dans la méthode physiologique, au contraire, on se laisse guider par la nature du problème posé et l'on cherche l'organe pour y rattacher le phénomène qu'on suit et qu'on a en vue de localiser.

Sans doute, la méthode expérimentale en elle-même, dont Claude Bernard a fait un si utile usage, n'est pas nouvelle. C'est à son heureuse application que sont dus les immenses progrès qu'ont faits de notre temps les sciences physique et chimique, et c'est l'exemple même de ces progrès qui avait déjà inspiré à Magendie, son maître, l'idée de l'appliquer en la généralisant à l'étude des phénomènes physiologiques; elle n'est même pas nouvelle en physiologie, car depuis Galien jusqu'à Haller, Bichat, Legallois, Flourens et Magendie, en passant par Servet, Sarpi et Harvey, elle a eu aussi ses fructueux résultats. Mais nul ne l'a formulée avec une connaissance plus approfondie du sujet, nul ne l'a mieux et plus complètement adaptée aux conditions complexes des faits biologiques, au point d'en faire en quelque sorte une méthode nouvelle; nul n'a réfuté avec plus de sens et de force de raisonnement les objections qu'une philosophie purement contemplative, cette philosophie *paresseuse*, comme l'appelait Leibnitz, aurait pu lui opposer, en invoquant l'harmonie et l'unité indissoluble de l'être vivant, sa spontanéité et son indépendance par rapport aux influences extérieures, etc. Il lui a suffi, pour cela, de montrer que l'indépendance, plus apparente que réelle, de l'être vivant par rapport aux milieux extérieurs, tient à ce qu'il porte en lui un milieu intérieur qui contient toutes les conditions physico-chimiques, chaleur, électricité, humidité, etc., qui sont nécessaires à la provocation des actions vitales. Il n'y a donc nulle raison pour que l'expérimentation ne soit applicable aux corps vivants tout aussi bien qu'aux corps bruts et pour que les principes d'expérimentation ne soient identiques de part et d'autre, sous cette réserve, toutefois, que les phénomènes étant plus complexes, la méthode y est plus difficile à appliquer et exige plus de rigueur et de sagacité à la fois.

Ce n'est pas à dire que Claude Bernard ait prétendu, en assimilant la science des corps vivants à celle des corps bruts, effacer les différences radicales qui les séparent. Sans doute il admet que les manifestations vitales ne sauraient être expliquées par les seuls phénomènes physico-chimiques de la matière brute; mais si les phénomènes vitaux ont une complexité et une apparence différente, ils n'offrent cette différence qu'en vertu de conditions déterminées ou déterminables qui leur sont propres. Donc si les sciences vitales diffèrent des autres par leurs explications et par leurs lois spéciales, elles ne s'en distinguent pas par leurs méthodes scientifiques. La biologie doit prendre aux sciences physico-chimiques la méthode expérimentale, mais garder ses phénomènes spéciaux et ses lois propres.

III

Nous venons de parcourir rapidement l'œuvre physiologique de Claude Bernard, nous avons à examiner la part d'influence qu'il a exercée et que ses œuvres exerceront longtemps encore sur la médecine.

Dans son programme de la médecine expérimentale, il n'entend pas substituer, pour la médecine, la méthode expérimentale à la méthode d'observation ou à la méthode clinique, qui sera toujours le premier moyen d'information. L'expérimentation n'intervient ici que pour compléter et expliquer

les données de l'observation. Il ne faut pas le rendre responsable des exagérations et des écarts de raisonnement où, par excès de zèle, ont pu se laisser aller quelques-uns de ses adeptes, et que nous avons visés dans notre article du 16 septembre 1872 sous ce titre : « La physiologie expérimentale et la médecine traditionnelle ». Lorsqu'il annonce dans une de ses leçons d'ouverture qu'il traitera de la médecine expérimentale, il veut simplement faire entendre qu'il va s'efforcer d'introduire dans la médecine les préceptes d'investigation dus à la méthode expérimentale, pensant que, de même que les sciences des corps bruts ont dû à cette méthode les conquêtes brillantes qui permettent aujourd'hui à l'homme d'étendre sa puissance sur les phénomènes naturels qui l'entourent, la médecine doit aspirer aussi à devenir une science expérimentale capable de modifier les phénomènes des êtres vivants. Aux objections tirées de ce quelque chose de spontané, spécial aux êtres vivants, que l'on appelle la vie, comme devant s'opposer à ce que l'on maîtrise la nature vivante, comme la nature inerte, il répond que, pour les êtres vivants comme pour les corps bruts, nous n'avons pas davantage à en rechercher la nature ou la cause première, leurs propriétés, leurs conditions d'action et les phénomènes auxquels elles donnent naissance étant seuls l'objet de la science. La même méthode, par conséquent, leur est applicable.

Mais avant que la médecine puisse être constituée sur cette méthode, il faudra du temps sans doute, la physiologie expérimentale qui doit lui servir de base n'étant encore que très-imparfaitement constituée elle-même. Mais la question de temps n'est que très-secondaire, en présence surtout de cette grande loi d'évolution de toutes les sciences, que nous révèle l'histoire, et qui nous les montre toutes passant successivement et après de longues phases d'incubation, de l'état empirique à l'état de science d'observation et de l'état de science d'observation à l'état de science expérimentale. Quand la physiologie et la médecine, dont les rapports s'étendent et se multiplient tous les jours, en seront venus à se pénétrer de plus en plus intimement l'une l'autre, de manière à ne former en quelque sorte qu'une seule et même science, la pratique médicale elle-même prendra aussi de plus en plus le caractère d'une science expérimentale.

En attendant la réalisation de ce lointain avenir, quelques tentatives partielles peuvent déjà donner une idée du secours que la pathologie expérimentale apportera à l'avancement de la médecine.

C'est dans le sang et dans les liquides qui en dérivent que la physiologie a trouvé la plupart des conditions nécessaires pour l'accomplissement des actes physico-chimiques de la vie, ce sera aussi dans les altérations de ces mêmes liquides que la médecine devra chercher les causes d'un grand nombre de maladies, ce que l'empirisme avait pressenti, d'ailleurs, mais sans être en mesure de le démontrer. Sans doute il subsiste de grandes obscurités encore sur la composition exacte du sang et des autres liquides animaux, mais quelque incomplètes que soient encore nos notions à cet égard, la physiologie n'en est pas moins parvenue à connaître l'influence qu'ils exercent sur les manifestations vitales et réciproquement les changements que peuvent leur faire subir les diverses conditions organiques de l'individu vivant. C'est ainsi qu'admettant la nécessité d'apprécier dans l'expérimentation physiologique en général et dans l'étude des liquides organiques en particulier, les conditions organiques ou vitales des phénomènes, Claude Bernard est arrivé à démontrer que ces conditions organiques doivent être recherchées dans l'état du système nerveux qui est, en effet, l'appareil organique qui sert constamment d'intermédiaire à toutes les réactions qui se passent entre les liquides et les solides de l'organisme. C'est encore dans l'intervention du système nerveux qu'il a trouvé l'explication du mécanisme des sécrétions. C'est le système nerveux qui détermine et règle, par son influence motrice sur la circulation capillaire, tous les phénomènes chimiques des sécrétions, ce qu'il n'importait pas moins de connaître au point de vue pathologique, où l'exagération, la diminution ou l'altération des sécrétions joue un si grand rôle, qu'au point de vue physiologique. A ce dernier point de vue, ses expériences sur ce sujet ont fait ressortir cette vue générale que l'action intime du système nerveux est une, quelque variées que soient les manifestations des actes auxquels il préside.

Aux résultats de ces études qui touchent, comme on le voit, d'une manière si directe et si utile à l'élucidation d'un grand nombre de problèmes de pathologie, il faut joindre les recherches non moins importantes sur l'action de certains poisons et de certains médicaments, soit sur les milieux liquides intérieurs de l'économie, soit sur les diverses parties du système nerveux.

IV

Nous venons de montrer Claude Bernard physiologiste et pathologiste, il nous reste à montrer en lui le logicien, nous dirions presque le métaphysicien, si nous ne savions qu'il s'en serait vivement défendu. Assurément la rectitude et la sûreté de sa logique sont assez démontrées déjà par la conception et par l'enchaînement des idées qui ont présidé au plan d'ensemble, comme aux détails de toutes ses expériences, mais elles ressortiront mieux peut-être encore des quelques pages éparses qui se trouvent semées çà et là dans ses livres, ou qu'il a plus systématiquement réunies dans divers articles publiés dans des revues, sur les points les plus élevés de la physiologie générale et plus particulièrement sur le problème, toujours posé et jamais résolu, de la vie. Nous ne résumerons ici que quelques-uns des points principaux qui ont fait l'objet de ces publications, pour en faire saisir l'esprit.

Rien n'arrive dans l'ordre physiologique, disait-il, sans une condition antécédente, absolument déterminée, liée elle-même à une condition antérieure ; de condition en condition, il faut toujours arriver à une excitation externe, c'est-à-dire à un phénomène physico-chimique sans lequel aucun phénomène vital ne peut se produire. Il y a donc un *circulus* vital, mais qui n'a pas en lui son commencement absolu, et qui, même lorsqu'il nous apparaît comme entièrement indépendant, ne l'est pas en réalité, ne se soutient que grâce à des conditions physico-chimiques, externes ou internes, sans lesquelles la machine s'arrête, se désorganise et meurt.

Telle est l'idée générale d'après laquelle Claude Bernard se représente la vie. Mais, il avait le soin d'ajouter que, si les phénomènes physico-chimiques sont les conditions des phénomènes vitaux, ils ne les constituent pas. Il y a un fait caractéristique qui sépare d'une manière absolue les corps vivants des corps bruts. « Ce qui est essentiellement du domaine de la vie, ce qui n'appartient ni à la chimie, ni à la physique, ni à rien autre chose, c'est l'*idée* directrice de l'évolution vitale. Dans tout germe vivant, il y a une idée créatrice, qui se développe et se manifeste par l'organisation. Pendant toute sa durée, l'être vivant reste sous l'influence de cette même force vitale créatrice, et la mort arrive lorsqu'elle ne peut plus se réaliser. Tout dérive de l'idée qui seule dirige et crée ; ces

moyens de manifestation physico-chimiques sont communs à tous les phénomènes de la nature et restent confondus pêle-mêle comme les lettres de l'alphabet dans une boîte où cette force va les chercher pour exprimer les pensées ou les mécanismes les plus divers. »

On voit par cette citation jusqu'où, dans sa pensée, peut aller l'explication des phénomènes physiologiques, l'action des forces physico-chimiques, et où elle s'arrête. L'esprit peut concevoir jusqu'à un certain point la réductibilité possible et ultérieure de tous les phénomènes physiologiques vitaux aux phénomènes physico-chimiques, du moins comme conditions de manifestations, jusqu'à cette force vitale ou idée créatrice, exclusivement. C'est ce qui a fait dire à ce propos à un philosophe et critique éminent (1) que l'idée que Claude Bernard se fait de la vie est conforme à cette grande loi, admise par tous les métaphysiciens, à savoir que l'inférieur est la condition du supérieur, par conséquent, pour rester dans la question, que les forces physico-chimiques sont nécessaires à la vie nutritive, que la nutrition l'est à la sensibilité, la sensibilité à l'intelligence, et qu'une fois convenu de cette loi, on ne s'étonnera pas de voir la vie liée à des conditions mécaniques sans se réduire à un pur mécanisme, de même que la pensée est liée à des faits physiologiques et organiques sans être, en elle-même et dans son essence, un fait organique et physiologique. On pense métaphysiquement, a dit, en effet, quelque part Claude Bernard après Descartes, mais on vit et on agit physiquement.

Nous venons de parler de la pensée comme liée incontestablement à des faits physiologiques et organiques sans être en elle-même un fait organique et physiologique. Mais, pour avoir l'homme complet, il ne faudrait pas s'arrêter à l'intelligence, il faudrait aller plus loin ou plus haut encore et poursuivre son étude jusqu'à son attribut le plus élevé, la liberté humaine. Ne pourrait-on pas, arrivé à ce point culminant, renverser la proposition de Claude Bernard, et faisant entrer à son tour cet élément essentiel dans le *circulus* vital, se demander si ce n'est pas là le fait primordial auquel il faut tout rapporter comme en procédant dans l'ordre moral... Mais notre grand physiologiste s'est arrêté la. Nous ferons prudemment comme lui.

Claude Bernard mort, mort avant le temps, alors qu'il pouvait encore rendre de si grands services à la science, n'est-ce pas là une de ces fatalités à jamais déplorables! Mais son œuvre heureusement ne périra pas avec lui. Elle sera continuée par cette phalange de physiologistes éminents formés à son école ou qui se sont développés d'eux-mêmes autour de lui et qui, professeurs aussi éloquents qu'expérimentateurs habiles eux-mêmes, transmettront à leur tour à leurs successeurs le flambeau qu'il a si vaillamment tenu dans ses mains. Nous ne croirons blesser aucun d'entre eux en plaçant Claude Bernard au premier rang, convaincu que nous sommes d'avance de leur assentiment.

Dès aujourd'hui, l'histoire a inscrit son nom à côté de ceux qui ont le plus contribué aux progrès de notre chère science et le plus illustré notre profession.

Dr Brochin.

Les obsèques de Claude Bernard auront lieu aujourd'hui samedi à onze heures, à l'église Saint-Séverin.

(1) M. Paul Janet.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

VII

L'analogie avec ces cas ne permet donc pas de conclure autre chose que ceci, c'est que, dans quelques circonstances, l'hémorrhagie d'une branche peut s'arrêter par la ligature du tronc principal, et que, c'est par conséquent une manière de faire justifiable, quand on ne peut trouver le vaisseau qui fournit le sang ou qu'il ne pourrait pas supporter une ligature.

La question se trouve donc réduite à ceci :

1° Une opération était-elle nécessaire? et l'autorité de Liston nous oblige à l'admettre.

2° S'il en est ainsi, n'aurait-on pas pu ouvrir le sac et lier ensuite l'artère? En comprimant au-dessus, un chirurgien de la dextérité de Liston aurait certainement pu en venir à bout. Mais il est clair que le malade ne fut pas suffisamment examiné avant l'opération, car M. Liston ne fait pas allusion aux pulsations de la fémorale. Comme le tronc principal était complétement indemne, il est difficile d'admettre, quel que fût l'embonpoint du malade, qu'on n'eût pas pu sentir de pouls dans la cuisse; si M. Liston eût su que ce tronc était indemne, il est encore plus difficile d'admettre qu'il eût risqué la ligature de l'iliaque externe dans de telles circonstances, bien qu'à ce moment on n'appréciât pas le danger de péritonite résultant de l'opération. M. Liston en parle comme d'un danger dont on s'occupa à peine dans la consultation, et dont il n'avait pas encore vu une seule observation.

Je ne puis donc m'empêcher de croire que la manière de faire de Liston n'est pas à imiter. Je ne fais cependant ces observations qu'avec la plus grande réserve, sachant, comme le fait remarquer M. Cœsar Hawkins (*Contributions to Pathology and Surgery*, II, 341) : « qu'il est facile de faire de la critique quand on connaît tous les détails par la dissection des parties, » et sachant aussi que M. Hawkins a formellement exprimé l'opinion « que l'opération qui a été faite était la seule praticable dans les circonstances. »

Il est un cas qui présente la plus grande analogie avec celui de Liston, si ce n'est qu'on ne trouva pas d'anévrysme traumatique; c'est celui dont M. Lawrence a donné l'observation dans le *Medical Times* (july 2d, 1853), et dont la préparation se trouve au musée de l'hôpital Saint-Bartholomew. Le malade avait reçu dans l'aine une plaie par instrument piquant, qui détermina une hémorrhagie presque mortelle, qui s'arrêta cependant. Quand on examina le malade le lendemain, on ne put pas sentir le pouls dans la partie inférieure de la fémorale, bien qu'on pût sentir de faibles pulsations dans la partie inférieure et dans les tibiales. Cette circonstance, de même que la position de la plaie et l'abondance de l'hémorrhagie, fit penser à M. Lawrence que c'était l'iliaque externe qui était blessée, et craignant que l'hémorrhagie ne se reproduisît et ne rendît une opération plus difficile, il se décida aussitôt à inciser sur l'artère. On ne trouva pas de blessure artérielle, mais on plaça une ligature sur l'iliaque externe, immédiatement au-dessus de l'origine de l'épigastrique. Le malade mourut des suites de l'opération, et l'on constata alors que la circonflexe iliaque avait été divisée à un pouce environ de son origine, mais sa lumière était obstruée. Si l'on eût observé la règle ordinaire, d'attendre le retour de l'hémorrhagie

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 janvier.

avant d'opérer, ce malade eût évité sans doute son malheureux sort. Cependant les circonstances étaient de nature à justifier probablement la marche suivie. L'hémorrhagie était considérable, eu égard au petit volume du vaisseau blessé, et cela peut s'expliquer par l'état athéromateux de l'artère. L'altération de la fémorale, l'épaisseur et la rigidité de ses parois, empêchèrent probablement M. Lawrence de sentir les pulsations de ce vaisseau, affaiblies qu'elles étaient par la perte de sang.

Il ne manque pas, dans la littérature chirurgicale, d'exemples plus ou moins analogues, qui montrent qu'une conduite plus prudente que celle de Liston peut conduire à de meilleurs résultats. Ainsi, on trouve dans le *New-York medical Ricord* (janv. 11, 1869), une observation, dont je ne connais cependant qu'un extrait, de blessure d'une branche de la fémorale, ayant donné naissance à un anévrysme traumatique, qui fut guéri par la compression.

L'histoire de la préparation 1570 B de notre musée, qui est renfermée dans l'*Appendice aux Commentaires* de Guthrie (p. 630), a aussi une grande valeur; elle montre combien il est nécessaire d'observer l'état de la circulation dans la partie inférieure du membre, pour arriver à savoir si la blessure intéresse le tronc principal ou une de ses branches. Le malade fut blessé dans les tranchées devant Sébastopol, et la balle détermina une fracture comminutive de la partie supérieure du fémur, de laquelle il mourut le huitième jour, mais non des conséquences de la lésion des vaisseaux. La veine fémorale avait été ouverte et l'artère fémorale profonde divisée. Un anévrysme était en voie de formation sur ce dernier vaisseau. On essaya, le jour de la blessure, de lier le vaisseau qui donnait du sang; on n'y réussit pas, mais l'hémorrhagie fut modérée par l'emploi d'une compresse graduée et d'un tourniquet, et elle ne se reproduisit plus à un degré inquiétant. Il est hors de doute que le malade eut beaucoup moins de risques à courir, que si on eût lié le tronc principal. En somme, sans la fracture du fémur, il semble qu'il n'y avait pas de raisons qui pût l'empêcher de guérir. Je tiens à remarquer que l'examen consciencieux des vaisseaux à la partie inférieure, qui, autant qu'on en peut juger par l'observation, fut omis par M. Liston, en montrant que le pouls de la tibiale postérieure n'était pas altéré, fit repousser l'idée d'une blessure de la fémorale.

REVUE DE LA PRESSE

De l'aphasie. — On sait que M. Brown-Sequard est loin de partager, sur la question des localisations cérébrales, les idées admises à l'école de Paris. Aussi, nous a-t-il paru intéressant d'analyser une série de leçons sur l'aphasie, que vient de professer à Bordeaux, cet éminent physiologiste.

Après avoir rappelé l'opinion de M. Broca qui place le siége de la faculté du langage articulé dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche, et celle de Sanders et Meynert qui prétendent que l'aphasie a pour cause unique, une lésion de l'insula de Reil; après avoir montré que les faits, qui paraissent établir que le siége de la faculté est dans l'une ou dans l'autre de ces régions, sont réciproquement opposés à l'autre supposition, M. Brown-Sequard expose ses propres vues sur cette question. Selon lui, la faculté du langage appartient, il le reconnaît, à un organe spécial, mais cet organe, au lieu d'être composé de cellules formant des groupes ou des amas dans une région, se compose de cellules dispersées, répandues dans de nombreux points du cerveau, en communication les unes avec les autres par des fibres, et formant un tout par cette union de fibres. Mais ce tout est si diffus, qu'un grand nombre de régions cérébrales, pour ne pas dire toutes, contiennent les éléments dévolus à cette fonction.

Un autre argument que M. Brown-Sequard invoque contre les vues de Broca, de Sanders et des autres, est le suivant : dans la plupart des cas cités par les auteurs que nous venons de citer à l'appui de leur théorie, l'examen microscopique des parties de l'encéphale que ces physiologistes considèrent comme le siége de la faculté du langage, n'aurait pu être fait, et que l'on se serait borné à constater que les lobes postérieurs étaient notablement altérés. Dans un cas même, rapporté à la Société de biologie, par M. le docteur Troisier, l'insula de Reil et toutes les parties avoisinantes auraient été trouvées parfaitement saines.

Pour ce qui a trait à ces cas, dans lesquels l'autopsie n'a pas été faite, il y a également, dit M. Brown-Sequard, des arguments qui prouvent fortement que dans quelques-uns les démonstrations contre les vues des localisateurs est excellente. Ces arguments sont les suivants :

Dans quelques-uns de ces cas, la cause de l'altération du lobe postérieur, fut l'obstruction de l'artère cérébrale postérieure. C'était, dit-il, la seule artère obstruée et les phénomènes, au moment où apparut la perte de la parole étant ceux que l'on sait suivre l'embolisme et le ramollissement, il était naturel d'admettre que la seule lésion était celle qu'on trouvait. Il en est également ainsi dans certains cas d'hémorrhagie du lobe postérieur. D'autres fois, l'aphasie se serait produite dans des cas d'altération de presque toutes les autres parties du cerveau. Ici, de même que dans les faits relatifs au lobe postérieur, la lésion se trouvait dans le côté gauche du cerveau qu'on considère comme le côté qui possède la faculté du langage, M. Brown-Sequard en conclut qu'on a ainsi des raisons solides pour admettre que presque n'importe quelle partie d'une certaine division du cerveau ne peut produire l'aphasie.

Quant à ce fait auquel les localisateurs attachent une grande importance, à savoir que, dans les cas d'aphasie, toutes les fois que la lésion se trouvait dans le côté droit du cerveau, c'est que l'on avait affaire à des individus gauchers, M. Brown-Sequard n'y attache aucune importance; il déclare, en effet, avoir par devers lui quarante-deux cas soigneusement recueillis, où l'aphasie existait avec altération du côté droit du cerveau. Dans deux de ces cas, les individus étaient connus pour être droitiers; quant aux quarante autrés, bien qu'il n'ait pas été fait mention de ce fait, il ne peut penser que tous étaient gauchers, en raison de la rareté de cette anomalie. Enfin, dans aucun cas, l'œil nu ne put découvrir d'altération de la troisième circonvolution frontale.

Autre série de preuves : l'aphasie peut se montrer par accès, quoique dépendante d'une lésion organique, d'une cause permanente. Or, demande M. Brown-Sequard, comment cela pourrait-il se faire, si la destruction de l'organe de cette faculté dans le cerveau, était la cause réelle de l'aphasie?

D'autre part, comment concilier la théorie de Broca ou de Sanders avec ces faits, dans lesquels loin d'exister avec l'altération des parties indiquées du cerveau, l'aphasie coïncidait avec une lésion du système nerveux périphérique, spécialement dans les intestins. Enfin, comment expliquer le cas de ces aphasiques qui, pris de délire ou dans un rêve, recouvrent la faculté du langage, pour la reperdre une seconde fois au moment du réveil ou après le retour de l'intelligence?

M. Brown-Sequard termine en invoquant les cas dans lesquels les prétendus organes du langage étaient absoluments détruits, sans que pourtant il existât d'aphasie. — (*Prov. méd.*)

De la gastro-élytrotomie. — L'opération césarienne que les accoucheurs sont quelquefois conduits à pratiquer, est, sans contredit, une des opérations les plus graves de la chirurgie : aussi n'est-il pas étonnant que l'on ait cherché à lui substituer des procédés moins dangereux et pour la mère et pour l'enfant. Telle est l'ablation complète de l'utérus; telle est également la gastro-élytrotomie, préconisée pour la première fois par Ritgen, en 1821, puis remise en honneur, en 1870, par Gaillard Thomas, de New-York. Voici, en quelques mots, en quoi consiste cette opération, telle que l'aurait pratiquée avec succès, il y a quelque temps, le doc-

teur Skené et qu'il conviendrait de la faire, si nous en croyons le docteur Budin.

Pour que cette opération puisse être pratiquée, une condition préalable est absolument nécessaire : la dilatation complète ou la dilatabilité du col utérin. Si la femme est en travail on doit donc attendre le moment où l'orifice sera suffisamment dilaté pour permettre à la tête fœtale de le franchir ; si, au contraire, il n'y a pas de travail et qu'il faille délivrer la femme rapidement, on dilate le col artificiellement, soit avec les doigts, soit avec l'appareil de Barnes.

Les conditions qui permettent l'introduction de la main dans la cavité utérine existant alors, on doit, avant de commencer l'opération elle-même : 1° préparer les instruments nécessaires et placer les aides ; 2° mettre sur une table voisine tout ce qu'il faut pour ranimer l'enfant au cas où il naîtrait en état d'asphyxie ou de mort apparente ; 3° placer la femme sur un lit tel que le chirurgien puisse opérer librement ; 4° vider la vessie et le rectum.

Les préparatifs étant terminés, on pratique l'opération qu'on peut diviser en quatre temps :

Premier temps. — Le chirurgien fait, avec le bistouri, une incision qui, partant de l'épine du pubis se dirige parallèlement à l'arcade de Fallope, jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette incision est destinée à laisser passer la tête du fœtus ; aussi doit-elle mesurer de 15 à 17 centimètres.

Deuxième temps. — On décolle le péritoine en se dirigeant vers l'insertion du vagin au col de l'utérus.

Troisième temps. — On introduit une sonde dans le vagin, sonde qui doit servir de guide pour pratiquer sur ce canal une section latérale suffisamment étendue. Au lieu d'employer une sonde, il est plus facile et plus sûr d'introduire l'index et le médius dans la cavité vaginale, de les écarter et de faire l'incision entre les extrémités de ces deux doigts.

Quatrième temps. — Tandis qu'un aide incline fortement l'utérus du côté opposé où se trouve l'opérateur, de manière à amener l'orifice interne au niveau de la plaie, on introduit la main par cette plaie jusque dans la cavité utérine, on fait la version si le fœtus présente l'extrémité céphalique ou une épaule et simplement l'extraction s'il présente le siége ; on fait ensuite la délivrance.

Quant au pansement, il consiste à nettoyer avec soin, puis à l'aide de quelques points de suture, à réunir les lèvres de la plaie abdominale. — (*Progr. méd.*)

Une saignée indiquée. — M. le docteur Ferrand invoque en faveur de la saignée, si délaissée aujourd'hui, le fait suivant : Une femme de cinquante-neuf ans, depuis longtemps atteinte d'emphysème et chez laquelle il s'était produit, sous cette influence, un peu de dilatation cardiaque, fut prise d'une recrudescence de bronchite qui se transforma bientôt en une congestion pulmonaire généralisée. En même temps, une pneumonie se déclarait à la base du poumon gauche et venait encore compliquer l'état de la malade.

Malgré un traitement énergique, la congestion pulmonaire ayant pris des proportions extrêmement inquiétantes et un ipéca n'ayant amené aucune amélioration, M. Ferrand résolut de combattre par une saignée, les phénomènes d'asphyxie qui menaçaient d'emporter la malade. Une émission sanguine de 250 grammes fut en effet pratiquée : immédiatement une amélioration notable se produisit et dès le lendemain même, les symptômes d'asphyxie avaient disparu. Malheureusement la pneumonie n'avait pas été emportée avec le catarrhe suffocant : le souffle persista ; la température se releva de nouveau, l'expectoration devint visqueuse, brunâtre, tous les signes de la pneumonie à la troisième période se manifestèrent, et la malade finit par succomber.

En présence du résultat remarquable qu'a donné la saignée dirigée contre le catarrhe suffocant, M. Ferrant regrette de ne l'avoir pas employée d'emblée contre la maladie qu'il est venu compliquer, c'est-à-dire contre la fluxion de poitrine elle-même. L'âge de la malade et le caractère secondaire de la maladie lui avaient paru de nature à justifier l'abstention sous ce rapport. Toutefois, l'auteur ne croit pas qu'un peu plus de hardiesse eût été nuisible, et toute secondaire que soit la pneumonie, il pense qu'elle pourrait encore et surtout bénéficier d'une saignée quand la maladie protopathique du poumon a pour effet de disposer cet organe à une plus forte congestion. — (*Bull. gén. de thérapeut.*)

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT : POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Coxalgie scrofuleuse et coxalgie rhumatismale. Péricoxalgie. Immobilisation absolue dans la coxalgie.

Je ne veux pas faire aujourd'hui l'histoire de la coxalgie en général : ce sujet exigerait de très-longues et très-nombreuses leçons que nous ne pouvons pas absolument lui consacrer. Je me propose seulement d'attirer votre attention sur la différence qui existe entre la coxalgie scrofuleuse et la coxalgie rhumatismale dont nous possédons des exemples dans notre service. Je ne m'arrête pas à la coxalgie hystérique qui, d'ailleurs, est rare.

En jetant un coup d'œil sur les malades atteints de coxalgie qui sont, en ce moment, dans nos salles, on peut les classer en deux variétés tout à fait distinctes, en se fondant sur leur état constitutionnel. Les unes se rattachent à la constitution strumeuse ; les autres à la constitution rhumatismale.

Citons, parmi les scrofuleux, ce jeune enfant auquel nous allons pratiquer le redressement du membre : il descend de parents condamnés à la tuberculose et à la scrofule. De même, cette jeune femme chez laquelle nous allons aussi faire le redressement et l'immobilisation, doit être considérée comme scrofuleuse : née à Paris, pâle, anémique, elle accuse il est vrai, une bonne santé habituelle, mais c'est par une sorte d'amour-propre, commun à presque tous les malades ; elle oublie qu'elle languit depuis une année, qu'elle boite depuis longtemps et que l'articulation est menacée d'accidents aigus. On constate actuellement un raccourcissement, que je ne crois être qu'apparent.

Dans une autre série, je vous signalerai un jeune garçon de dix-sept ans, de constitution robuste, qui est atteint de coxalgie rhumatismale. L'articulation présente encore de la raideur, mais il n'y a pas à craindre de suppuration.

Le caractère rhumatismal a été bien marqué aussi chez un autre jeune homme qui, entré pour une coxalgie gauche, a été ensuite atteint de coxalgie droite. Des douleurs se sont aussi manifestées dans d'autres articulations. La coxalgie va bien : les deux membres sont aujourd'hui symétriques, égaux. La douleur persiste encore, mais peu intense. Ce n'est pas du côté de l'articulation que viennent les accidents qui nous inquiètent en ce moment chez ce malade. Il présente depuis quelques jours des phénomènes généraux qui ne laissent pas de nous inspirer des craintes : il a ressenti un certain malaise, a perdu l'appétit, puis, s'est plaint de constipation, et surtout d'un mal de tête constant.

La température ne s'est pas élevée d'une façon notable ; mais la face est un peu altérée. Ces symptômes, s'ils persistent encore, me font craindre que notre malade ne soit atteint d'accidents cérébraux graves, ou d'une fièvre continue. Il n'est pas très-rare, en effet, de voir la fièvre typhoïde sévir dans nos salles, et j'ai toujours observé que ses débuts sont très-lents, que son diagnostic est très-difficile, et qu'il ne peut être porté avec quelque certitude qu'après dix ou quinze jours de prodromes équivoques. Je me rappelle, entre autres, avoir observé à l'hôpital Lariboisière, un malade atteint de pseudarthrose de l'humérus, qui devint souffrant progressivement : ce ne fut qu'au quinzième jour que nous pûmes diagnostiquer une fièvre typhoïde. Ce malade présenta aussi une particularité assez bizarre : c'est que le col se trouva consolidé après la fièvre typhoïde, contrairement à ce qui arrive ordinairement dans les fièvres qui sont plutôt suivies de l'effet inverse, du ramollissement du cal.

Un autre de nos coxalgiques est encore atteint d'une complication sérieuse ; en venant des bains, il a été pris de malaise, puis de point de côté suivi d'épanchement dans la plèvre du côté droit, puis du côté gauche.

La température s'est élevée et le pronostic est grave en considération de l'état général de ce malade ; il est, en effet, atteint de constitution strumeuse évidente ; il porte des dépôts tuberculeux dans les épididymes des deux côtés ; l'engorgement des ganglions du cou est considérable : les sommets des poumons sont suspects de tuberculisation. La coxalgie chez ce malade a offert cette particularité qu'il s'est produit une subluxation de la tête du fémur, en avant, ce qui est très-exceptionnel. En effet, le ligament de Bertin cède très-rarement au ramollissement.

Chez un autre de nos jeunes malades, j'ai autrefois porté le diagnostic de coxalgie rhumatismale, au moment de son entrée : mais, depuis, il s'est formé une collection purulente à la partie antérieure de la hanche, et, comme la coxalgie rhumatismale ne suppure à peu près jamais, je suis prêt à abandonner mon premier diagnostic et à croire que nous avons rencontré là un de ces cas d'*hybridité morbide*, où, chez un malade issu d'une famille qui compte dans ses membres

des rhumatisants et des phthisiques, les phénomènes morbides affectent tantôt le caractère du rhumatisme, tantôt le caractère de la scrofulo-tuberculose. C'est ce qui arrive pour ce cas particulier : l'affection, d'abord rhumatismale, vire à la scrofule.

Le diagnostic de la forme scrofuleuse est beaucoup moins facile chez le vieillard atteint de coxalgie. Il présente une inflammation assez aiguë de l'articulation coxo-fémorale. Nous avons, à un moment donné, craint la formation d'un abcès : grâce au traitement (repos dans une gouttière, vésicatoire volant, etc.), il ne s'est pas formé ; mais il est resté un épaississement énorme et un déplacement considérable est prouvé par le raccourcissement du membre. J'hésite entre le diagnostic d'une coxalgie strumeuse tardive (elle est rare chez un homme qui a passé la cinquantaine), et le *morbus coxæ senilis,* l'arthrite sèche de l'articulation.

Dans tous ces cas, vous pouvez observer les accidents primitifs de la coxalgie, ainsi que ceux du deuxième degré, mais nous n'avons, chez aucun de nos malades, les suppurations profuses, les caries profondes, etc., qui caractérisent la dernière période de cette affection. Enfin, dans tous ces cas, le diagnostic de la coxalgie, de la maladie de l'articulation elle-même, est absolument certain.

Mais il n'en est pas de même pour deux autres de nos malades, sur lesquels je veux appeler maintenant votre attention : je ne les crois pas atteints de coxalgie, mais de pseudo-coxalgies. Le malade, couché au numéro 20 de la salle Saint-Louis, porte un drain à la partie antérieure de la cuisse, où il existe un trajet fistuleux : il éprouve de la gêne des mouvements comme dans la coxalgie, il y a du raccourcissement du membre, de la flexion. Mais ces symptômes, je les rattache à une affection du grand trochanter, peut-être de la cavité séreuse qui est située en arrière du grand trochanter. Chez le second malade, couché au numéro 53 de la même salle, j'élimine encore la coxalgie ; il est petit, brun, sec, ne présentant aucun attribut scrofuleux. L'articulation présente une raideur considérable, et une collection fluctuante s'est formée à la partie antérieure et externe de l'articulation. Mais il n'y a pas de déviation et pas de raccourcissement ; les mouvements ne sont pas douloureux, et l'on peut presser, de bas en haut et fortement, la tête du fémur contre la cavité articulaire, sans produire de douleur. Tels sont les symptômes qui m'autorisent à abandonner mon premier diagnostic, et à affirmer que l'articulation est saine, qu'il n'y a que de la péricoxalgie.

Quant au traitement que nous instituons dans nos salles contre la coxalgie, je ne vous dirai que quelques mots de l'immobilisation. Après avoir redressé le membre, je tiens à établir l'immobilité absolue, non-seulement du membre, mais de l'individu. Autrefois, après avoir appliqué un appareil inamovible, j'autorisais les petits malades à sortir, à se promener avec des béquilles. Outre que les appareils inamovibles sont mal supportés par les enfants, et qu'on est obligé de les renouveler fréquemment, j'ai renoncé à cette pratique parce qu'elle est toujours illusoire. Les enfants, autorisés à courir avec des béquilles, ne s'en servent pas : on les rencontre portant deux béquilles sur les épaules, et c'est tout.

De ces mouvements inévitables de l'articulation malade, naît une nouvelle cause d'irritation, un processus inflammatoire permanent, une petite fièvre lente qui épuise le malade progressivement jusqu'à ce qu'une cause quelconque vienne provoquer des accidents nettement aigus. Mon but, actuellement, est donc d'obtenir une immobilisation complète : j'emploie la gouttière de Bonnet, qui m'assure un repos obligé. Lorsqu'on a mis un jeune coxalgique dans cette gouttière, les parents viennent inévitablement se plaindre au médecin de ce que leur enfant, ainsi enchaîné pendant des semaines et des mois, devient de plus en plus maigre, qu'il dépérit à vue d'œil, etc.; toutes ces récriminations sont fausses. Au contraire, les petits malades prospèrent beaucoup plus lorsqu'on les a immobilisés ainsi ; cela tient précisément à ce qu'ils sont soustraits à la fièvre lente dont je parlais plus haut. Ne vous laissez donc pas influencer par ces plaintes, et persistez rigoureusement dans ce mode de traitement.

J'applique aussi la gouttière de Bonnet chez les adultes, parce que les appareils inamovibles sont très-difficiles à faire convenablement chez les adultes : toutefois, si j'ai affaire à une coxalgie rhumatismale qui n'a que des manifestations bénignes, je permets au malade de se lever avec des béquilles après l'avoir tenu immobilisé dans la gouttière de Bonnet, pendant cinq ou six semaines.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Contracture idiopathique des extrémités. — Paralysie générale commençante.

Nous venons d'examiner au nº 6 de la salle Sainte-Adélaïde, une malade qui est atteinte d'une contracture idiopathique, essentielle, des extrémités, avec certains caractères assez spéciaux, pour mériter votre attention.

Voici en quelques mots l'observation de cette femme. Elle avait toujours joui d'une très-bonne santé et n'avait jamais présenté d'accidents névropathiques d'aucune sorte, quand au mois d'août dernier, déjà très-fatiguée par des veilles très-prolongées, elle s'avisa une nuit, de travailler la fenêtre ouverte. Elle resta ainsi jusqu'à 6 heures du matin. Le lendemain, quand elle voulut se remettre à son ouvrage, elle éprouva dans les mains des fourmillements, puis de la raideur, et enfin une rigidité telle, qu'elle dut renoncer à son travail. Cela dura quelques instants, puis la crise se reproduisit à plusieurs reprises, dans la journée. Ce fut seulement dans la soirée que cette femme sentit la contracture gagner les pieds, les jambes, comme elle avait envahi les mains. Ces accès se répétèrent les jours suivants, survenant à des intervalles irréguliers ; puis la mâchoire elle-même se contractura ; la langue, les lèvres, se raidirent et la parole devint tellement difficile que la malade ne pouvait parvenir à se faire comprendre. Enfin, la mémoire s'affaiblit et le sommeil quoique conservé, fut troublé par des rêvasseries fréquentes qui, jusque-là, n'étaient pas habituelles.

Les choses en étaient là quand cette femme vint nous demander à entrer à l'hôpital. A ce moment, voici ce que l'on constata. La contracture avait disparu ; on remarquait seulement à gauche, un peu de déviation de la face et de la bouche qui, lorsque la malade parlait, se portait un peu à droite. On était frappé, en outre, d'un certain degré d'hésitation de la parole, due à une raideur notable de la langue, ainsi qu'à un embarras assez prononcé des lèvres. Celles-ci étaient, de plus, le siége de trémulations fibrillaires extrêmement manifestes. D'autre part, les pupilles étaient inégales ; la gauche étant beaucoup plus dilatée que la droite. Ce phénomène, au dire de la malade, avait été beaucoup plus prononcé au début. La pupille était alors tellement large, dit-elle, que l'iris avait presque complètement disparu.

Joignez à cela un peu d'embarras dans les mouvements des

muscles, sans contractures, et un certain degré d'hésitation dans la marche. Quant à la sensibilité, elle était conservée; on constatait cependant un peu d'analgésie à la face dorsale des doigts, se propageant à la main et allant ainsi en s'atténuant, jusqu'au bras où même la sensibilité paraissait exagérée.

A quelle maladie avions-nous affaire? Ce qui domine dans l'histoire de cette femme, c'est évidemment la contracture qui a été le premier phénomène appréciable qui se soit manifesté. De plus, cette contracture n'a pas été constante: elle a disparu, s'est reproduite pour disparaître et se reproduire encore jusqu'au mois dernier où elle a définitivement cessé.

Recherchons donc quelle est la nature de ces phénomènes.

La contracture se remarque dans une foule de maladies du système nerveux, mais dans celles-ci, elle s'accompagne toujours d'autres phénomènes qui peuvent éclairer le diagnostic. Nous n'avons pas à en tenir compte. Au contraire, elle se montre à l'état isolé, dans le tétanos, dans certaines formes d'hystérie et enfin dans la tétanie ou contracture idiopathique, essentielle, des extrémités.

La tétanie n'est pas une affection extrêmement rare; c'est en 1830 seulement, qu'elle a été décrite pour la première fois. On l'observe depuis le premier âge jusqu'à trente ans. Elle débute par des fourmillements, une sorte d'engourdissement dans les extrémités, qui, après avoir duré plus ou moins longtemps, quelques heures ou une journée, font place à des contractures. Celles-ci commencent toujours par envahir les doigts: les phalangines et les phalangettes se mettent dans l'extension, tandis que les phalanges sont fléchies sur les métacarpiens; en même temps les doigts se rapprochent, au point même d'empiéter les uns sur les autres. Le pouce, ordinairement, rentre en dedans, au dessous des doigts et vient s'appliquer contre la paume de la main.

Quand la maladie dure depuis un certain temps, les poignets se prennent à leur tour. Ils se fléchissent sur l'avant-bras pendant que la main se ferme complétement. Plus tard, les mêmes phénomènes se produisent au membre inférieur, et ici, encore, les choses se passent comme précédemment, c'est-à-dire que les orteils sont les premiers atteints, puis, le pied, etc. Généralement la maladie ne va pas plus loin, mais, dans quelques cas rares, les muscles de la mâchoire, de la poitrine, du ventre, le diaphragme lui-même se prennent et le malade meurt de suffocation. Il y a même des faits plus exceptionnels encore où la contracture gagne la colonne vertébrale, les malades sont dans l'épisthotonos. On conçoit que, dans ces conditions, le diagnostic entre le tétanos et la maladie que nous étudions offre quelques difficultés, mais la différence capitale qui distingue ces deux affections, c'est que le tétanos commence toujours par la mâchoire, pour gagner ensuite les muscles postérieurs du tronc, tandis qu'ici les muscles de la mâchoire ne sont pris que consécutivement.

Au dire de la malade, l'affection aurait commencé chez elle par la mâchoire. Si cela est, ce phénomène n'a rien de commun avec la tétanie et il est probable alors qu'il se lie à un certain degré de paralysie faciale, suffisamment démontrée d'ailleurs par la déviation des traits et qui a dû résulter de l'exposition prolongée au froid humide de cette partie de la face.

A ces premiers symptômes viennent encore s'en ajouter quelques autres. Ce sont d'abord les modifications de la sensibilité qui consistent tantôt, comme nous l'avons dit, dans des fourmillements; tantôt, mais plus rarement, dans des douleurs assez vives dans la main affectée; puis enfin, dans de l'anesthésie ou de l'analgésie. Ces désordres commencent d'abord par apparaître à l'extrémité des membres, et, fait qui n'a pas été signalé encore par les auteurs, ils suivent assez exactement les progrès de la contracture; comme elle, envahissant d'abord les phalanges, la main, l'avant-bras; comme elle, également, allant s'affaiblissant, à mesure que la guérison a lieu, de l'avant bras à la main.

Les parties contracturées sont souvent aussi le siége d'une tuméfaction notable; elles peuvent encore être douloureuses à la pression, surtout au niveau des interosseux. Enfin, on peut, dans quelques cas assez rares, noter certaines altérations du côté des organes des sens, telles que de l'amblyopie ou de la surdité (Manouvriez). Ici notre malade nous a présenté une inégalité très-prononcée des pupilles, mais nous verrons plus loin quelle valeur nous devons attacher à ce signe.

Quant à sa marche, la tétanie offre cette particularité que, commençant brusquement, elle dure peu. Les accès, après s'être reproduits plusieurs fois par jour, à des intervalles plus ou moins éloignés, et constituant par leur ensemble une attaque, deviennent de plus en plus rares, puis au bout de trois à quatre semaines; quelquefois, mais exceptionnellement, après quatre, cinq, six mois, la maladie se termine par la guérison. Celle-ci est même constamment la règle, sauf, toutefois, dans quelques cas particuliers aux enfants très-jeunes, chez lesquels des spasmes de la glotte peuvent venir compliquer la maladie.

Quant aux causes que nous pouvons évoquer chez cette malade, il y en a deux bien manifestes; la fatigue et le froid. La tétanie peut, en effet, revêtir deux formes différentes; dans la première, la forme *primitive*, la maladie survient brusquement, sans cause apparente, sous l'influence d'un simple refroidissement; l'autre, la forme *secondaire* naît sous l'influence de toutes les causes qui peuvent débiliter l'économie et déterminer l'épuisement du système nerveux: elle est fréquente surtout chez les accouchées, ce qui lui avait valu, de la part de Trousseau, le nom de contracture des femmes en couches.

En somme, la tétanie peut survenir dans la plupart des convalescences des maladies aiguës, surtout dans celles qui s'accompagnent de diarrhée au début. Telle est la fièvre typhoïde; tel le choléra, etc. Il en est de même des hémorrhagies abondantes, des excitations viscérales, soit internes, soit externes. Enfin, on a vu cette affection survenir à la suite d'un travail des mains assez actif. Chez notre malade, il est à noter précisément que c'est après un travail assidu, après de longues nuits employées à des ouvrages de couture, que la tétanie a apparu.

Quelle est la nature de la contracture idiopathique des extrémités? Quel est son siége?

Quant à sa nature, si l'on réfléchit que cette affection survient à peu près constamment à la suite du froid et de l'humidité, dans les mêmes circonstances, par conséquent, que certaines formes de rhumatisme, on ne peut s'empêcher de la considérer comme l'analogue des manifestations rhumatismales.

Nous avons la confirmation de cette opinion dans la manière dont les choses se sont passées chez notre malade qui, pendant une nuit pluvieuse, tout entière, est restée exposée à un courant d'air froid et humide.

Quelquefois, enfin, c'est à la suite d'une immersion dans l'eau froide que la maladie se manifeste; mais on peut dire que c'est moins l'influence du froid qui la fait naître, que le froid longtemps continué.

En ce qui concerne le siége de cette affection, on a pensé d'abord qu'il était dans les muscles. Il n'en est rien, attendu que ce n'est pas seulement sur le point qui a subi l'influence du froid qu'éclate la maladie, mais sur les deux muscles supérieurs à la fois, pour, de là, gagner ensuite les extrémités inférieures. Cela veut dire, par conséquent, que la cause réside dans le système nerveux lui-même.

En quoi consistent ces lésions? Il est rare que l'on ait l'occasion de faire l'autopsie d'individus atteints de tétanie, puisque cette maladie se termine presque toujours par la guérison. Cependant il existe un certain nombre de cas dans lesquels les malades ayant succombé dans le cours d'une affection intéressante, ont pu être examinés. Tantôt on n'a rien trouvé d'apparent, tantôt on a noté quelques lésions qui sont loin d'être constantes et qui portaient en général sur la partie supérieure du rachis. Ces lésions consistaient surtout dans un certain degré de ramollissement de la moelle au niveau des renflements trachéal et lombaire. Dans un cas, l'on constate dans les points que je viens de vous indiquer, de la périartérite et de la périphlébite, c'est-à-dire au niveau de la gaîne des vaisseaux, un épaississement de la tunique adventice avec multiplication des noyaux et accroissement des cellules, tant en dedans qu'en dehors de cette tunique. Quant aux éléments nerveux eux-mêmes, ils étaient absolument intacts.

Telle est l'histoire de notre malade. Mais ce n'est pas tout, elle présente encore des phénomènes exceptionnels sur lesquels je veux vous dire quelques mots. Tel est cet état cérébral qui consiste chez elle dans un certain degré d'affaiblissement de la mémoire. A quoi cela tient-il? Est-ce l'effet d'une de ces démences consécutives à un grand nombre de convalescences difficiles et pénibles, comme par exemple celles qui suivent la variole ou la fièvre typhoïde grave? Ou bien cette démence s'est-elle produite sous l'influence de la même cause que celle qui a déterminé la contracture? Il y a, en effet, dans l'histoire des psychoses, des faits dans lesquels certains troubles intellectuels, la vésanie, la paralysie générale, par exemple, ont été causés par l'impression du froid. Baillarger, Griesinger, en signalent quelques exemples.

Il se pourrait donc que notre malade fût atteinte d'une affection de ce genre, d'une vésanie, ou même, plus vraisemblablement, qu'elle commençât une paralysie générale. En effet, l'affaiblissement intellectuel, — sans délire ambitieux, il est vrai, — l'embarras de la parole avec trémulation des lèvres, un tremblement assez manifeste des mains, et enfin, la dilatation de l'une des pupilles qui a été portée à l'excès, phénomène que Baillarger a signalé comme assez constant dans la paralysie générale, nous font redouter cette éventualité.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE

M. E. Magitot.

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).

Leçons et observations recueillies par M. le docteur Th. David.

IX

5° *De la gingivite hypertrophique.*

Ce qui caractérise anatomiquement cette gingivite, c'est l'épaississement plus ou moins considérable de la muqueuse, c'est-à-dire le développement exagéré des éléments du derme, et, par suite, la formation de masses ou de bourrelets irréguliers doués d'une dureté et d'une résistance considérables, à surface lisse et polie, bien différents d'aspect, ainsi qu'on le voit, des productions qui se rencontrent dans la forme fongueuse que nous venons de décrire.

Cependant nous devons encore appliquer tout d'abord à la gingivite hypertrophique les réflexions émises au commencement de la description précédente; nous voulons dire qu'il s'agit ici d'un mode d'état ou d'une terminaison d'une forme inflammatoire plutôt que d'une espèce particulière. L'hypertrophie gingivale est, en effet, le plus souvent secondaire, et jamais elle ne se produit avec rapidité au point d'apparaître d'emblée.

Quoi qu'il en soit, ce qui justifie la place que nous lui donnons dans le cadre des gingivites, c'est qu'elle occupe constamment une région déterminée du bord gingival, la moitié même d'une ou des deux mâchoires et non un point limité, ce qui constituerait une tumeur, un fibrome.

Anatomiquement, toutefois, ces deux états sont identiques; mais tandis que le fibrome, localisé, obéit à un processus commun d'ailleurs à la plupart des tumeurs, la gingivite hypertrophique succède constamment à une autre forme antérieure, tantôt les variétés ulcéreuse ou phlegmoneuse, mais surtout l'état fongueux lui-même.

Au point de vue de la structure histologique, l'état hypertrophique des gencives est représenté exactement par un simple phénomène d'hypergenèse de l'élément anatomique fondamental composant le tissu, c'est-à-dire de l'élément fibreux. C'est ainsi que l'on retrouve dans l'épaisseur de la muqueuse ces faisceaux de fibres très-serrées, qui s'entrecroisent sous diverses directions dans une sorte de feutrage, et qui contiennent dans leur trame des noyaux fibro-plastiques, des corps fusiformes, ou si l'on veut, les éléments qu'on désigne sous le nom de cellules plasmatiques, pourvues de prolongements comme dans le tissu conjonctif normal. On y voit çà et là, mais principalement à la face profonde, quelques vaisseaux petits et amincis par suite de leur compression. Les filets nerveux sont rares, comme dans la muqueuse normale. Ils ne participent en rien à l'hypergenèse générale des éléments. Enfin, la face superficielle, pâle, nacrée, est recouverte d'un épithélium qui paraît être normal ou qui n'a subi, en tous cas, qu'une certaine augmentation d'épaisseur.

L'étiologie de la gingivite hypertrophique est, en réalité, assez insaisissable. Disons, toutefois, qu'on peut invoquer à cet égard les conditions de chronicité et de permanence d'un état antérieur. Ce serait ainsi un autre mode de terminaison, une phase ultime du même processus, une sorte de cicatrisation avec hypergenèse des éléments fibreux au sein de la trame muqueuse. Il faut encore mentionner l'influence de certains états généraux, la goutte et le rhumatisme par exemple, et diverses autres circonstances générales. Dans nos observations, nous avons fait cette autre remarque, que les sujets présentant cette forme de gingivite avaient tous dépassé l'âge de trente-cinq à quarante ans; en outre, elle serait plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

A l'égard du siége, l'hypertrophie occupe assez rarement, ainsi que nous l'avons dit, toute l'étendue de la muqueuse gingivale, mais toujours cependant une région assez étendue, et tout au moins le voisinage de plusieurs dents. Nous l'avons rencontrée plus fréquemment à la mâchoire inférieure; il est vrai de dire que cette prédilection s'observe également pour toutes les autres formes de gingivites. Enfin, c'est vers le bord

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 janvier.

libre que l'hypertrophie est le plus accentuée, au niveau du collet des dents, ou lorsque celles-ci n'existent plus, sur le sommet de la crête gingivale.

Dans les rares cas où l'affection est généralisée. Le bord libre de la gencive forme un bourrelet continu, quelquefois régulier, plus ou moins saillant sur le plan vestibulaire de l'arcade dentaire; ce bourrelet est lisse, poli, blanchâtre, rénitent, d'une dureté comme cartilagineuse. Mais le plus souvent, il faut le dire, l'hypertrophie ne se présente pas avec cet aspect régulier : elle est plus accentuée en certains points, moins en d'autres, de telle sorte que la muqueuse atteinte présente alors une surface bosselée avec tous les caractères de couleur, de résistance que nous avons d'ailleurs indiqués plus haut. La présence, en ce cas, de masses plus ou moins volumineuses, peut arriver à cacher en grande partie les diverses pièces du système dentaire.

A l'égard de ses symptômes, la gingivite hypertrophique ne provoque d'ordinaire aucune souffrance. Par sa marche lente et progressive, elle peut longtemps passer inaperçue et se trahir seulement plus tard par de la gêne dans les mouvements et dans les fonctions. Mais, lorsqu'elle est constituée par des bourrelets volumineux, les dents adjacentes se dévient, deviennent douloureuses, présentant, en un mot, à titre de complication, par suite de la déviation et des déplacements qu'elles subissent, certains symptômes de périostite proprement dite. Les rapports des deux mâchoires peuvent, en outre, être plus ou moins troublés. Ajoutons que, lorsque l'hypertrophie siège en avant, elle peut constituer des difformités parfois très-grandes.

En ce qui concerne la marche de cette forme particulière, nous avons considéré la gingivite hypertrophique comme l'une des étapes, et si l'on veut, la dernière des phases suivies par le processus inflammatoire. Aussi a-t-elle pour caractère de rester stationnaire ou de progresser indéfiniment, mais toujours avec une grande lenteur.

Le traitement de la gingivite hypertrophique, bien que se rattachant toujours au système que nous établissons plus loin, en méthode générale, c'est-à-dire, l'emploi de l'acide chromique, peut réclamer cependant l'intervention de moyens sinon plus efficaces, du moins plus prompts dans le résultat. C'est ainsi que nous conseillerons dans la destruction des masses morbides, soit les cautérisations ponctuées traversant les tissus et amenant leur mortification, soit l'ablation par le galvano ou le thermocautère, sauf à poursuivre les parties profondes avec l'agent habituel, l'acide chromique, employé à dose énergique. Nous n'insisterons pas, d'ailleurs, sur ce point, qui sera développé à l'article *Traitement*.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 février 1878. — Présidence de M. HOUEL.

Après la lecture du procès-verbal, M. le président annonce à la Société la perte cruelle qu'elle vient de faire dans la personne de Claude Bernard.

La parole est ensuite donnée à M. Dumontpallier, secrétaire général, pour la lecture du discours qu'il vient de prononcer, au nom de la Société de biologie, sur la tombe de son illustre président.

Messieurs, après les paroles si autorisées et si éloquentes qui viennent d'être prononcées par les représentants de l'Institut et des autres corps savants, il serait téméraire à moi de prétendre apprécier les œuvres et les découvertes de l'académicien, du professeur et du célèbre physiologiste Claude Bernard.

Mon but sera plus modeste ; je dirai seulement ce qu'était le président de la Société de biologie dans ses rapports avec ceux qu'il voulait bien appeler ses collègues.

Tous les membres de notre Société avaient pour Claude Bernard une admiration respectueuse. Chacune de ses remarques sur les travaux d'autrui était pour beaucoup d'entre nous un sujet de méditation. Sa bienveillance était grande et toujours égale parce qu'elle était naturelle.

Claude Bernard, ce chercheur infatigable, se plaisait à reconnaître le mérite de ceux qui cherchaient à côté de lui ou loin de lui. Il aimait à recommander de son approbation les travaux des autres, et il n'hésitait jamais à appeler l'attention des corps savants sur les hommes de valeur : à l'un de ses élèves, expérimentateur d'initiative et savant érudit, il cédait la chaire de physiologie générale à la Faculté des sciences. Pour un autre, qui avait déjà conquis sa place parmi les histologistes, il obtenait la création d'une chaire au Collége de France. Telle était pour Claude Bernard la façon d'encourager le travail et de récompenser le mérite.

Les jugements qu'il portait sur les hommes et les choses de la science faisaient loi, parce qu'ils étaient toujours inspirés par la justice et l'honnêteté. Aussi, lors de la création des facultés nouvelles, Claude Bernard dut-il être souvent consulté sur le choix des hommes les plus dignes d'occuper les positions les plus élevées dans l'enseignement. Un tel homme ne pouvait avoir d'ennemis.

Prince de la science, il n'abusa jamais de son autorité de savant, il n'eut jamais de faiblesse coupable. Il inspirait le respect, il eût dédaigné la flatterie, celle-ci eût été une injure pour lui. On ne pouvait que rendre hommage à un maître si haut placé dans l'estime de tous.

Savant des plus illustres, il ne connut pas l'orgueil, sa science avait pour sœur la simplicité, et c'était chose presque étrange que de rencontrer dans le même homme tant d'autorité alliée à tant de modestie. Certes, Claude Bernard ne pouvait ignorer l'étendue de sa renommée, il comptait des élèves parmi les professeurs des Universités du monde entier, mais cette renommée qui était sienne, il semblait l'oublier.

La mort a fait son œuvre, elle a détruit le corps du savant, mais les travaux du professeur illustre vivront autant que dureront les siècles de progrès, parce que Claude Bernard, véritable créateur de la physiologie expérimentale, a posé les solides fondements d'une science nouvelle en médecine.

Depuis de longues années déjà, la patrie savait quelle était sa dette envers Claude Bernard, elle lui avait offert des distinctions qu'il n'avait jamais sollicitées que pour les autres. Aujourd'hui le pays fait preuve de justice et de reconnaissance, et se grandit lui-même, en rendant au savant des honneurs funèbres que la patrie réservait autrefois aux grands capitaines et aux grands politiques.

Au nom de la Société de biologie, dont tu fus le président, adieu, maître bienveillant, savant illustre, si digne de notre admiration et de nos regrets.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. Vidal, qui émet la proposition qu'une souscription soit ouverte parmi les membres de la Société, dans le but d'élever un monument à la mémoire de Claude Bernard.

M. LABORDE propose de faire placer, dans la salle des séances, les bustes de Rayer et de Claude Bernard.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

BIBLIOGRAPHIE

Étude expérimentale sur l'action physiologique de la nicotine

Par le docteur RENÉ, ancien interne lauréat de Nancy.

Le titre de *nicotine* pourra faire supposer à la plupart de nos lecteurs que ce travail est consacré à une dissertation pour ou contre

l'usage du tabac ; disons de suite qu'il n'en est rien : dès la première page, l'auteur nous prévient qu'il ne fait pas la « tabacologie », mais la « physiologie » de la question, « l'étude théorique, pour ainsi dire ; celle qui, désormais, devrait toujours précéder les recherches médicales. »

C'est parce que l'auteur est entré dans cette voie méthodique et scientifique sur une question qui intéresse tout le monde médical et extra-médical, que nous donnerons de son travail une analyse un peu plus détaillée que nous n'avons coutume de le faire pour les travaux de ce genre.

Ce mémoire est divisé en trois parties :

I. Nous n'insisterons pas sur l'*historique*, qui donne l'énumération et le résumé succinct des diverses opinions des physiologistes sur les propriétés de la nicotine. Signalons seulement que l'action de la nicotine, au point de vue spécial de la physiologie, a plus occupé les savants en Allemagne qu'en Angleterre et en France.

II. Dans la deuxième partie, nous trouvons l'histoire d'un nombre considérable d'*expériences* (172), toutes faites par M. René, sur des grenouilles, lapins, cochons d'Inde, chiens, etc. Ce chapitre nous présente une véritable revue des divers moyens d'investigation dont disposent aujourd'hui les physiologistes.

La lecture de ces opérations, variées à l'infini et instituées avec la plus rigoureuse précision, nous fait oublier leur nombre, et nous arrivons au chapitre le plus intéressant, celui des *conclusions*.

III. L'*absorption de la nicotine* ne présente rien de particulier. Un tableau donne les *doses toxiques* (en milligrammes) pour les divers animaux employés.

La *tolérance* de la nicotine est remarquable, mais d'après M. René, elle aurait été généralement exagérée.

Pour l'*action sur les muscles*, l'auteur conclut que la nicotine a pour effet de détruire ou de diminuer la contractilité musculaire. La fibre musculaire est intoxiquée directement par la nicotine : les tracés obtenus au myographe confirment cette opinion.

La *motricité nerveuse* est toujours détruite par la nicotine : c'est un fait admis généralement. Mais ce qui l'est moins, c'est l'influence de ce poison sur la *sensibilité*. M. René conclut que la nicotine détruit ou diminue la sensibilité. On ne peut nier ce fait nouveau, qui découle incontestablement de nombreuses expériences, où la perte de la sensibilité est parfaitement distinguée de la diminution du pouvoir réflexe de la moelle. L'*intoxication des centres nerveux* est aussi complète : les phénomènes d'excitation sont rapidement suivis de la paralysie. M. René attribue les convulsions nicotianiques à l'excitation des centres nerveux encéphaliques ; et, sans même s'arrêter au centre convulsif de la moelle allongée (Nothnagel), il tend, en s'appuyant sur l'autorité de Beaunis, à en placer le siége dans des régions plus élevées encore. C'est dire qu'il n'en accorde plus une large part à la *moelle*.

L'action de la nicotine est donc complétement différente de l'action de la strychnine, qui exagère le pouvoir réflexe de la moelle. Toutefois, il rapporte à l'excitation des centres de la moelle les contractions de l'intestin, de l'utérus et celles de la vessie.

M. René signale (figure VII), après Von Praag, Rosenthal, etc., une *attitude caractéristique* de la grenouille intoxiquée par la nicotine : il l'attribue à un simple effet de la contracture musculaire générale qui précède la paralysie.

Les *centres respiratoires* du bulbe sont aussi rapidement paralysés que les autres centres nerveux. Cette paralysie est précédée d'une courte excitation.

L'auteur a étudié cette intoxication au moyen de graphiques de la respiration : il fait remarquer que, chez les animaux tués par la nicotine, ces tracés prennent précisément le type (plateau expiratoire) qui passe pour caractéristique de la section des nerfs pneumogastriques. Parmi les tracés respiratoires à l'appui, nous remarquons celui d'une crampe convulsive de la respiration, pendant laquelle la mort peut survenir.

L'action sur les *globules sanguins* est nulle (coloration particulière). Il en est de même pour les spermatozoïdes. L'examen *spectroscopique* du sang des animaux tués par la nicotine est aussi négatif. On ne trouve rien de spécial dans les *lésions cadavériques*. Les *digestions artificielles*, les *fermentations*, la *putréfaction*, ne sont pas influencées par la nicotine.

Nous arrivons au chapitre, sinon le plus intéressant, du moins le plus original de tout le mémoire : c'est celui qui traite *des organes* (foie) *et des substances qui détruisent la nicotine ou neutralisent ses effets*.

Une théorie dangereuse consistait autrefois à considérer la nicotine comme l'antidote de la *strychnine* : d'où l'emploi de la nicotine dans les empoisonnements par la strychnine. Poussant la théorie plus loin, des chirurgiens (anglais surtout), ont assimilé les contractures du tétanos aux convulsions strychniques : d'où encore, l'emploi de la nicotine dans le tétanos. Les expériences prouvent surabondamment que la nicotine n'est pas l'antagoniste de la strychnine, et que les effets des deux substances s'ajoutent plutôt qu'ils ne se neutralisent. L'auteur affirme aussi que ni l'*acide citrique*, ni l'*antinicotine* ne mitigent les effets de la nicotine.

Quant à la théorie de Schiff, qui fait du *foie* un organe de destruction des poisons organiques, les conclusions sont aussi péremptoires. Voici l'exposé de cette théorie, encore peu connue en France, et publiée à Philadelphie par le docteur Lautenbach, qui l'avait étudiée chez le savant professeur de Genève.

Dès 1861, Schiff, dans ses recherches sur la ligature de la veine porte, a cru pouvoir attribuer la dépression énorme qui suit cette ligature à la rétention dans l'organisme d'un poison qui devrait être éliminé par le foie. A l'état normal, ce poison serait formé, chez tous les animaux, dans l'organisme par la « métamorphose régressive de quelques tissus » ; au lieu d'être éliminé, comme chez les serpents, les crapauds, etc., par des organes spéciaux, le poison humain viendrait se détruire dans le foie. Si on lie la veine porte, on force le poison à rester dans l'organisme, et l'animal meurt dans le coma, dans un état analogue à celui des animaux empoisonnés par les narcotiques.

Par analogie, Schiff croit que les poisons *organiques* doivent aussi être détruits dans le foie, qui a déjà, comme on sait, la spécialité d'emmagasiner les poisons *métalliques*.

Si donc on fait macérer un poison, la nicotine, par exemple, avec la substance hépatique, ce poison perdra, à ce contact, ses propriétés toxiques. De même, si on injecte, dans la veine porte, une solution de nicotine, le foie détruira les plus nuisibles de ses effets avant que le poison arrive dans la circulation générale ; et l'animal ne périra pas, quoiqu'il ait reçu une dose qui serait toxique si on l'injectait dans la grande circulation.

Tels sont les faits avancés par Schiff et vérifiés par lui pour différents poisons. M. René a répété avec la nicotine les expériences de Schiff : il n'a pas observé ce dédoublement des effets toxiques ; il refuse « d'accorder au foie, du moins en ce qui concerne la nicotine, cette bienfaisante fonction qui lui permettrait de retenir, de dédoubler ou de neutraliser, aux portes mêmes de l'organisme, le poison ingéré, pour le rendre ensuite, devenu désormais inoffensif, à la circulation générale. » Il ne voit dans les faits observés par Schiff, qu'une différence de durée de l'absorption, et non une différence de symptômes. Ainsi, il a vu que la nicotine étant introduite dans une anse intestinale (partie supérieure de l'intestin grêle), liée à ses deux extrémités (pour éviter toute circulation collatérale), il faut quelques minutes de plus pour son absorption, mais les symptômes (convulsions surtout) sont les mêmes, et sont mortels.

Nous n'avons pas à juger la question : l'autorité du savant professeur Schiff est considérable, et l'affirmation de René, qui paraît avoir expérimenté sous le contrôle de M. le professeur Beaunis est formelle. Nous signalons là un champ de recherches à nos jeunes travailleurs des laboratoires.

Traité d'hygiène publique et privée, par le docteur Proust. Un fort vol. in-8°. — Prix, 16 francs. — G. Masson.

L'auteur, dont nos lecteurs connaissent déjà les savantes études d'hygiène publique, est secrétaire-adjoint du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Il se trouve en situation de suivre le mouvement de l'hygiène publique et privée. Mais il ne reste pas

simple spectateur, le traité qu'il présente au corps médical est une œuvre considérable. On s'en rendra facilement compte en nous suivant dans l'analyse que nous allons faire.

M. Proust consacre d'abord quelques pages à l'anthropologie (ethnographie humaine et ethnographie de la France) : puis il aborde la démographie.

Après avoir étudié la population statique de la France, sa population spécifique, urbaine et rurale, il considère la population selon l'origine et selon la nationalité, suivant les cultes, le degré d'instruction, le sexe, l'âge civil, les âges, les professions, M. Proust nous fait connaître le mouvement de la population (matrimonialité, natalité, mortalité), et termine cette partie par l'étude de l'armée, du recrutement, durée du service, etc.

La troisième partie nous présente l'homme considéré comme individu, suivant les âges, les sexes, les professions. Tout à l'heure, nous trouvions la note imprimée par les savants travaux du docteur Bertillon, maintenant nous avons comme un écho des travaux considérables publiés dans les *Annales d'hygiène*.

L'air, les aliments et l'alimentation, l'eau, les vêtements, les bains et la gymnastique, tour à tour étudiés, M. Proust nous montre ce que nos habitations privées, les édifices publics, les hôpitaux et maternités doivent à l'hygiène. L'hygiène des villes et des campagnes, la climatologie, les maladies virulentes et miasmiatiques compléteraient ce « Traité d'hygiène, » si, par sa situation auprès de M. Fauvel, M. Proust ne se trouvait pas très au courant de l'hygiène internationale. Ses lecteurs en profiteront donc et verront l'action de cette hygiène sur le choléra, la fièvre jaune, la peste.

Enfin, le règlement français de police sanitaire maritime termine l'œuvre considérable que nous présentons à nos lecteurs.

Si nous disons encore que rien n'a été négligé pour rendre ce livre aussi complet que possible, cartes gravées, cartes coloriées, etc., on sera de notre avis en réclamant une place spéciale, pour cette œuvre remarquable, sur les rayons de nos bibliothèques.

M. Proust a marqué sa place à la tête de nos hygiénistes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Samedi, à onze heures, ont été célébrées, en l'église Saint-Sulpice, au milieu d'une affluence considérable de médecins et des élèves de nos écoles, les obsèques de M. Claude Bernard.

Les cordons du poêle ont été tenus, jusqu'au cimetière, par MM. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, vice-président du conseil de l'instruction publique, Fizeau, président et Blanchard, membre de l'Académie des sciences ; Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française ; Laboulaye, directeur du Collège de France ; puis, par M. Bardoux, ministre de l'instruction publique ; Bertrand (de l'Institut) ; Mézières (de l'Académie française). Paul Bert et Moreau qui ont pris successivement la parole au nom du gouvernement, de l'Académie française, de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. M. Dumontpallier a prononcé, au nom de la Société de biologie, un discours que nous reproduisons plus haut.

La Faculté de médecine de Lyon était représentée par MM. Ollier, Chauveau et Lépine, en robe. Une députation représentait le Val-de-Grâce.

Le président de la République s'était fait représenter par un officier de sa maison.

— Aujourd'hui ont eu lieu, à la Madeleine, les obsèques de M. Voillemier, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Lapeyre, médecin-major de première classe ; Mendeville, médecin aide-major de première classe.

— Par décret en date du 8 janvier 1878, sont nommés :

1° Médecins aide-majors de 1re classe : MM. Bories, Pugibet, Poché, Cauchy, Alleau, Leroy, Louis, André, Ménard, Richard, Poignard, Sommeillier, Wagnier, Hiard, Veillon, Bassompierre, Chedaud, Dorange, Hocquard, Belhomme, Cazes, Vuillemin, Blanchet, Devin, Géraud, Rumen, Sudour, Sales, Godard, Linarès, Gourgeaux, Virolle, de Valicourt, Grodvolle, Raynaud, Deschamps, Troché, Didier, Steibel, Martin, Lebesgue, Rousset, Dubrulle, Surugues, Monart, Guillaume, Troy, Brindel, Carrière, Legrain, Rhin, Richardin et Dedôme.

2° Pharmaciens aide-majors de 1re classe : MM. Gessard, Simoro, Weill, Rousselet, Seize, Cambriels et Puig.

— Par décret en date du 9 février 1878, ont été promus dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin en chef : M. Lucas.

Au grade de médecin principal : M. Poitou-Duplessy.

— Par arrêté en date du 11 février 1878, le nombre des places d'agrégés des facultés de médecine mises au concours en 1878, est porté de quinze à seize pour la section de médecine, de douze à treize pour la section de chirurgie et accouchement.

Chacune de ces nouvelles places sera affectée à la Faculté de médecine de Nancy.

— Le concours de l'agrégation en médecine a été ouvert le 16 février, sous la présidence de M. Chauffard, inspecteur général.

Le jury, dont tous les membres étaient présents, se composait de MM. Chauffard, Sée, Potain, Gubler, Jaccoud, Dupuis, Lépine, Bouchard, Moutard-Martin, juges titulaires, Parrot et Laboulbène, juges suppléants.

Les candidats inscrits pour seize places d'agrégés stagiaires dans les Facultés de Paris, de Lyon, de Nancy et de Lille, et qui se sont présentés, sont MM. les docteurs Benuet, Bourcerey, Carrier, Debove, Demange, Du Castel, Hallopeau, Hanot, Homolle, Joffroy, Labadie-Lagrave, Laure, Lootet, Miré, Pitre, Quinquaud, Rathery, Raymond, Régimbault, Rendu, Robin, Spilmann, Strauss, Teissier, Troisier.

— MM. Sales, médecin aide-major de première classe, et Navarre, médecin aide-major de deuxième classe, viennent de donner leur démission.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 22. — JEUDI 21 FÉVRIER 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 21 FÉVRIER 1878. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le mémoire de M. Verneuil vient d'entrer dans une phase nouvelle, qui, probablement, sera la dernière. Aujourd'hui la discussion porte sur les méthodes antiseptiques et sur leur base, c'est-à-dire sur les théories de M. Pasteur. M. Léon Le Fort, après avoir tracé, en guise de préface, un long historique des divers modes de pansement, s'est prononcé très-nettement contre la théorie des germes, en ce qui touche ses applications à la pratique chirurgicale. Il s'est attaché à démontrer par l'étude des statistiques qu'on pouvait obtenir des succès aussi beaux sans cuirasse de ouate, sans acide phénique, sans aucune précaution contre l'accès de l'air et des organismes microscopiques qui s'y trouvent en suspension. Les résultats, relativement satisfaisants, obtenus par MM. Alphonse Guérin, Lister, etc., il les explique par un tout autre mécanisme, qu'il doit exposer plus en détail dans la séance prochaine.

Mais M. Pasteur, tout ému de cette attaque contre des théories chirurgicales dont il a été et dont il reste l'inspirateur, n'a pas voulu attendre la fin de ce discours pour effacer, ou du moins atténuer, l'impression produite. Il a conjuré les académiciens présents de ne pas se faire une opinion définitive sur la question des germes avant de l'avoir entendu, s'engageant à montrer bientôt l'organisme microscopique, *le plus petit peut-être*, a-t-il dit, *de tous les organismes connus*, dont la pénétration dans l'économie d'un animal vivant a pour résultat immédiat la production du pus par flots.

Cet organisme serait contenu dans toute espèce d'eau; et ce ne serait pas le seul agent funeste que l'eau porterait en elle. De telle sorte qu'il suffirait d'un seul lavage, avec cet agent infectieux par excellence, l'eau, soit de source, soit de rivière, etc., pour exposer le malheureux opéré aux accidents les plus terribles. L'exclusion absolue de l'eau aurait encore une bien autre importance que l'exclusion absolue de l'air. Si tous les opérés dont les plaies ont subi des lavages à l'eau n'en mouraient pas, cela tiendrait à la résistance vitale. M. Pasteur n'a pas dit comment. Il s'est borné à exciter vivement la curiosité, sans entrer encore dans des développements assez complets pour la satisfaire. On est resté sous une impression d'étonnement : et on attend impatiemment la communication promise.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Ulcérations scrofuleuses.

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'une malade qui est entrée dans notre service pour une affection de la peau intéressante sous le rapport du diagnostic.

C'est une femme de quarante-huit ans, jardinière, assez robuste, qui est malade depuis vingt ans. Depuis le jour où elle a apparu pour la première fois, son affection a persisté sans jamais guérir complétement, disparaissant sur un point, se reproduisant à côté; et caractérisée au début par des sortes d'abcès survenant sur les membres, s'ouvrant, se fermant, mais entretenant d'une manière permanente la malade, dans l'état que je vais vous décrire tout à l'heure.

Relativement à ce qui s'est passé antérieurement au début de ces accidents, nous n'avons pu recueillir aucune espèce de renseignement. Cette femme, en effet, déclare n'avoir jamais eu, dans son enfance, ni ganglions engorgés, ni otite, ni ophthalmie; de même encore elle affirme qu'elle n'a jamais rien eu du côté des parties génitales, jamais d'éruption superficielle sur le corps.

Quand on l'examine, on aperçoit, aux bras et sur les jambes, différentes lésions de la peau. C'est d'abord au niveau des parties malades, une coloration particulière des téguments qui n'est pas précisément brune, mais plutôt violacée, vineuse. Sur ce fond ainsi coloré on constate l'existence de croûtes, les unes d'un vert peu tranché, les autres grises ou se rapprochant plutôt du jaune que du noir.

Ces croûtes, qui sont assez molles et adhérentes, recouvrent des ulcérations. Celles-ci ont un aspect particulier; elles sont déchiquetées, enfoncées et présentent surtout un caractère excessivement important pour le diagnostic. Elles sont plus étalées qu'elles ne le paraissent; il y a autour des ulcérations un décollement des bords qui, dans quelques points, atteint jusqu'à un demi-centimètre et même davantage. Ce phénomène était même tellement marqué, quand cette malade est entrée dans le service, que plusieurs ulcérations communiquaient les unes avec les autres par une sorte de canal sous-cutané.

A côté de ces lésions diverses, on constate des cicatrices nombreuses qui ne sont que les traces d'ulcérations anciennes

et guéries : elles sont réticulées, très-bridées, froncées, ressemblant complétement à des cicatrices de brûlures profondes.

Avec cela aucun symptôme, quel qu'il soit, du côté de la peau : ni douleurs, ni démangeaison, ni cuisson, ni simple sentiment de chaleur; en un mot, pas de phénomène qui soit ressenti par la malade.

Rechercherons-nous, dans l'état général de cette femme, s'il n'existe pas, du côté des organes, quelque trouble concomitant? Elle mange bien, digère bien, et ne présente aucun signe particulier soit du côté des voies respiratoires, soit du côté de l'appareil de la circulation. La seule lésion concomitante que nous trouvions chez elle consiste dans une affection du rein qui nous a été révélée par l'examen des urines. Celles-ci, en effet, renferment une quantité assez appréciable d'albumine qui fait reconnaître l'existence d'une néphrite. Mais est-ce une néphrite parenchymateuse, interstitielle, amyloïde? nous ne saurions l'établir.

De même, comme phénomène local concomitant, nous ne trouvons, du côté de la peau, au cuir chevelu, qu'une tumeur parfaitement fluctuante, laquelle n'est autre, évidemment, qu'un abcès qui correspond à une lésion osseuse, à une ostéite.

Maintenant que vous connaissez l'histoire de cette femme, il s'agit, pour établir le traitement, d'étiqueter sa maladie, de déterminer à quelle affection nous avons affaire, de savoir, enfin, dans quelle catégorie nous devons la ranger. En l'absence de tout commémoratif, ce diagnostic n'est pas sans difficulté.

Vous venez de voir que nous avons affaire à une affection caractérisée par des lésions profondes et anciennes. Nous devons donc, procédant par exclusion, éliminer immédiatement du diagnostic les maladies cutanées superficielles, telles que les affections dartreuses et parasitaires, lesquelles ne donnent lieu qu'à des ulcérations légères. Il est évident, en effet, que ni l'eczéma, ni l'impétigo ne produiraient des lésions aussi considérables que celles que nous trouvons chez cette malade.

C'est donc dans le cercle des maladies de la peau qui déterminent des ulcérations profondes que nous devons circonscrire notre diagnostic.

Celles-ci sont au nombre de trois seulement : le cancer de la peau, la syphilis et la scrofule.

Mais les ulcérations cancéreuses, qu'il s'agisse d'un carcinome ou d'un épithélioma, et surtout de ce dernier, ont un cachet tout particulier, un signe qui, à lui seul, permet de les reconnaître, c'est la consistance de leurs bords qui sont adhérents et forment une saillie, un relief parfaitement appréciable à la vue et au toucher. De plus, les lésions du cancer sont envahissantes et siégent presque exclusivement sur la figure, à la face; caractères que nous ne trouvons pas ici.

Avons-nous affaire à la syphilis? Au premier abord, on pourrait le croire. En effet, nous trouvons chez cette femme quelques croûtes un peu vertes, en coquillage même, qui ressemblent à celles de cette affection. Mais, à côté de ces croûtes, nous en avons d'autres qui sont pâles, feuilletées, analogues à celles de la scrofule. En les examinant de plus près, d'ailleurs, on reconnaît bien vite qu'elles ne sont pas aussi sèches, aussi adhérentes, aussi enchassées que dans la syphilis; d'autre part, cette coloration vineuse des téguments au niveau des parties malades n'est pas du tout celles que l'on observe dans la vérole; enfin, nous avons, surtout dans la forme des ulcérations, un caractère qui éloigne tout à fait ce diagnostic. Les ulcérations de la syphilis, en effet, ont des bords taillés à pic, adhérents : ici, au contraire, ils sont décollés. De même, tandis que nous avons chez cette femme des cicatrices saillantes, réticulées, semblables à celle d'une brûlure profonde, celles de la syphilis s'élèvent à peine audessus des téguments, à une certaine époque, même, quand elles sont très-anciennes, elles sont presque complétement effacées.

Si cette femme n'est ni cancéreuse, ni syphilitique, elle serait donc scrofuleuse? Tel est, en effet, le diagnostic que nous devons adopter, et que prouve surabondamment cette coloration vineuse de la peau, ces croûtes pâles recouvrant des ulcérations décollées et les débordant sensiblement, ces cicatrices kéloïdiennes, en brûlures, enfin, cette marche particulière de la maladie.

Nous avons ici, en effet, une affection datant de vingt ans et qui, depuis le jour où elle s'est montrée pour la première fois, n'a cessé de donner lieu à des accidents toujours les mêmes, se manifestant toujours aux mêmes endroits et toujours avec la même forme. Eh bien, dans la syphilis, nous n'avons pas ces caractères : elle est une maladie essentiellement chronique, c'est vrai; on peut l'avoir pendant vingt, trente ans; mais, pendant cette longue période d'années, elle se transforme; les lésions, d'abord superficielles, deviennent profondes; enfin, elle change de siége, de forme. Dans le temps qui sépare les unes des autres les diverses manifestations de la vérole, il y a des intervalles pendant lesquels la santé est parfaite et la syphilis complétement latente. Dans la scrofule, au contraire, les accidents restent toujours les mêmes; les ulcérations sont à peine cicatrisées sur un point qu'elles se reproduisent à côté et toujours avec la même forme, avec les mêmes caractères.

Ce diagnostic serait évidemment plus assuré encore, si nous pouvions nous appuyer ici sur des phénomènes antérieurs ou concomitants. Malheureusement les premiers sont nuls. Quant aux seconds, ils se réduisent eux-mêmes à fort peu de chose : un abcès et une néphrite; ils témoignent cependant encore en faveur du diagnostic scrofule.

Le premier, en effet, est symptomatique d'une affection osseuse. Cette lésion de l'os est-elle une exostose, ainsi que pourraient le faire croire ces douleurs assez vives et revenant particulièrement la nuit, dont elle s'accompagne? Mais cette exacerbation des douleurs pendant la nuit n'est-elle pas le propre de toutes les douleurs? Si l'on songe, d'ailleurs, que l'exostose est un gonflement douloureux de l'os qui donne bien rarement lieu à des abcès de voisinage, on voit que ce phénomène témoigne plutôt en faveur de ce diagnostic qu'il ne l'infirme.

Enfin, non-seulement cette femme a une affection cutanée, mais elle a une affection profonde, une néphrite. Ainsi que je vous l'ai dit précédemment, il est difficile d'en déterminer la nature; néanmoins, si l'on se rappelle que les néphrites parenchymateuse et interstitielle sont assez communes chez les scrofuleux, on est encore porté à voir, dans cette inflammation du rein, un nouveau témoignage à l'appui de notre opinion. Je n'insisterai pas, toutefois, sur ce caractère, parce que, chez les gens qui ont des ulcérations profondes, on observe assez fréquemment des néphrites amyloïdes; je me contenterai seulement de vous faire remarquer que, comme cette femme n'a pas une suppuration très-abondante, il est plus naturelle d'admettre qu'elle est atteinte d'une néphrite parenchymateuse ou interstitielle et plus vraisemblablement

de cette dernière; que celle-ci, enfin, est superficielle ainsi qu'il est permis de le supposer, par le peu d'albumine rendue par les urines.

Élaguant la syphilis et considérant la maladie d'après ses caractères extérieurs, etc., je suis donc amené à dire que cette femme est atteinte d'une affection de nature scrofuleuse.

Néanmoins, il faut se rappeler que chez certains scrofuleux qui ont eu la syphilis, il y a quelquefois un mélange de ces deux diathèses, qui se traduit par des ulcérations profondes dont les caractères sont empruntés à l'une et l'autre. C'est ce que mon maître, M. Ricord, appelle, dans son langage ingénieux, du *scrofulate de vérole*. Ici nous pourrions à la rigueur être en présence d'un cas de ce genre, néanmoins j'ai beaucoup plus de tendance à penser que nous avons simplement affaire à une affection scrofuleuse entretenue par un travail exagéré, extrêmement pénible et correspondant avec une nourriture insuffisante.

Nous avions, d'ailleurs, un moyen de vérifier l'exactitude de notre diagnostic, et ce moyen est venu encore nous confirmer dans notre opinion.

Vous savez, en effet, qu'il est des médicaments qui réussissent dans la syphilis et qui, dans le traitement des affections scrofuleuses, ne donnent que des résultats incomplets. Ce moyen, quand il s'agit de ces ulcérations qui appartiennent au troisième âge de la syphilis, consiste dans l'administration simultanée du mercure et de l'iodure de potassium. Eh bien, quand on fait prendre à un syphilitique ces médicaments, et surtout quand on les donne dans une préparation officinale que je ne saurais trop vous vanter, le sirop de Gibert, on voit la cicatrisation des ulcères s'effectuer d'une manière excessivement rapide, tandis que si l'on a affaire à des ulcérations de nature scrofuleuse, on n'obtient que des résultats à peu près nuls. Tel est le moyen que nous avons employé ici : nous avons fait chez notre malade ce diagnostic thérapeutique, ainsi que je l'appelle, et l'amélioration que nous avons obtenue n'est pas telle que je puisse croire à la nature syphilitique de son affection. Il est probable, d'ailleurs, que le léger amendement qui est survenu dans son état est dû plutôt au repos, à la bonne nourriture et au traitement hygiénique de l'hôpital qu'aux substances médicamenteuses que nous lui avons fait prendre.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Duplay.

Des fractures de la jambe.

Nous avons, en ce moment, dans nos salles, trois malades atteints de fractures de jambe plus ou moins compliquées. Comme, dans votre pratique, vous aurez fréquemment occasion de rencontrer des cas de ce genre, je crois utile de profiter de la présence de ces malades dans le service pour vous dire quelques mots des fractures de la jambe et des indications qu'elles réclament.

Chez tous trois, la fracture porte sur les deux os de la jambe et a son siége au niveau de l'un des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur; chez deux d'entre eux, elle est compliquée de plaie; chez le troisième, la solution de continuité est simple, mais elle n'en comporte pas moins une gravité tout exceptionnelle en raison, d'une part, des habitudes alcooliques de cet homme; d'autre part, de la déchirure considérable des tissus au-dessous de la peau restée saine.

Si nous recherchons de quelle manière a eu lieu la fracture chez chacun de ces trois individus, nous voyons que, pour deux de ces malades, pour la femme couchée au n° 63 de la salle Sainte-Marthe et pour le n° 36 de la salle des hommes, la rupture a eu lieu par cause indirecte. En effet, la première a fait un faux pas en descendant son escalier, son pied s'est tordu et elle est tombée assise sur sa jambe. Même mécanisme chez le second, avec cette différence, toutefois, que c'est en descendant de voiture que la chute a eu lieu.

Au contraire, la fracture est survenue par cause directe chez le malade du n° 65 de la salle Saint-Augustin, qui a eu la jambe écrasée par une roue de voiture.

Je vous ai dit que, chez deux de ces malades, la fracture était compliquée de plaie. Cette complication augmente singulièrement la gravité de la fracture, mais l'aggravation du pronostic ne dépend pas seulement de cette circonstance : il varie, en effet, suivant la manière dont la plaie s'est produite et suivant que celle-ci résulte d'un traumatisme direct ou indirect.

Dans la fracture indirecte, c'est-à-dire dans celle qui survient par le fait de deux forces opposées, agissant aux deux extrémités de l'os, qui se rompt alors à sa partie moyenne, dans ce cas, dis-je, la solution de continuité des parties molles produite par la saillie des fragments, le plus souvent, du fragment supérieur, est ordinairement petite et peut, par conséquent, se comporter comme une plaie simple. Il n'en est pas de même, au contraire, quand l'os se brise au point même où il est atteint par le corps vulnérant, car, dans ce cas, les effets du traumatisme s'ajoutant nécessairement à ceux de la rupture de l'os, il en résulte des lésions plus ou moins considérables du côté de la peau et des parties sous-jacentes, lesquelles peuvent devenir le point de départ de phlegmons diffus ou de gangrène plus ou moins étendue du membre.

Chez nos trois malades, je vous ai dit que la fracture siégeait à l'union des deux tiers supérieurs de la jambe avec le tiers inférieur; elle présente, en outre, une coupe dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Telle est la disposition à laquelle on a donné le nom de fracture en biseau, en bec de flûte, et qui s'explique d'ailleurs par la direction même des fibres du tibia. Cette particularité explique la facilité avec laquelle le fragment supérieur de l'os se porte en avant et en dedans. Quant à la fracture du péroné, elle est tout à fait accessoire et ne change en rien la physionomie de la lésion principale. Aussi pouvons-nous la passer sous silence.

La fracture du tibia présente parfois la forme d'un V alternatif sur les deux fragments. Cette disposition, sur laquelle M. Gosselin a le premier appelé l'attention est d'un grand intérêt au point de vue anatomo-pathologique, parce qu'elle coïncide fréquemment avec la présence sur le fragment supérieur, d'une fissure qui, partant du sommet du V, va, en contournant la face interne du tibia, s'engager presque dans l'articulation tibio-tarsienne. Ces fractures sont graves en ce qu'elles s'accompagnent souvent de l'attrition de la substance médullaire et exposent les malades à toutes les conséquences d'une arthrite tibio-tarsienne ou d'une ostéo-myélite suppurée.

Je vous ai dit que l'obliquité des fragments supérieurs du tibia expose le malade à la perforation complète des parties molles de la jambe. Cet accident a lieu soit au moment de l'accident, soit lorsque le blessé cherchant à se relever, appuie de tout le poids de son corps sur le fragment supérieur et l'abaisse assez fortement pour perforer la peau. Quelquefois l'abaissement est moins prononcé, et l'on peut observer le

simple soulèvement de téguments avec saillie du fragment, sensible à travers la peau à la partie interne et antérieure de la jambe. C'est ce qui a lieu chez le malade du n° 36.

Il n'est pas rare de constater dans les fractures par cause directe la présence d'esquilles osseuses. Ces fragments d'os, reliés le plus souvent les uns aux autres par des débris de périoste, peuvent, en s'interposant entre les fragments osseux, s'opposer d'une manière complète à la réduction. Ce même malade du n° 36 nous en offre un exemple, et chez lui, vous avez pu sentir à la palpation, dans le foyer de la fracture, un petit fragment osseux, isolé et mobile. Ces fractures comminutives, même non compliquées de plaie extérieure, doivent toujours être considérées comme très-graves.

Dans les fractures compliquées de jambe, on peut observer tous les intermédiaires entre les plaies les plus petites et les plus étendues. Quoique généralement la gravité du pronostic augmente avec l'étendue des lésions cutanées, une plaie, même très-petite, pouvant coexister avec des délabrements considérables des tissus sous-jacents, peut devenir, dans certains cas, très-dangereuse. Je vous citerai, à l'appui de ce fait, la femme du n° 63 de la salle Sainte-Marthe, chez laquelle nous avons failli voir survenir les accidents les plus graves des fractures compliquées, quoique la plaie de la jambe admette à peine l'extrémité d'un stylet.

Cependant, dans les fractures indirectes avec plaie, le foyer de la fracture est, en général, relativement circonscrit et limité autour des fragments osseux; il peut se faire même, qu'à part les tissus directement embrochés par le fragment saillant, les parties voisines restent saines. C'est pour cela que, le plus souvent, les accidents dans les fractures indirectes ne sont pas à comparer avec l'intensité de ceux qui surviennent dans les fractures directes, à la suite desquelles les tissus ont été tiraillés, comprimés, contus, la peau est déchirée et toutes les parties molles sont le siége d'une infiltration sanguine plus ou moins étendue. Sous la peau, la réparation de ces lésions pourrait encore se faire, mais cela n'est plus possible quand ces tissus, altérés, sont exposés au contact de l'air. Ils s'enflamment, et l'on voit survenir des phlegmons diffus, qui envahissent peu à peu tout le membre; l'inflammation suppurative se propage au foyer de la fracture, c'est-à-dire à l'os, et quelquefois à l'articulation elle-même. D'autres fois, les désordres produits dans les parties molles par l'agent vulnérant sont assez considérables pour qu'on voie survenir, peu de temps après l'accident, la gangrène d'une partie plus ou moins étendue du membre fracturé. C'est ce qui est arrivé pour le malade qui est couché au n° 65 de la salle Saint-Augustin. Que votre pronostic soit donc toujours grave, quand il s'agit d'une fracture directe compliquée de plaie.

Mais à côté d'elle, il y a bien d'autres considérations à faire intervenir au point de vue du pronostic. Tel est l'âge avancé des malades, leur mauvais état de santé antérieur, leur épuisement par des travaux fatigants, leur séjour dans un hôpital chargé d'émanations nocives, etc., toutes conditions défavorables à une guérison rapide, et qui disposent aux accidents de la suppuration.

Mais de toutes les causes qui peuvent avoir une influence fâcheuse sur la guérison des fractures, l'alcoolisme est une des conditions les plus déplorables. Sous cette influence, les malades atteints de fracture bénigne sont pris d'alcoolisme aigu : ils s'agitent et détruisent à tout moment le rapport des fragments. Joignez à cela que les alcooliques réparent moins facilement les désordres de leurs tissus que les individus qui ont une vie sobre et régulière.

Dans les cas de fracture grave avec plaie, on a fréquemment à se demander : faut-il amputer ou conserver? Il est impossible de donner une réponse catégorique à cet égard; mais d'une manière générale, je crois pouvoir dire que, sauf certains cas exceptionnels, la conservation doit être la règle. J'ajoute cependant qu'il ne faut pas aller trop loin dans cette manière de faire, et qu'il est des cas, lorsque les délabrements du membre sont trop considérables, dans lesquels l'amputation est commandée.

Si la fracture est compliquée d'une solution de continuité peu étendue de la peau, il faut soustraire la plaie et le foyer de la fracture au contact de l'air, de manière à éviter autant que possible la suppuration. On y parvient en pratiquant l'occlusion. C'est ce que nous avons fait pour la femme couchée au n° 63.

Lorsque la plaie est plus large et qu'il y a issue d'un fragment à l'extérieur, il faut chercher à le réduire. Mais quelquefois les tissus sont si gonflés, qu'ils serrent l'extrémité osseuse et opposent une résistance invincible à la réduction. On peut alors chercher à faire de petits débridements pour repousser le fragment et le remettre dans sa position normale. Cette manœuvre est quelquefois fort difficile par le fait de l'engrènement des fragments et d'une sorte de contraction spasmodique des muscles. Dans ces cas, on a proposé d'employer le chloroforme, mais c'est un moyen que je ne vous conseille pas, parce que, avant qu'on puisse obtenir par cet agent l'anesthésie et la résolution musculaire, il faut passer par une période d'excitation dans laquelle on court risque de voir les désordres des parties être augmentés. Aussi vaut-il mieux réséquer le fragment saillant. La fracture réduite, il faut la maintenir dans cet état. C'est alors que vous vous adresserez aux divers appareils qui sont ordinairement employés à cet effet, et que vous choisirez celui-ci de préférence à tel autre, suivant les conditions dans lesquelles vous vous trouverez.

HÉMATOCÈLE SPONTANÉE DE LA TUNIQUE VAGINALE

COMPLIQUÉE D'UNE HÉMATOCÈLE EXTRA-VAGINALE (AUTREMENT DIT : PARIÉTALE) PAR SUITE DUNE PONCTION FAITE AVEC LE TROCART; CASTRATION; GUÉRISON.

Par le docteur Th. THIBAULT (de Nantes).

I

L'hématocèle spontanée de la tunique vaginale n'est pas une affection bien commune. Longtemps confondue avec l'hydrocèle à parois très-épaisses, elle n'a été l'objet d'une étude spéciale que depuis les travaux de M. Gosselin. C'est à ce chirurgien éminent que revient, en effet, le mérite d'avoir fait connaître le premier la véritable nature de l'hématocèle vaginale spontanée, et d'avoir indiqué le traitement le plus rationnel à lui opposer. Toutefois, le diagnostic de cette maladie demeure encore entouré de grandes difficultés, et son traitement ne paraît pas établi sur des bases certaines.

Il y a donc intérêt, dans de telles conjonctures, à publier les différents exemples de cette affection qui peuvent se rencontrer dans la pratique. Celui qui s'est offert à mon observation présente d'ailleurs une particularité bien remarquable et qui le recommande à l'attention des chirurgiens. C'est la formation d'une hématocèle des enveloppes du testicule (autrement dite : pariétale, pour me servir de l'expression de A. Jamain), à la suite d'une ponction pratiquée avec le trocart dans une hématocèle ancienne et spontanée de la tunique vaginale. Par l'ouverture faite à la partie antérieure de cette

tumeur, avec la pointe de l'instrument, une portion du liquide qu'elle contenait s'est écoulée hors de sa cavité, et, en s'épanchant dans les enveloppes testiculaires extérieures à la vaginale, elle a donné lieu au développement d'une seconde hématocèle communiquant avec la première au moyen d'un orifice étroit.

Ce fait, dont je n'ai point trouvé d'analogue dans les recueils scientifiques, m'a paru mériter d'être connu, non-seulement à cause de sa rareté, mais encore à cause de la circonstance qui l'a produit. L'opération mise en usage a présenté également, ainsi que ses suites, des particularités intéressantes sur lesquelles j'aurai à m'expliquer, après avoir raconté les détails de l'observation.

P..., vigneron au Chambourg, commune de Challans (Vendée), où je demeurais alors moi-même, vint me consulter, le 27 mars 1872, pour une tumeur des bourses. Cet homme, âgé de cinquante-sept ans, a toujours joui d'une bonne santé (il ne se souvient, en effet, avoir eu d'autre maladie qu'un zona). Il me raconte que, depuis sa jeunesse, il porte dans le côté gauche du scrotum une grosseur qui lui est survenue sans cause appréciable. D'abord du volume d'une petite pomme, elle acquit celui des deux poings presque subitement après son mariage, contracté il y a environ trente ans. Depuis lors, elle était demeurée stationnaire, et, comme elle ne l'empêchait point de travailler, il ne s'en préoccupait nullement. Elle ne lui causait, du reste, aucune douleur, et ne l'incommodait que par le tiraillement déterminé par le poids de la tumeur. Encore cette gêne n'avait jamais été assez considérable pour le forcer à porter un suspensoir. Seulement l'été, quand la chaleur relâchait la peau des bourses, il relevait parfois le scrotum avec un mouchoir plié en cravate. Grâce à ce simple appareil, il pouvait se livrer sans fatigue aux plus rudes travaux de sa profession.

Il y a trois semaines, P.... rentra chez lui en proie à un malaise inaccoutumé : il ressentait des frissons et de la courbature. Ce jour-là, cependant, il n'avait rien fait qui pût rendre compte de ce dérangement dans sa santé. Durant la nuit, des douleurs très-vives se firent sentir dans sa tumeur, et à son réveil, P... fut surpris de la voir considérablement augmentée de volume. Il garda le lit plusieurs jours de suite dans l'espoir que le repos ferait disparaître ce gonflement. Mais il n'en fut rien : la tumeur augmentant chaque jour davantage, P... se décida à appeler un médecin, qui, ayant constaté la présence d'un liquide dans la tumeur, y pratiqua une ponction avec un trocart à hydrocèle. Cette ponction fut faite dans le tiers inférieur. Il ne s'écoula qu'une à deux cuillerées d'un liquide épais ayant la couleur du chocolat. Les jours qui suivirent l'opération, P... éprouva des picotements, des cuissons dans sa tumeur, et celle-ci augmenta encore de volume. En même temps, il observa un phénomène nouveau : toutes les fois qu'il imprimait des mouvements au scrotum, il entendait d'une manière distincte un petit bruit de gargouillement.

Il y avait une dizaine de jours que la ponction avait été faite, lorsque P... vint me consulter. Sa tumeur se présentait sous une forme ovoïde, à grosse extrémité dirigée en bas. Elle avait le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. Sa consistance était ferme dans tout son pourtour ; toutefois, elle paraissait plus dure en arrière et en haut ; par la palpation, on sentait manifestement en cet endroit un épaississement considérable. La peau avait conservé partout sa coloration normale. Elle était mobile sur la tumeur. Par l'épreuve de la lumière, je m'assurai que celle-ci n'était pas transparente. Je cherchai en vain la position occupée par le testicule gauche ; je ne pus parvenir à la découvrir.

Cet examen, joint aux commémoratifs que j'avais reçus du malade, me démontra que j'avais affaire à une hématocèle du scrotum, fort ancienne et probablement de nature spontanée. Je dis à P .. que, pour le débarrasser de sa tumeur, il fallait une opération plus radicale que celle qu'il avait subie, et je l'engageai, pour se la faire pratiquer, à entrer à l'hôpital de Challans, dont je dirigeais en ce moment le service. Il ne s'y décida que huit jours après. Dans l'intervalle, il fit à pied plusieurs voyages à Challans, distant de son village d'environ 2 kilomètres. Je signale cette circonstance parce que, à mon avis, elle n'a peut-être pas été étrangère à la production des accidents qui sont survenus à cette époque.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1878. — Présidence de M. Baillarger.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Balaruc, pour l'année 1876 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté de M. B. Reynier, sur les *exercices spéciaux propres à obtenir le redressement des flexions scoliotiques* (accepté).

2° Un pli cacheté de M. R. Cahours, sur l'*application d'un nouveau moyen thérapeutique* (accepté).

3° Des lettres de MM. G. Bouchardat et Bouis, qui se portent candidats pour la place vacante dans la section de physique et de chimie.

4° Un mémoire présenté par M. Roche, étudiant en médecine, sur un moyen qu'il donne comme certain de distinguer la mort réelle de la mort apparente. Ce moyen consiste à introduire dans une veine un fil de coton, à le retirer ensuite et l'observer : 1° S'il est couvert de fibrine, la vie existe certainement ; 2° Si le fil ne contient pas trace de fibrine, la mort est certaine. (Comm. : MM. Colin et Moreau).

Sur l'invitation de M. le président, M. A. Moreau donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie de médecine, aux obsèques de Claude Bernard.

M. le président annonce la nouvelle perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Voillemier, et invite M. Panas à lire le discours qu'il a prononcé sur la tombe de ce regretté confrère.

DISCUSSION SUR LA DÉSARTICULATION DE LA HANCHE.

M. Léon Le Fort dit n'avoir pas d'expérience personnelle en ce qui touche cette opération. M. Verneuil propose de la pratiquer à l'aide du bistouri et reconnaît qu'elle dure, faite le plus vite possible, au moins de vingt à vingt-cinq minutes. Il faut dire le double, si l'on veut prendre une moyenne et supposer qu'elle sera pratiquée par le premier venu. Or, pendant ce temps si long, ne se trouvera-t-on pas avoir perdu d'un côté ce qu'on espérait gagner d'un autre? M. Verneuil a surtout pour but de modérer l'écoulement sanguin, en liant d'avance toutes les artères, mais une hémorrhagie capillaire de près d'une heure fera perdre tout autant de sang qu'une hémorrhagie artérielle de quelques secondes ou de quelques minutes.

Il est certain que ceux qui ont subi la désarticulation de la hanche ne succombent pas en général aux complications ordinaires des plaies. Sur un total de 88 cas mortels, on trouve que 43 fois la mort est survenue dès le premier jour, 13 fois le deuxième jour, 18 fois avant le septième jour, au total, 74 fois dans le courant de la première semaine. Faut-il en accuser l'hémorrhagie? C'est très-probable : d'autant plus qu'en dehors même du sang qui s'écoule par la plaie, on se trouve enlever avec le membre, dans le membre même, une quantité très-notable de sang. C'est presque le quart de l'individu que l'on ampute ; c'est presque le quart de son sang qu'on lui fait perdre. Si l'on doute de l'influence de cette cause sur la mortalité, on n'a qu'à jeter les yeux sur la statistique des opérations pratiquées en Amérique durant la guerre de la sécession, et l'on sera frappé de voir combien, quand on désarticule le reste d'un membre dont une partie notable a été amputée précédemment, l'opération devient moins grave. Cent cinquante-huit désarticulations avaient été suivies de mort cent quarante-deux fois, c'est-à-

dire neuf fois sur dix, quand la cuisse était entière; la cuisse étant, au contraire, mutilée antérieurement, sur huit désarticulations, il y a eu quatre guérisons, une sur deux. La perte de sang est, en effet, alors bien moins considérable.

Dans sa dernière opération, suivie de succès, M. Verneuil avait eu soin d'appliquer la bande d'Esmark pour vider, autant que possible, de sang, la cuisse à enlever. N'y aurait-il pas moyen d'aller plus loin encore dans cette voie? Joseph Bell (d'Edimbourg) l'a essayé. Il a placé, avant l'opération, sur la racine de l'autre membre, une ligature peu serrée qui, mettant obstacle au retour du sang veineux, avait pour effet de garder en réserve dans ce membre une quantité assez considérable du liquide nourricier. Cette précaution peut être bonne.

L'application de la bande d'Esmark a dû contribuer au succès de M. Verneuil plus que le pansement de Lister. Car Lister lui-même, avec l'application du traitement antiseptique, n'a obtenu que des résultats assez médiocres. Il a pratiqué cinq opérations de 1869 à 1873, et il n'a eu qu'un seul succès. M. Le Fort aurait donc soin d'appliquer la bande d'Esmark s'il se trouvait avoir à pratiquer la désarticulation de la hanche. Avec cette précaution, et en ayant soin d'arriver sur l'articulation par une incision pratiquée un peu en arrière, dans une région où il existe peu de vaisseaux importants, puis, une fois la tête du fémur détachée, de tailler seulement alors le lambeau antérieur, en y comprenant, et peut-être même en y liant d'avance l'artère fémorale, l'orateur pense qu'il serait facile d'éviter une perte de sang trop considérable. Il n'insiste pas. L'objet de son discours est surtout d'aborder les grandes questions générales qui ont été soulevées dans ce débat: 1° celle de la réunion immédiate des plaies d'amputation; 2° celle des divers modes de pansement; 3° celle de l'influence des milieux.

M. Verneuil est un des rares adversaires de la réunion immédiate, laquelle, inaugurée en France par Ravaton et Ledrain, fut adoptée comme méthode générale par Sharp, Benj. Bell, Alauson (de Liverpool), Desault, Dupuytren, Pelletan, Roux, etc. La méthode de Lister elle-même a séduit principalement par les belles réunions qu'elle permet d'obtenir.

Les avantages de la réunion immédiate des bords de la plaie sont évidents. Elle diminue la durée de la suppuration, et parfois même la réduit à rien. Ses inconvénients sont que le pus peut être retenu dans la profondeur, s'y accumuler, former des abcès, etc. M. Verneuil a dit que le succès était tout à fait exceptionnel, que, le plus souvent, les tentatives en étaient malheureuses.

Mais les résultats varient avec les méthodes que l'on emploie pour arriver à la réunion primitive. Pour l'obtenir, il faut un rapprochement externe des surfaces saignantes; une couche de sang peut suffire pour empêcher leur adhésion, une exsudation trop abondante de lymphe ou de plasma empêcherait aussi la cicatrisation, il faut que la couche de lymphe plastique interposée entre les surfaces soit très-mince. Si la totalité de la plaie a été réunie, il y a à craindre que la totalité du liquide exsudé étant retenue, écarte les lambeaux et provoque un travail de suppuration. Il faut que le rapprochement porte non-seulement sur la surface, mais sur la profondeur; il faut y joindre un certain degré de compression.

M. Azam atteint ce double résultat par des sutures qu'il appelle profondes et que M. Le Fort nommerait plutôt intermédiaires, car elles n'atteignent pas le fond de la plaie. Il a obtenu par ce procédé des résultats très-satisfaisants, qu'il a fait connaître l'année dernière, et qui n'ont rien d'étonnant, car en cherchant la réunion profonde, il se rapprochait du procédé préconisé par M. Le Fort. Certaines indications dominent toute cette question. La première de toutes est d'empêcher l'infection purulente; on doit aussi se préoccuper d'amener le plus vite possible la cicatrisation des parties molles et des os. Peut-on souder directement, par première intention, les parties molles à l'os, Azam ne le croyait pas en 1874, mais d'autres que lui y sont arrivés, et il n'est pas même nécessaire pour cela de réserver un lambeau du périoste. Ce qui est indispensable, c'est de mettre les parties profondes de la plaie en contact parfait au moyen de la compression. Du reste, cette compression réussit parfaitement aussi à M. Le Fort en cas d'abcès.

L'orateur en arrive maintenant au point capital, qui est de savoir quelle est la valeur des modes de pansements de MM. Jules Guérin, Alphonse Guérin, Lister, etc., et ce qu'il faut penser de la théorie des germes.

L'histoire des pansements porte toujours la trace des idées que l'on s'était faites en physiologie. Ainsi l'on se préoccupa de modérer l'inflammation, qu'on regardait comme dangereuse pour le travail cicatriciel, et on songea à employer l'eau froide (Lamorier, 1732; Lombard, 1785), l'irrigation continua (Josse, d'Amiens 1832), ou même la glace (Baudens). On employa également la chaleur dans le même but, encouragé que l'on était par les résultats obtenus par Larrey en Égypte et par cette remarque d'Ambroise Paré que « beaucoup de blessés meurent en hiver de petites plaies, qui ne mourraient pas de plus grandes en été. »

Puis est venue la vogue de la méthode sous-cutanée, préconisée et vulgarisée par M. Jules Guérin. On a voulu mettre les plaies faites à ciel ouvert dans des conditions analogues. En 1844, Laugier a essayé de les recouvrir de baudruche, Chassaignac, de diachylon, etc.

Ils n'ont pas réussi et ne pouvaient pas réussir. Au fond la théorie sous-cutanée est celle de la réunion immédiate. M. Jules Guérin dira lui-même quels résultats il a obtenus par ce qu'il nomme *l'aspiration pneumatique*. M. Maisonneuve a publié des chiffres fort encourageants. Il a eu six succès sur sept amputations de cuisse ainsi traitées. Mais, il ne faut pas s'y tromper, l'aspiration n'est qu'apparente dans cet appareil, et en réalité on peut dire qu'il n'y a pas de pansement.

La connaissance des inconvénients de l'infection a donné naissance à un grand nombre de méthodes : galvano-caustique, écrasement, emploi de l'alcool, soit comme excitant (A. Paré, Dirouis; La Faye, Petit, Lestorquay, Panas, etc), soit comme coagulant (Bataille 1852), emploi des caustiques (Bourgade, Demarquay, Gosselin.) En même temps on avait recours à des topiques désinfectants, sulfates de fer, chlorures de chaux, etc., acides thymique et engénique, coaltar mélangé de plâtre ou émulsionné, acide phénique. Avec ces dernières substances paraissait une théorie nouvelles, dont la base a été fournie par M. Pasteur, celle des antiseptiques : c'est cette théorie et la méthode qui en découle qu'il s'agit aujourd'hui d'apprécier au point de vue clinique.

La théorie de M. Pasteur peut être très-vraie en ce qui touche la putréfaction : il est possible que celle-ci doive toujours son origine à des germes particuliers venus du dehors. Mais c'est la compromettre que la transporter sur le terrain de la pathologie, comme l'ont fait MM. Jules Guérin et Lister, se rencontrant avec Raspail, etc., etc., attribuant, comme eux, des complications telles que l'infection purulente à des germes venus du dehors, et proclamant leur *extériorité* pour ainsi dire.

Mais, comment expliquer dans cette théorie pourquoi les plaies de certains tissus sont plutôt suivies d'infection purulente? pourquoi cette infection purulente se produit-elle dans la phlébite sans plaie? pourquoi est-elle bien plus fréquente chez les vieillards que chez les enfants à la suite des mêmes opérations? pourquoi on trouve tant de différence, à ce point de vue, entre les grands et petits hôpitaux, les villes et les campagnes, etc.

MM. Lister et Alph. Guérin s'accordent pour faire jouer un très-grand rôle aux germes; mais ils diffèrent sur plus d'un point. Tandis que Lister leur attribue la suppuration elle-même, M. Alph. Guérin, acceptant la suppuration comme en étant indépendante, ne les accuse que de provoquer la putréfaction du pus une fois formé.

Le pansement ouaté a pour but de filtrer l'air et de mettre obstacle à la pénétration des vibrions ; mais, sous ce pansement, MM. Verneuil, Nepveu, Bergeron, Gosselin ont constaté la présence des vibrions ; et ces vibrions n'ont vraiment pas l'influence qu'on leur suppose; ils rendent le pus irritant pour la peau; mais ils n'empêchent pas la guérison.

Le pansement ouaté a quelques avantages : il diminue la douleur, la suppuration, produit une compression utile, garantit des chocs, etc. Il serait très-avantageux pour la chirurgie militaire. Mais on ne voit pas ce qu'on fait, et il peut se produire des fusées purulentes sans qu'on s'en doute.

La statistique publiée par M. Th. Hervey, accuse comme résultats, pour dix amputations de cuisse, six morts; pour onze amputations de jambe, six morts ; ces résultats laissent encore à désirer, mais ils sont bons relativement aux résultats antérieurs et même contemporains. D'ailleurs, plusieurs chirurgiens ont obtenu une proportion de succès plus élevée avec ce genre de pansement, mais ces succès devront s'expliquer autrement que par la théorie des germes.

Cette théorie a des partisans tels que MM. Verneuil et Panas ; mais elle a aussi des adeptes qui en font une sorte de religion. Pour eux, Lister est un prophète, l'acide phénique est quelque chose de miraculeux ; attaquer leur foi, c'est un sacrilége.

Suivant Lister, il ne peut point y avoir de pus en l'absence de germes. Si l'air est supposé théoriquement aseptique, il n'y a plus de suppuration. M. Guérin se borne à défendre la plaie contre l'abord des germes par une cuirasse de ouate. Il reste sur la défensive. Lister, au contraire, prend l'offensive : il poursuit les germes jusque sur la plaie. Tout est phéniqué, les instruments, les objets de pansement, l'opérateur, l'opéré, l'atmosphère; autant la théorie est simple, autant la pratique est compliquée.

Quels sont les résultats?

Lister a remplacé à Édimbourg un chirurgien fort habile, Syme.

Celui-ci avait pratiqué, de 1865 à 1870, 30 amputations de cuisse et 10 amputations de jambe. Les premières avaient été suivies de mort 13 fois (soit 43 pour 100), les dernières 4 fois (soit 40 pour 100). De 1870 à 1873, Lister a pratiqué 33 amputations de cuisse, il n'a eu que 9 morts (27 pour 100), 6 amputations de jambe 2 morts (33 pour 100). La différence serait donc tout à l'avantage de Lister.

Mais en Allemagne, les partisans de Lister ont été beaucoup moins heureux :

A la Charité de Berlin, Bardelebon, en 1874, a eu 5 morts sur 8 amputations de cuisse (62,5 pour 100).

A Halle, Volkmann, 10 morts sur 15 amputations de cuisse (66,6 pour 100) d'après une première statistique. Il est vrai que, d'après une dernière, lue dans le mois d'avril 1877, à un congrès de chirurgiens allemands, il aurait ensuite obtenu des résultats beaucoup plus favorables, une proportion de 12 morts seulement sur 56 amputations de cuisse (21 pour 100). Et cependant il abandonne l'acide phénique pour le remplacer par l'acide thymique.

A ce point de vue de la prophylaxie des complications, on peut dire que l'acide phénique n'empêche pas sûrement l'infection purulente et que, bien loin d'être un obstacle à l'érysipèle, il y prédispose. Ceci est reconnu par Lister.

Pourtant la méthode de Lister doit avoir quelque chose de bon, puisqu'elle donne un chiffre de succès relativement satisfaisant. Ce qu'elle a de bon, c'est qu'elle comporte une réunion immédiate.

M. Le Fort s'est demandé : 1° si la réunion tenait au meurtre des germes; 2° si la mise en scène était nécessaire.

Relativement à la première question, il faut remarquer que M. Lister fait usage de solutions d'acide phénique beaucoup plus concentrées qu'il ne serait nécessaire, s'il s'agissait uniquement de tuer les germes.

Pour tuer les germes il suffirait d'une solution au millième, tandis qu'il en emploie au quarantième, au vingtième, à 50 pour 100. L'acide phénique aussi concentré est presque caustique et il agit tant sur les chairs que sur le sang. Il provoque une contraction des petits vaisseaux, coagule l'albumine; et c'est pourquoi la réunion est magnifique. M. Le Fort a essayé d'autres substances depuis dix ans : il s'est servi du sulfate de zinc et du sulfate d'alumine neutre. Les résultats sont tout aussi satisfaisants, bien qu'après, il fasse un pansement ordinaire. On peut sans doute lui objecter qu'il tue également les germes par ces substances. Soit : mais il les tue simplement, sans embarras, sans mise en scène, sans machines compliquées.

D'ailleurs il ne croit pas aux germes : et il a pour cela d'excellentes raisons.

Voici ce qu'apprennent les statistiques. Billroth (de Zurich), en se précautionnant le plus possible contre les germes, aurait obtenu les résultats suivants, de 1860 à 1867 :

Sur	28	amputations de cuisse	23	morts	(82 pour 100).
—	34	— de jambe	19	—	(56 pour 100).
—	15	— de bras	8	—	(53 pour 100).
—	23	— avant-bras	4	—	(17 pour 100).
Total	100	—	54	—	(54 pour 100).

En 1867, Rose lui succède. Lui, il ne croit pas à la méthode antiseptique, il laisse ses plaies, pour ainsi dire, ouvertes à tous les germes de la Suisse.

Sur	25	amputations de cuisse, il a	7	morts	(28 pour 100).
—	10	— de jambe,	1	—	(10 pour 100).
—	13	— de bras,	2	—	(15 pour 100).
—	10	— d'avant-bras,	0	—	0
Total	58		10		17,2

Ainsi, la mortalité se trouve diminuée de moitié, alors que Rose ne prend aucune précaution contre les germes.

En conséquence, M. Le Fort repousse la théorie de l'extériorité *constante* de l'infection purulente.

Aucun pansement ne peut empêcher *toujours* l'infection purulente. Il faut tenir un grand compte de l'état général, de l'alimentation, de l'influence d'un air salubre, etc.

L'heure étant déjà très-avancée, M. Le Fort remet la suite de son discours à la prochaine séance.

M. PASTEUR demande à dire quelques mots tout de suite. (Voir le Premier-Paris.)

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 23. — SAMEDI 23 FÉVRIER 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 23 FÉVRIER 1878. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius ou péri-vésical.

Il existe entre la paroi antérieure de l'abdomen et le péritoine un espace limité : antérieurement, par les muscles droits; en arrière, par le péritoine et le *fascia transversalis* adossés; en haut, par les replis de Douglas; en bas, par le sommet de la vessie, supposée à l'état de vacuité, et latéralement par les arcades des replis de Douglas. Cet espace, auquel on a donné le nom de cavité prépéritonéale ou de cavité de Retzius, peut être le siége de plusieurs états pathologiques, et particulièrement de phlegmons, soit primitifs ou d'emblée, soit consécutifs et liés à des états congestifs ou inflammatoires des organes contenus dans l'abdomen ou le petit bassin, et qui présentent, dans tous les cas, des caractères spéciaux.

C'est à l'étude et à la description de ces phlegmons que M. le docteur J.-M. Castanedo y Campos a consacré sa dissertation inaugurale, qui constitue une véritable monographie, dont il nous a paru intéressant de faire connaître les principales conclusions.

Avant d'en faire connaître les caractères généraux déduits du rapprochement des quelques faits que l'auteur a pu réunir, nous résumerons l'observation qu'il a recueillie dans le service de M. Guyon à l'hôpital Necker, et qui lui a inspiré l'idée première de cette étude.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, d'une constitution robuste, n'ayant eu d'autre maladie jusque-là qu'une blennorrhagie très-intense, de laquelle il avait parfaitement guéri, deux ans auparavant, avait senti, un mois avant l'éclosion de la maladie, que nous allons décrire, des nausées le matin en se réveillant, des renvois fréquents, céphalalgie et mauvaise bouche.

Le 21 juin 1877, après un dîner copieux, pendant lequel il avait bu beaucoup de kirsch, il fut pris, dans la nuit, de vomissements abondants.

Le 22, céphalalgie, anorexie et envie de vomir.

Le 23, dans l'après-midi, il ressentit tout à coup comme un poids qui lui tombait dans le ventre; il fut pris en même temps de coliques intenses, qui l'obligèrent à se coucher; la respiration était devenue difficile.

Le 24, persistance des coliques avec constipation. Un lavement purgatif combat la constipation, mais les coliques redoublent; elles sont calmées un peu par un lavement laudanisé.

Le 25, continuation des symptômes précédents, auxquels vient s'ajouter une rétention d'urine avec de la cystite. L'hypogastre devient le siége d'une tumeur dure, à convexité supérieure, située un peu à gauche de la ligne médiane, sur le pubis.

Pendant les huit jours suivants, peu d'amélioration; c'est alors que le malade se présente à l'hôpital Necker, où il entre, le 4 juillet, dans le service de M. Guyon, pouvant à peine se tenir debout et accusant une vive douleur dans le ventre et de la fièvre. La rétention d'urine persiste; le toucher rectal fait reconnaître une tumeur dure, coiffant la vessie, assez semblable par son volume à une tête de fœtus; la prostate paraît en bon état. La sonde ne fait constater rien d'insolite, elle amène une petite quantité d'urine, sans que la tumeur diminue en rien de volume. M. Guyon diagnostique un phlegmon péri-vésical, et prescrit le repos absolu, des cataplasmes de farine de lin renouvelés toutes les heures.

Le 5, mêmes symptômes, abattement général; les vomissements recommencent, très-abondants, fréquents et d'une amertume extrême, d'une couleur rappelant celle des matières fécales. Diarrhée abondante et d'une très-grande fétidité. Un peu d'amélioration survient dans l'après-midi, mais le soir, les vomissements se reproduisent, sommeil agité, cauchemar dans la nuit. On constate des signes de péritonite, les cataplasmes sont remplacés par des applications de glace sur le ventre, *loco dolenti;* boissons glacées.

Le 6, la glace a opéré un grand changement. On prescrit quinze sangsues sur le côté opposé à la tumeur, qui saignent abondamment. Après la chute des sangsues on applique, sur la région malade, des cataplasmes de *fucus crispus*. Mieux sensible; cessation de la rétention d'urine et de la cystite; persistance de la diarrhée, ténesme rectal, cessation des vomissements. Sommeil calme pendant la deuxième moitié environ de la nuit, dont la première moitié a été un peu agitée.

Le 7, on applique un vésicatoire sur la tumeur, laissé en

place seulement pendant trois heures, à titre de rubéfiant.

Le 8, amélioration sensible, la diarrhée a cessé.

Le 10, le malade va de mieux en mieux, il commence à manger, les nuits sont calmes. On applique encore un dernier vésicatoire sur le siége de la tumeur.

Le 13, on constate, par le toucher rectal, une diminution de la tumeur des deux tiers; l'abdomen est revenu presque à son volume normal.

A dater de cette époque, l'amélioration va croissant jusqu'au rétablissement complet qui est effectué en trois semaines environ.

Chez ce malade, ainsi que chez plusieurs autres, il a été impossible de déterminer la cause de la phlegmasie du tissu cellulaire pré ou péri-vésical, si ce n'est l'indigestion qui n'a été évidemment qu'une circonstance occasionnelle, et la maladie spontanée s'est terminée par résolution. Mais, dans d'autres observations que rapporte M. Castanedo y Campos, recueillies soit dans le service de M. Guyon, soit dans ceux de M. Constantin Paul ou de M. Dujardin-Beaumetz, la phlegmasie avait eu pour cause ou pour point de départ, soit une inflammation du tissu prostatique, soit pour antécédent une fièvre typhoïde ou un trouble de la menstruation.

Les signes de cette affection sont, au début, ceux d'une rétention d'urine ou exceptionnellement ceux d'une obstruction intestinale, s'accompagnant d'une douleur à la région hypogastrique qui irradie sous forme de coliques. Peu après, apparaît la tumeur hypogastrique médiane; l'urèthre reste perméable, et l'évacuation de l'urine ne change en rien le volume de la tumeur. Les troubles fonctionnels consistent, du côté de la vessie, en dysurie, anurie; l'urine est normale; du côté du rectum, constipation ou diarrhée. Les symptômes généraux sont la fièvre, des vomissements, des frissons,

La marche varie un peu quant à la durée et quant aux symptômes du début. La terminaison peut se faire par résolution, par induration ou par suppuration. L'ouverture de l'abcès peut se faire du côté de la peau, dans un organe creux voisin ou dans la cavité du péritoine. Dans la seule autopsie qui ait été faite, le phlegmon suppuré s'était ouvert dans la cavité péritonéale et avait déterminé une péritonite mortelle, une destruction partielle des muscles droits de l'abdomen à la partie inférieure. Dans d'autres cas, le pus s'est fait jour à travers les parois du rectum ou à travers la peau. Il est aisé de conclure de ces faits à la gravité du pronostic.

Le traitement de la tumeur, lorsqu'elle est dans la période inflammatoire, sera le même que celui des autres phlegmons : repos, diète, émollients, etc.

Lorsque la fluctuation a été reconnue, on devra se hâter d'ouvrir la tumeur; s'il existe d'autres collections purulentes qui communiquent avec elle, il faudra pratiquer des contre-ouvertures.

Enfin, il ne faut jamais oublier qu'il est possible d'obtenir la résolution ou l'induration, et par conséquent on devra insister sur le traitement du début.

De la diarrhée de Cochinchine. — Traitement et prophylaxie.

Dans une communication faite à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, création récente dont nous aurons plus d'une fois l'occasion d'entretenir nos lecteurs, M. le docteur Dounon, médecin de la marine en déposant sur le bureau plusieurs mémoires relatifs à la diarrhée de Cochinchine, les uns à son traitement, les autres à l'étiologie et à la prophylaxie de cette affection, a présenté de vive voix quelques considérations intéressantes sous ce dernier point de vue en particulier. Nous les exposerons brièvement tout à l'heure, mais il nous a paru qu'il ne serait pas sans quelque utilité, d'abord, de parler d'un mode de traitement qui paraît lui avoir donné de bons résultats dans la forme chronique de cette affection et de quelques autres analogues.

Traitement de la diarrhée et des affections parasitaires du tube digestif par la chlorodyne.

M. Dounon admet dans la diarrhée de Cochinchine trois degrés, dont le premier et le deuxième sont trop connus pour qu'il ait cru devoir s'y arrêter. D'ailleurs ce n'est ni pendant les périodes d'acuité, ni dans la période chronique ultime que se place l'administration du moyen que préconise particulièrement notre confrère, mais dans cette période moyenne de la maladie, qui est comme le passage de l'état aigu à l'état chronique, ou après la période dysentérique, qui a fait place à la diarrhée simple, les anguillules, ces parasites qui sont la cause première de la maladie et la condition de sa persistance, cessent d'être fixés d'une manière intime à la membrane muqueuse et deviennent beaucoup plus facilement attaquables par le médicament qui fait à leur égard l'office d'un véritable poison. Le traitement de M. Dounon consiste dans l'administration de la chlorodyne, aidée par un régime alimentaire spécial.

Indiquons d'abord la composition du médicament, sa formule et son mode de préparation.

La formule est la suivante :

Chloroforme.	20	grammes.
Éther sulfurique.	15	—
Acide perchlorique à 23° Baumé.	20	—
Teinture de cannabis indica.	7.50	—
Teinture de capsicum annuum.	15	—
Chlorhydrate de morphine.	7.50	—
Acide cyanhydrique au 24e.	6	—
Huile essentielle de menthe poivrée. . .	7.50	—
Mélasse pure.	400	—

On met le chlorhydrate de morphine dans un mortier, on le triture pour le réduire complétement en poussière: on verse de l'eau distillée en quantité suffisante pour le dissoudre. Le soluté ainsi obtenu est filtré. On ajoute ensuite tous les autres composants dans l'ordre suivant : acide perchlorique, teinture de cannabis et de capsicum, acide cyanhydrique, huile essentielle de menthe, chloroforme, éther, puis la mélasse. Pendant tout le temps de l'opération, on agite vivement le pilon. Dès que le mélange est bien fait, on verse dans un flacon bouché à l'émeri.

La chlorodyne ainsi préparée est administrée pendant une vingtaine de jours, de la manière suivante :

Pendant une première période de huit jours, M. Dounon fait prendre, à sept heures du matin, une assiettée de crème de riz; à neuf heures, la chlorodyne à la dose de 8 gouttes versées dans un verre à fond plat contenant environ 50 grammes d'eau pure; on agite fortement pour que le mélange soit parfait et on avale d'un trait; à onze heures, le malade prend une nouvelle assiettée de crème de riz, 125 gr. de jus de viande, deux cuillerées de confiture (gelée de coing); à deux heures de l'après-midi, chlorodyne à la même dose qu'à neuf heures; à six heures, même repas qu'à onze

heures. Dans la journée, si le malade a soif, il pourra prendre de la tisane de riz gommée et sucrée, tiède.

Pendant une deuxième période qui dure une douzaine de jours, le régime et les doses de chlorodyne sont réglés comme il suit :

Du neuvième au douzième jour, repas composés des mêmes aliments et aux mêmes heures, sept heures, onze heures du matin et six heures du soir : chlorodyne à neuf heures du matin et à deux heures de l'après-midi, à la dose de 6 gouttes chaque fois.

Du douzième au vingtième jour, la dose de la chlorodyne sera réduite à 4 gouttes matin et soir, aux mêmes heures que précédemment. Le régime sera : du douzième au quinzième jour, trois potages au jus de viande et un œuf à la coque à chaque repas.

Du quinzième au dix-huitième jour, trois potages, deux œufs à chaque repas, poisson, eau vineuse.

Du dix-huitième au vingtième jour, trois potages, œufs, viande rouge grillée et coupée en petits morceaux, eau vineuse.

A partir du vingtième jour, les malades peuvent prendre du pain et des aliments solides, mais ils devront éviter encore les aliments gras et choisir de préférence les viandes blanches, le poisson, les viandes rouges rôties, les œufs, etc. Le vin à partir de ce moment sera utile. Le fer, le simarouba, la décoction de quinquina rendront aussi alors de grands services contre l'anémie qui persiste après la cessation de la diarrhée.

Les malades devront, en outre, se prémunir contre les vicissitudes atmosphériques et éviter toutes les causes de fatigues. Après trois ou quatre semaines de ces précautions, ils pourront reprendre leur manière de vivre habituelle.

Ce mode de traitement, appliqué avec un complet succès à plusieurs malades, met sûrement aussi, affirme M. Dounon, à l'abri de toute chance de récidive.

Suppression de la dysenterie par l'ébullition de l'eau.

Guérir une maladie est bien, c'est le but de la thérapeutique, la supprimer est encore mieux, c'est le fait de l'hygiène et de la prophylaxie. Nous venons de voir le moyen de guérir la diarrhée de Cochinchine qui a une gravité et une persistance toute particulière. Voici un moyen de la supprimer, que nous devons au même médecin.

La diarrhée de Cochinchine, ainsi que nous l'ont appris les médecins de la marine, est occasionnée par la pénétration, dans le tube digestif, d'un grand nombre d'animalcules qui sont munis d'appareils variés de succion ou de préhension (*anguillula stercoralis* et *dysenterica*, ankylostome dysentérique, linguatules, oxyures, tricocéphales et variétés d'acares). Ces animaux en se fixant sur la muqueuse, déterminent une irritation de cette membrane qui se traduit par la dysenterie. Dans la persuasion que ces animalcules proviennent de l'eau que l'on boit en Cochinchine, où ils arrivent des rizières et des marais qui couvrent le sol pendant une partie de l'année, ce dont on a la preuve dans ce fait que toutes les personnes qui boivent, en Cochinchine, de l'eau du fleuve, pure ou simplement filtrée, sont atteintes, à des époques variables, de dysenterie, tandis que celles qui purifient cette eau par un procédé quelconque ou évitent de boire, présentent une immunité absolue, M. Dounon a proposé de substituer soit à l'usage de l'eau aiguisée d'alun, qui avait été précédemment prescrit avec avantage aux troupes, soit à l'usage du thé si commun dans ce pays, mais qui ne laissent pas l'un et l'autre que de devenir coûteux, quand il s'agit de quantités relativement considérables, l'usage beaucoup plus simple de l'eau préalablement soumise à l'ébullition.

Voici en quoi consiste le procédé que recommande M. Dounon. On fera bouillir de l'eau du fleuve dans un récipient quelconque, on couvrira ce répicient et on laissera refroidir. L'ébullition n'a pas besoin d'être prolongée au-delà de quelques minutes; il suffit qu'elle ait été complète. Cette eau servira pour toutes les boissons, à table pour couper le vin, dans la journée pour boire pure ou pour diluer les liqueurs alcooliques ou autres que l'on prend habituellement. On l'emploiera pour préparer les remèdes, les potions, la bière, la limonade, bref, dans tous les cas où l'eau est destinée à être ingérée, sans avoir préalablement subi l'ébullition.

L'eau filtrée du fleuve et non bouillie, sera exclusivement réservée pour la préparation des aliments qui, pour être cuits, doivent subir l'ébullition.

Dans les familles, une simple marmite suffira pour cette opération. On fera bouillir l'eau le matin, de façon à en avoir pour la consommation de la journée.

Les célibataires, officiers, employés, se serviront de la cafetière munie d'une cavité circulaire où l'on verse l'alcool, dépourvue du filtre et du récipient intérieur. Trois ou quatre minutes suffisent pour obtenir l'ébullition de l'eau.

Dans les casernes, les hôpitaux, les établissements publics, on devra avoir un récipient beaucoup plus grand, et des appareils munis d'un robinet à leur partie inférieure.

M. Dounon juge la filtration préalable de l'eau inutile ou tout au moins non indispensable, les matières terreuses que contient l'eau ne pouvant être nuisibles.

L'eau, ainsi bouillie, n'a pas de goût désagréable, elle est seulement un peu fade. L'ébullition étant peu prolongée ne lui fait perdre qu'une partie de son air, et elle le récupère en se refroidissant; quant aux sels, ils doivent être précipités en partie, par suite de l'expulsion de l'acide carbonique qui les tenait en dissolution.

Le même procédé de préservation pourrait, suivant M. Dounon, être employé avec les mêmes chances de réussite, contre toutes les diarrhées qui sont dues à la présence dans le tube digestif, de parasites ingérés par l'eau. Ainsi la diarrhée d'Afrique qui est causée par la pénétration d'un strongle que M. Dounon lui-même a décrit; celle de la Guadeloupe, où M. Chauvin, également médecin de la marine, a reconnu la présence d'anguillules, pourraient être sûrement prévenues par l'ébullition de l'eau. Il en sera de même pour beaucoup de diarrhées des colonies que des études ultérieures viendront sans doute ranger dans la famille des parasitaires du tube digestif.

Modification au procédé opératoire de Dupuytren, pour l'ongle incarné.

Dans le numéro du 2 février dernier, nous avons rapporté l'observation d'une malade atteinte d'ongle incarné et opérée par M. Sorbets (d'Aire), d'après le procédé du docteur Long, ancien chirurgien de l'hôpital de Toulon, aidé de l'anesthésie locale au moyen d'un mélange réfrigérant. M. le docteur Kobryner, de Castelsarrasin, nous écrit à cette occasion, pour nous faire savoir qu'il a employé, avec un égal succès, dans deux cas d'ongle incarné, un procédé qui n'est autre que celui de Dupuytren, à peine modifié et aidé d'applications émollientes.

Pendant quatre jours consécutifs, dit-il, j'ai fait appliquer

sur l'orteil malade, des cataplasmes émollients; puis, après avoir séparé la peau qui recouvre la racine de l'ongle, j'ai fait glisser sous le bord libre et jusqu'à la racine, en soulevant l'ongle dans toute son étendue, non des ciseaux dont la pointe fait trop souffrir, mais une spatule à bord un peu émoussé (premier temps). Puis, avec de petits ciseaux de couturière, afin de ne pas trop relever l'ongle et enfoncer son bord encore adhérent dans les chairs fongueuses, je l'ai fendu en deux moitiés (deuxième temps), et, saisissant chacune d'elles avec des pinces à dissection, je l'ai arrachée vivement.

Le temps préparatoire, consistant en applications émollientes et ayant eu pour effet d'assouplir entièrement la peau et l'ongle, a rendu l'opération facile et expéditive, sans causer de grandes douleurs aux malades.

L'écoulement de sang a été à peine sensible. Joint du reste aux applications émollientes antérieures, cet écoulement préservait plus efficacement encore l'orteil opéré d'une inflammation consécutive. Quant à la guérison, elle ne s'est fait guère attendre : elle a été complète le quatrième jour chez la première et le cinquième chez la seconde.

La communication de notre confrère de Castelsarrasin ne modifie en rien les réflexions que nous avons présentées à l'occasion du fait de M. Sorbets, et que nous maintenons.

Dr BROCHIN.

HÉMATOCÈLE SPONTANÉE DE LA TUNIQUE VAGINALE

COMPLIQUÉE D'UNE HÉMATOCÈLE EXTRA-VAGINALE (AUTREMENT DIT : PARIÉTALE) PAR SUITE D'UNE PONCTION FAITE AVEC LE TROCART; CASTRATION; GUÉRISON (1).

Par le docteur Th. THIBAULT (de Nantes).

II

A l'entrée de P... à l'hôpital, le 3 avril, je fus frappé du changement qui s'était opéré dans la consistance de sa tumeur. Au lieu d'être ferme comme le jour de mon premier examen, elle m'offrit un ramollissement très-marqué à sa partie antérieure. La peau était tellement amincie en ce point, qu'elle menaçait de se perforer très-prochainement. De plus, en percutant légèrement la tumeur, ou en imprimant à la masse un mouvement assez borné, je produisais une fluctuation des plus manifestes. Il me semblait même voir le liquide se déplacer dans l'intérieur de la poche. Pour m'assurer de la nature de son contenu, je fis une ponction avec le trocart explorateur. Il ne sortit point de liquide par la canule, mais quand je retirai celle-ci il s'écoula, à l'ouverture faite par l'instrument, une à deux gouttes d'un liquide épais, ayant la couleur et la consistance du chocolat. En promenant la canule dans l'intérieur de cette vaste poche, j'avais pu constater que la cavité était parfaitement libre dans toute son étendue, qu'elle n'était divisée par aucune bride, aucune cloison. Mais, arrivé au fond de cette cavité, j'avais senti un corps dur qui était séparé de la paroi postérieure de la tumeur par un intervalle assez considérable.

Je fus, je le répète, fort surpris de ce changement d'aspect de la tumeur. Je ne savais à quoi attribuer son ramollissement si subit et si considérable. Néanmoins, la nécessité d'ouvrir ce large foyer me paraissant des plus urgentes, je me décidai à opérer. Je craignais, en effet, qu'un retard de quelques jours n'eût donné le temps à la tumeur de s'ouvrir spontanément, ce qui aurait, à coup sûr, entraîné des accidents plus graves que l'ouverture faite avec le bistouri. Aussi, dès le lendemain 4 avril, assisté de mes honorables confrères les docteurs Riou et Neveu-Dérotrie, j'ouvris largement la tumeur à sa partie moyenne par une incision faite avec le bistouri. Il s'écoula sur le champ une grande quantité de liquide noirâtre, grumeleux, dont la couleur et la consistance se rapprochaient beaucoup de celles d'un chocolat un peu épais. La tumeur ne disparut point complétement après l'écoulement de ce liquide. Elle conserva encore un volume assez considérable à la partie postérieure du scrotum. Ayant plongé l'indicateur au fond de la cavité qui venait de se vider à la suite de l'incision, je sentis une tumeur dure, à parois épaisses et résistantes, adhérant de toutes parts, excepté en avant, aux enveloppes sous-cutanées du testicule. En pressant un peu fortement sur elle, j'en fis sourdre un liquide semblable à celui qui était sorti de la première poche. Un examen plus attentif me permit de découvrir à sa partie antéro-inférieure une ouverture capable de recevoir le bout du petit doigt. C'est par là que s'échappait ce nouveau liquide quand on pressait sur cette seconde poche. Les parois de celle-ci contrastaient par leur épaisseur considérable avec celles du premier foyer, qui étaient, au contraire, très-minces.

Je compris dès lors que là était l'hématocèle véritable, c'est-à-dire l'hématocèle de la tunique vaginale; l'autre n'étant qu'une hématocèle extérieure à cette cavité séreuse, et produite, selon toute apparence, par l'épanchement dans les enveloppes testiculaires du liquide contenu dans la tunique vaginale. L'existence de la perforation que j'avais constatée à la paroi antérieure de la seconde tumeur faisait aisément comprendre comment cet épanchement avait pu se produire.

J'évacuai tout le liquide que contenait cette seconde poche. Comme la première, elle ne renfermait ni caillots sanguins ni grumeaux fibrineux. La quantité totale du liquide pouvait être évaluée à deux litres environ.

Restait à déterminer le moyen d'achever l'opération. Il s'agissait d'une hématocèle spontanée de la tunique vaginale, fort ancienne à en juger par l'épaisseur considérable de ses parois, et d'un volume tel qu'on aurait pu loger les deux poings dans sa cavité. J'avais, en pareil cas, à opter entre divers procédés : *inciser* largement les parois de cette vaste poche, ou bien en opérer l'*excision*; pratiquer la *décortication* de la fausse membrane suivant la méthode de M. Gosselin, ou bien faire la *castration*. Quant au *séton* préconisé par M. Velpeau, ou au *drainage* de M. Chassaignac, il n'y avait évidemment plus à y penser.

Redoutant les accidents si graves que tous les chirurgiens ont signalés après l'incision et l'excision, opérations qui d'ailleurs ne sont presque jamais suivies de succès; craignant, d'autre part, de ne pouvoir mener à bonne fin l'opération de la décortication qui, dans une hématocèle aussi ancienne et présentant des adhérences aussi intimes, devait être extrêmement difficile, peut-être même impossible, je me décidai pour la castration, qui semblait d'une exécution plus sûre et plus prompte, et qui a toujours donné des résultats beaucoup plus avantageux. Les inconvénients inhérents à cette opération paraîtront d'ailleurs moins graves aujourd'hui que l'on sait, par les travaux de M. Gosselin lui-même, que l'anémie testiculaire et la suppression des spermatozoïdes sont la conséquence habituelle de l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale. De plus, dans le cas qui nous occupe, le malade était déjà âgé, et il devait conserver encore le testicule droit.

Ma détermination prise, je me mis en devoir de séparer la tumeur des enveloppes testiculaires avec lesquelles elle avait contracté de très-fortes adhérences en bas et en arrière. Je divisai celles-ci tantôt avec le bistouri, tantôt avec les doigts, et quand la tumeur fut bien isolée, je me disposai à pratiquer la section du cordon spermatique. Comme il était englobé dans la masse, je ne pus opérer sa séparation qu'en haut, et tout près de l'anneau inguinal externe. Je le divisai couche par couche, afin de lier les artères au fur et à mesure qu'elles se présentaient; mais l'ayant incisé dans sa presque totalité, et n'ayant vu aucun vaisseau que je pusse lier, je ne voulus point achever sa section dans la crainte qu'il ne m'échappât. Je préférai faire la ligature en masse. J'ai tout lieu de croire que le fil a été assez fortement serré, car l'opéré a poussé un cri perçant au moment de la striction. J'achevai la dissection de la tumeur, et je l'enlevai. Mais quelle ne fut pas ma surprise quand, en examinant le fond de la plaie, j'aperçus le fil de la ligature qui y était tombé. En même temps, une certaine quantité de sang s'écoulait dans la plaie. Je cherchai immédiatement à saisir le cordon, qui

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 février.

s'était rétracté dans le canal inguinal, mais il me fut impossible de le saisir. Pour arrêter l'hémorrhagie qui commençait à se produire, je m'empressai d'établir une compression avec mes doigts et ceux d'un aide sur le trajet inguinal; puis j'envoyai chercher un bandage herniaire, que j'appliquai de manière à ce que la pelote reposât exactement sur toute l'étendue du canal inguinal. Je procédai ensuite au pansement en remplissant la cavité de boulettes de charpie sèche, que je maintins en place à l'aide de compresses et d'un bandage en T.

Examen de la pièce pathologique (1). — Cette tumeur représente une vaste poche dont les parois, fermes et résistantes, ont la consistance épaisse du fibro-cartilage. En la fendant dans toute sa longueur, on peut mesurer l'étendue de sa cavité, assez considérable pour admettre les deux poings. Sa face interne est noirâtre, comme le liquide qu'elle contenait et qui a déteint sur elle. Elle est rugueuse au toucher et comme chagrinée. La surface de section des parois présente une coloration jaunâtre comme celle des tissus fibro-cartilagineux. Elle mesure 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Les parois sont formées par trois feuillets : en procédant de dedans en dehors, on trouve un premier feuillet, assez ferme et de 1 millimètre d'épaisseur. On peut le décoller assez facilement, par certains endroits avec le manche du scalpel, du second feuillet auquel il est adossé. Mais dans d'autres, l'adhérence est tellement intime, qu'on ne peut parvenir à l'en séparer, même en opérant une forte traction avec les doigts, et l'on dirait que les deux feuillets n'en font qu'un. Ce premier feuillet, qui forme la paroi interne de la cavité, n'est autre que la *fausse membrane*, si bien décrite par M. Gosselin.

Le second feuillet, beaucoup plus épais, d'une apparence fibreuse ayant la fermeté du parchemin, est la tunique vaginale, dont les caractères anatomiques sont complétement changés. En dehors de ce feuillet, il en existe encore un autre, que l'on peut séparer du précédent. Il est formé par la tunique fibreuse commune au testicule et au cordon.

Dans l'intérieur de la poche, il n'existait ni cloisons ni prolongements pseudomembraneux.

Quels étaient les rapports du testicule avec la tumeur? Au premier abord, on ne distinguait à l'extérieur de celle-ci aucune bosselure, ni à l'intérieur aucun relief qui pût déceler la présence du testicule. Ce n'est qu'après avoir examiné dans tous les sens et avec beaucoup de soin, que je suis parvenu à découvrir une petite tumeur mollasse, à la partie supérieure et interne de la coque fibreuse, qu'en disséquant j'ai reconnu être le testicule. Il est très-adhérent à sa face externe et tellement englobé dans celle-ci qu'il est impossible de lui imprimer le moindre mouvement. Il paraît sain d'ailleurs, ainsi que l'épididyme et le canal déférent, qui n'ont pu être isolés qu'avec beaucoup de peine des parois de la tumeur.

P.., a éprouvé un peu de fatigue quelques heures après l'opération. Il a pâli; son pouls a diminué de force et de fréquence. Mais il s'est relevé dans la soirée, et à six heures il était normal.

5 avril. — La nuit a été bonne. P... ne se plaint que du bandage herniaire, dont le ressort lui comprime les reins. Je lève l'appareil à six heures, environ trente-six heures après l'opération. Aucune hémorrhagie ne s'était produite. La charpie et les linges n'étaient imbibés que par un liquide séro-sanguinolent. Je refis le même pansement que la veille, à l'exception du bandage herniaire, que je supprimai.

Tout se passa régulièrement les jours qui suivirent. L'opéré n'eut point de fièvre. L'appétit s'étant parfaitement conservé, je permis dès les premiers jours quelques potages, puis bientôt des aliments solides. Les digestions étaient très-faciles et les selles régulières. La plaie marchait également bien. Sa cavité, si considérable après l'opération, allait se rétrécissant de jour en jour. Tout semblait donc promettre une prompte guérison, lorsque, le 14 avril, c'est-à-dire dix jours après l'opération, P... se plaignit de souffrir dans le côté gauche de l'abdomen. Il attribuait cette douleur à la pression du bandage de corps. Après avoir détaché celui-ci, je remarquai dans la région ilio-inguinale gauche un gonflement très-notable. Il était superficiel et revêtait la forme d'un cordon de deux travers de doigt de largeur, s'étendant suivant la direction de l'arcade crurale. La peau ne présentait ni chaleur ni rougeur, mais à la pression on constatait une douleur assez vive.

14 avril. — Depuis hier, la tuméfaction a gagné en largeur, tout en conservant sa forme allongée. En déprimant avec la main la paroi abdominale dans sa partie latérale gauche, pour déterminer les limites du gonflement, j'ai reconnu qu'il existait un empâtement profond, dont le siége paraissait être situé dans la fosse iliaque de ce côté. P... d'ailleurs se plaint de souffrir dans cette région toutes les fois qu'il fait de profondes inspirations, qu'il tousse ou qu'il change de place dans son lit. L'appétit, de plus, est perdu, et des envies de vomir se sont montrées hier plusieurs fois. Enfin, le ventre, un peu développé, offre un certain degré de météorisme.

Prescription. — Appliquer six sangsues sur l'endroit tuméfié, et les faire saigner pendant cinq à six heures. Catasplasmes en permanence. Diète.

15 avril. — Les sangsues n'ont pas beaucoup saigné. L'effet produit est insensible. Nouvelle application de dix sangsues sur la même région. Cataplasmes. Diète.

16 avril. — Les sangsues ont beaucoup saigné cette fois. Néanmoins l'état local ne présente pas une notable amélioration. Les envies de vomir ont cessé, et P... dit moins souffrir en respirant. Le ventre est aussi développé que les jours précédents.

Prescription. — Frictions avec quatre grammes d'onguent napolitain, toutes les quatre heures. Lavement émollient. Bouillons.

17 avril. — Le relief formé sous la peau par le gonflement au niveau de l'artère crurale, est plus accusé. Il semble pointer vers l'anneau inguinal externe.

Prescription. — Dans le but d'amener l'amincissement de la peau, et l'ouverture de l'abcès, je fais appliquer de nouveau six sangsues au point culminant de la tuméfaction. L'état général de P... semblait me permettre cette nouvelle émission sanguine. Elle fut suivie d'un soulagement complet. A ma visite du soir, P... m'annonça avec joie qu'il avait éprouvé une très-grande amélioration à la suite de ses sangsues. Le gonflement avait, en effet, beaucoup diminué; il avait même complétement disparu au niveau de l'anneau inguinal, où il était le plus prononcé. En faisant le pansement, je trouvai la cause de cette amélioration : les linges, la charpie, ainsi que la plaie, étaient remplis d'un liquide épais, de couleur rougeâtre. Ce liquide provenait de la région ilio-inguinale gauche, comme il était facile de s'en assurer en pressant avec la main sur la paroi abdominale, au point précis du gonflement. Par cette pression, je faisais sortir par l'anneau inguinal externe un liquide en tout semblable à celui qui se trouvait au fond de la plaie et sur les pièces de pansement. Le gonflement décrit plus haut était donc formé par un phlegmon situé au-dessus de l'arcade crurale, et qui s'est fait jour à l'extérieur par l'orifice inférieur du canal inguinal. L'écoulement de ce liquide continua de se faire ainsi pendant trois jours, au bout desquels la tuméfaction avait presque entièrement disparu.

A partir de ce moment, l'état général du malade s'améliora d'une façon sensible. L'appétit, supprimé durant quelques jours, revint complétement. Il fallut bientôt alimenter P... et lui donner du vin.

Quant à la plaie, elle fut se rétrécissant de jour en jour; elle n'offrait plus que la largeur d'une pièce de cinquante centimes, lorsque le malade demanda sa sortie de l'hôpital, le 12 mai, c'est-à-dire trente-sept jours après l'opération. L'engorgement de la région ilio-inguinale était alors dissipé depuis longtemps, sans avoir laissé la moindre trace. La paroi abdominale était aussi souple en ce point que partout ailleurs.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de voir plusieurs fois P...; il est parfaitement guéri des suites de son opération, et il s'estime très-heureux aujourd'hui de se l'être fait pratiquer. Il a recommencé à travailler très-peu de temps après sa sortie de l'hôpital, et jusqu'à l'époque où j'ai quitté Challans (le 1er octobre 1872), il n'avait pas cessé un seul jour de le faire. Ce fait peut donc être considéré comme un cas de guérison certaine et définitive.

(1) Elle est conservée au musée de l'école de médecine de Nantes.

REVUE DE LA PRESSE

Du danger des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales. — M. Charcot avait, depuis longtemps déjà, fait remarquer l'inopportunité de l'administration des préparations opiacées dans les cas de néphrite albumineuse aiguë ou chronique. L'opium, dans ces cas, même à faible dose, occasionne très-fréquemment des phénomènes cérébraux inquiétants, et il paraît même avoir plusieurs fois provoqué l'apparition des symptômes d'urémie comateuse.

L'*opium* n'est pas le seul agent dont l'administration réclame de grandes précautions chez les individus affectés d'imperméabilité rénale. Ainsi, chez un goutteux, le *plomb*, administré à dose médicamenteuse pour arrêter une hémorrhagie, a produit une imprégnation métallique rapide avec le liséré gingival et les coliques saturnines.

Le *mercure*, d'après Garrod et Price Jones, amène plus promptement la salivation chez les goutteux que chez les autres sujets.

Le défaut de l'élimination de la térébenthine par les voies urinaires rentre dans le même ordre d'idées. (Hahn, cité par Guilbert, *Traité de la goutte*, 1820.)

M. Charcot a insisté souvent sur ce sujet. M. Bouchard a repris la question dans ces dernières années et l'a développée par d'intéressantes études.

— M. Chauvet vient, dans sa thèse, d'étudier de nouveau l'élimination de certaines substances par le rein : le sulfate de quinine apparaît dans les urines, à *l'état normal*, vingt-cinq minutes après l'injection. La durée totale de l'élimination est de trois à quatre jours. On retrouve dans les urines 1/3 ou 1/4 du sulfate ingéré. Quand le rein est altéré, la durée de l'élimination est plus variable, et la quantité éliminée ne représente plus que 1/10 à 1/50 de la substance ingérée.

Pour le bromure de potassium, deux observations concluantes établissent la présence du brome dans les urines trente ou trente-cinq jours après la suspension du médicament, tandis que, chez un sujet sain, cette élimination est terminée le vingtième jour. Même résultat pour l'iodure de potassium. Au sujet du mercure, on trouve à l'autopsie d'un brightique et saturnin, mort d'urémie à la suite de l'administration de mercure, des quantités très-appréciables de mercure et de plomb dans les reins : dans ce cas, il y a eu rétention de mercure qui a amené une intoxication mercurielle et une poussée aiguë du côté du rein, et consécutivement la rétention de l'urée et des matières excrémentitielles qui a pour résultat l'urémie.

Mêmes résultats encore pour l'acide salicylique.

M. Huchard termine son analyse en concluant que les maladies des reins rendent toxiques les médicaments actifs, administrés même à petites doses ; donc, avant d'administrer un médicament actif, il sera prudent d'examiner avec soin comment se fait la sécrétion urinaire. Enfin, l'état des reins doit être à l'avenir soigneusement noté dans toutes les expertises médico-légales relatives aux empoisonnements, puisque des homicides par imprudence peuvent être produits chez des brightiques à la suite de l'administration de l'opium. Dernièrement encore, on a noté des phénomènes d'intoxication atropique chez un individu atteint de tuberculose des organes génito-urinaires, chez lequel on avait fait de faibles instillations d'atropine pour une iritis. — (*Progr. méd.*)

Opération césarienne dans un cas de carcinome de l'utérus. — Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, affectée de carcinome de l'utérus, arrivée au dernier terme de sa septième grossesse, les six premières s'étant passées sans donner lieu au moindre accident. Les douleurs qui survinrent au moment du travail, restèrent absolument sans effet sur la dilatation du col. Le docteur Bachmann se décida à pratiquer l'opération césarienne, et il retira de l'utérus un enfant vivant et bien constitué. L'opération se fit sans encombre, mais la mère succomba quelques jours plus tard à la septicémie.

L'autopsie démontra que la tumeur avait envahi tout le petit bassin. (*Berlin, Klin, Woch.*, 1877.) — (*Gaz. méd. de Paris*).

Ovariotomie chez une femme enceinte : erreur de diagnostic. — A la Société pathologique de New-York, le docteur Mason présente un utérus provenant d'une femme chez laquelle il a pratiqué l'ovariotomie sans soupçonner qu'elle fût enceinte. En examinant cette femme qui était affligée d'une énorme tumeur ovarique, on remarqua bien que la muqueuse du vagin était congestionnée, et cette particularité avait fait soupçonner à quelques-uns de ceux qui l'avaient vue à l'hôpital, qu'elle pouvait bien être enceinte. Mais le docteur Mason avoue qu'il n'en eut même pas la pensée et qu'il attribua naturellement cette congestion à la compression exercée par la tumeur. L'utérus était situé haut dans le bassin, peu mobile, et le col n'était ni dur ni très-mou et offrait, au toucher, la sensation d'un cal érodé. La sonde utérine était arrêtée à la distance de deux ou trois quarts de pouce. L'abdomen fut ausculté à plusieurs reprises par le médecin de l'hôpital, et on ne découvrit aucun signe de grossesse.

On procéda donc à l'opération et on plongea un trocart de Spencer-Well dans une tumeur qui laissa écouler un fluide rougeâtre. En introduisant le doigt dans la plaie, le chirurgien reconnut qu'il était dans l'utérus et qu'il avait ponctionné le placenta. On sutura l'utérus avec le catgut, on élargit l'ouverture abdominale, et on découvrit le kyste, un kyste bizarre, qui enveloppait le fond de l'utérus et s'appuyait sur le diaphragme où l'on craignait qu'il n'eût contracté des adhérences intimes. On ferma soigneusement la plaie, toujours avec du catgut, et on pansa suivant la méthode de Lister. On avait d'ailleurs opéré dans un brouillard phéniqué. La patiente passa une mauvaise nuit, et, vers trois heures du matin, elle accoucha d'un fœtus de cinq à six mois. Elle mourut à midi et demi, dix-huit heures après l'opération.

— Le docteur Janeway fait remarquer à la Société qu'on a obtenu des guérisons dans des circonstances semblables. — (*Medical Record*, 1877).

Que cette remarque ne soit pas un encouragement pour les futurs opérateurs et qu'ils s'appliquent à bien reconnaître les grossesses. A leur intention, le *Médical reporter*, rappelle le signe suivant, emprunté à une leçon clinique du docteur Goodell :

Diagnostic de la grossesse : « Vous devrez adopter cette règle générale de diagnostic : lorsque le col de l'utérus vous paraîtra aussi dur que le bout de votre nez, la grossesse ne doit pas exister ; s'il vous paraît aussi mou que vos lèvres, l'utérus contient probablement un fœtus. » — (*Medical and Surgical reporter.*, 1877 et *Année médic. de Caen et du Calvados.*)

De quelques causes nouvellement signalées d'intoxication, par le docteur Bertherand. — Tout un quartier de Paris fut empoisonné, il y a cinq ou six mois, par l'inadvertance d'un boulanger qui chauffait son four avec de vieux bois de construction, peints à la céruse. Le plomb réduit à l'état métallique dans la poussière du four, se trouvait ainsi déposé sur la *croûte* du pain. Il s'était même présenté ce fait que, dans une famille empoisonnée, une seule personne, la servante, avait échappé, parce que ses maîtres ne lui laissaient que la mie.

— La *Revue allemande* a signalé les dangers de l'arsenic dans l'apprêt des tissus. Les étoffes imprimées en couleurs bleue, rose et grise, contiennent de fortes doses d'arsenic, qui vient, non des matières colorantes, mais uniquement des mordants et des substances employées pour leur apprêt.

— A la Société de médecine de Bordeaux, M. Carles a attiré l'attention sur un fait de pratique journalière : il s'agit de l'eau de goudron. On se sert, dans les ménages, pour faire de l'eau de goudron, de cruchons communs, vernissés grossièrement à l'oxyde de plomb. Or, le goudron des Landes qu'on emploie journellement contient de l'acide acétique qui, peu à peu, attaque ce vernis et le décompose : d'où l'on a trouvé du plomb dans l'eau de goudron ainsi fabriquée et l'on a pu s'expliquer les coliques de ceux qui en faisaient usage.

— On a observé des accidents graves, et même deux cas de mort, chez des personnes qui mangèrent, pendant un voyage en mer, des viandes conservées dans des boîtes de métal hermétiquement closes. La boîte avait été ouverte cinq ou six jours avant la consommation de la viande. Les recherches faites prouvèrent que les propriétés toxiques de cette viande avaient pour cause la production d'une matière vénéneuse spéciale se rattachant à une sorte de fermentation dont les matières grasses seraient le siége principal. Il a paru vraisemblable que cette matière toxique ne s'était formée que postérieurement à l'ouverture de la boîte. Il est donc prudent de ne pas ouvrir les boîtes à conserves trop longtemps avant de manger la viande qu'elles contiennent.

— Serait-il donc vrai, enfin, que les fabricants de pains à cacheter, emploient des composés minéraux toxiques (sels de plomb et de cuivre), pour obtenir ces teintes variées qu'ils obtiendraient aussi belles, mais à un prix de revient plus élevé, avec des couleurs végétales ? — (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

Mode de traitement des varices. — Le docteur Gabrielli, de la marine italienne, préconise le moyen suivant :

Appliquer sur le cordon variqueux, dans toute son étendue, une lame de plomb très-mince, dont l'épaisseur ne doit pas dépasser un millimètre, et la maintenir à l'aide d'une bande roulée ; maintenir nuit et jour pendant une dizaine de jours, à moins que le malade ne puisse tolérer la plaque pendant la journée ; dans ce cas, l'appliquer seulement pour la nuit et quand il n'est pas obligé de marcher.

La guérison serait souvent complète après dix jours d'application. — (*Courrier médical*).

Occlusion congénitale de l'intestin grêle. — Le spécimen de cette curiosité anatomique a été présenté à la *Société pathologique* de Londres, par le docteur Davies-Colley, qui l'avait recueilli chez un enfant de quatre jours. L'enfant avait, dit-on, expulsé du méconium après sa naissance. Il commença à vomir le jour suivant, et le quatrième il succombait. L'anus rétréci donnait issue à un liquide aqueux : la sonde exploratrice remontait seulement à deux ou trois pouces. L'intestin grêle était très-distendu et épaissi dans une étendue de neuf pouces à partir du cœcum, où il était rétréci et réduit à une simple bandelette blanche. A l'ouverture de l'intestin, au-dessus et au-dessous du rétrécissement, on reconnut que la muqueuse de chaque côté se terminait en cul-de-sac. — (*Province méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les étudiants en médecine de Padoue ont adressé aux étudiants de Paris, l'adresse suivante :

« Les étudiants en médecine de Padoue prennent la plus grande part à la vive douleur que cause la mort du célèbre Bernard. »

— MM. les étudiants qui désireraient être attachés à des hôpitaux en qualité d'externes provisoires, sont priés de se faire inscrire au secrétariat de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, de onze heures à quatre heures, tous les jours.

— M. Villejean, interne en pharmacie à l'hôpital de la Pitié, vient d'être nommé, à la suite d'un brillant concours, pharmacien en chef des hôpitaux de Paris.

— La Société de médecine de Paris a été, par décret en date du 5 février 1878, reconnue comme établissement d'utilité publique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur V. de Rochas, ancien chirurgien de première classe de la marine.

— Dimanche prochain 22 février et lundi 25 février, à deux heures, M. le docteur Chassagny (de Lyon) fera, à l'École pratique, deux conférences sur la méthode des tractions soutenues. Il démontrera expérimentalement les avantages de la force mécanique en obstétrique et en chirurgie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 24. — MARDI 26 FÉVRIER 1878. 51e ANNÉE. MARDI 26 FÉVRIER 1878. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, 25 février 1878.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

La Société de biologie, dont Claude Bernard a été l'un des fondateurs, qui a vu naître tous ses travaux et qui, depuis onze ans, l'avait placé à sa tête, a considéré comme son devoir de prendre l'initiative d'une souscription publique destinée à élever un monument à la mémoire de l'homme dont la France porte le deuil.

Elle a choisi dans son sein une commission composée de :

MM. HOUEL, vice-président, DUMONTPALLIER, secrétaire général, médecin des hôpitaux ; VIDAL, médecin des hôpitaux ; BERT, professeur à la Faculté des sciences ; RANVIER, professeur au Collége de France ; à laquelle elle espère que les grands corps savants (Conseil supérieur de l'Instruction publique, Académie des sciences, Académie française, Collége de France, Muséum, Faculté des sciences, Faculté de médecine, Académie de médecine), auxquels appartenait Claude Bernard, voudront bien y associer chacun un délégué.

C'est à cette commission générale, lorsque le chiffre de la souscription sera connu, que reviendra le soin de déterminer l'emploi des sommes qui lui auront été confiées.

Toute autre parole serait superflue.

La Société de biologie doit seulement faire savoir que M. le ministre de l'instruction publique a bien voulu l'autoriser à inscrire son nom en tête de la liste de souscription.

Les souscriptions seront reçues aux différents journaux qui auront inséré la présente note, et chez le secrétaire du Collége de France, M. Bouchon-Brandely. Elles seront ensuite centralisées entre les mains du trésorier de la Société de biologie, M. Joannes Chatin, et déposées au Crédit foncier en un compte courant spécial.

Pour la commission d'initiative :
HOUEL, *vice-président.*
DUMONTPALLIER, *secrétaire général.*

La *Gazette des hôpitaux* invite ses lecteurs à s'unir à cette grande manifestation. Elle déclare la souscription ouverte dans ses colonnes.

Première liste.

La *Gazette des Hôpitaux*. . . . . . 100 francs.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. DUMONTPALLIER.

Phlegmon du ligament large.

Au n° 23 de la salle Sainte-Eugénie, est entrée, il y a quelques jours, une malade qui mérite d'arrêter un instant votre attention. Voici, en deux mots, son observation.

Cette femme, qui avait été admise à l'hôpital Saint-Louis pour y faire ses couches, en était sortie le neuvième jour de sa délivrance dans un état satisfaisant, quand, à peine rentrée chez elle, à la suite de fatigues exagérées, elle fut prise de douleurs vives dans le ventre, pour lesquelles elle demanda à être reçue dans nos salles.

Soumise à notre examen, nous reconnûmes l'existence d'un phlegmon du ligament large. Voici sur quels symptômes était basé ce diagnostic.

On constatait, à droite de la ligne médiane de l'abdomen, un peu au-dessous et en dedans de la région occupée par l'ovaire, une tumeur dure, de forme triangulaire, dont la base était en rapport avec l'utérus et la pointe dirigée vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. Au toucher, on remarquait que le col utérin était porté en arrière, et que tout l'espace qui limite le cul-de-sac antérieur du vagin était rempli par une autre tumeur présentant la même dureté que celle de la région abdominale antérieure, se continuant avec elle et faisant corps avec l'utérus.

Fait important au point de vue du diagnostic différentiel, le cul-de-sac rétro-utérin était absolument libre, et soit qu'on pratiquât le toucher par le vagin, soit qu'on introduisît le doigt dans le rectum, on ne trouvait de ce côté pas trace de tumeur qui se continuât avec les précédentes. Ce n'était donc pas le péritoine, mais le ligament large qui était le siége de la lésion, laquelle se propageait jusqu'au tissu cellulaire, qui est situé au devant de l'utérus et met la face antérieure du ligament large enflammé en rapport avec la partie correspondante des parois abdominales. C'est ainsi qu'il fallait expliquer le rejet du col en arrière, le corps de l'utérus ayant sa disposition normale.

Le phlegmon du ligament, quand il survient dans l'état puerpéral, a une tendance très-grande à se terminer par la suppuration. Il a son point de départ dans les veines utérines, ou bien dans les vaisseaux lymphatiques et quelquefois dans les ganglions de cette région. Les premières sont le plus souvent atteintes, puis viennent, par ordre de fréquence, les lymphatiques, et enfin les ganglions. Mais, jusqu'à présent, ceux-ci sont encore mal connus. Aussi les laisserons-nous de côté, pour ne nous occuper que des cas parfaitement caractérisés,

dans lesquels la maladie débute par l'un ou l'autre ordre des vaisseaux que je viens de vous indiquer.

Quand on songe aux altérations anatomo-pathologiques dont l'utérus est souvent le siége, après l'accouchement, on ne peut s'empêcher d'être étonné qu'à la suite de leurs couches, les femmes, notamment celles de la classe ouvrière, ne soient pas prises d'accidents plus fréquents.

En effet, après l'accouchement, il y a une plaie; plaie qui correspond à l'insertion du placenta et occupe le plus ordinairement le fond de l'utérus. Cette plaie, enfin, doit se comporter comme toutes les plaies, se rétracter, marcher vers la réparation et se recouvrir d'une muqueuse normale après un temps plus ou moins long.

Quand on observe cette plaie, on trouve toujours dans les veines, déjà en partie revenues sur elles-mêmes, un caillot demi-fibrineux, demi-cruorique, fibrineux du côté de la circulation centrale, cruorique du côté de la plaie, à la surface de laquelle on aperçoit des petites saillies, qui ne sont autres que les vestiges de ces caillots.

Or, il arrive très-souvent qu'à la suite de certains états puerpéraux, sous l'influence d'une cause variable, il se fait une inflammation des parois utérines au niveau de la solution de continuité. Dans ces conditions, les veines elles-mêmes s'enflamment, et si la phlébite, qui est d'ailleurs, ainsi que l'a très-bien montré Cruveilhier, presque toujours obli térante, est, pour une raison quelconque, de nature suppurative; si la formation d'un caillot au-dessus du point enflammé ne vient pas s'opposer à la pénétration du pus dans le torrent circulatoire, il en résulte cette forme de fièvre particulière à laquelle on a donné le nom d'infection purulente des femmes nouvellement accouchées.

D'autres fois, ce sont les vaisseaux lymphatiques qui sont malades. Mais, dans tous les cas, l'altération se localise dans un terrain spécial, sur lequel on doit toujours porter la plus grande attention. Je veux parler des bords latéraux de l'utérus.

C'est, en effet, dans l'épaisseur du bord interne du ligament large, que l'altération a son siége, car c'est là que convergent les vaisseaux, artères, veines, lymphatiques, qui ont desservi la circulation placentaire, circulation physiologique si active que nécessite la grossesse. C'est là que se trouve le point de départ des phlegmons du ligament large, dont l'origine est dans l'inflammation des lymphatiques ou des veines.

C'est dans de telles conditions que cette femme est entrée dans notre service. La plaie placentaire était en voie de guérison quand, dix ou douze jours après son accouchement, à la suite de fatigues, elle nous est arrivée avec tous les signes que je viens de vous indiquer et qui m'ont permis de diagnostiquer un phlegmon du ligament large. Le repos le plus absolu, l'application de catasplasmes sur l'abdomen et la liberté du ventre entretenue tous les jours ou tous les deux jours à l'aide d'un purgatif, dans la plupart des cas, suffisent pour aider ces malades à guérir, et on empêche ainsi assez facilement le phlegmon de se transformer en un abcès, dont vous connaissez les graves conséquences. Vous ne serez donc pas étonnés que je me sois opposé avec tant d'instances à la sortie de cette femme. Je suis convaincu, en effet, qu'elle va nous revenir dans quelques jours avec un abcès du ligament large, conséquence de son phlegmon non guéri.

Quelle sera la marche de cet abcès?

Quand les abcès du ligament large se forment, ils s'annoncent quelquefois par des troubles assez considérables : la femme est prise de frissons répétés, la fièvre s'allume, la température s'élève et des douleurs vives se manifestent du côté du ventre.

Plus tard, alors que la suppuration est établie, il n'est pas rare de voir le pus se faire jour dans les organes environnants, tels que la vessie, le rectum, le péritoine. Dans ce dernier fait, la présence du pus dans la cavité péritonéale donne lieu à des accidents aigus qui emportent rapidement la malade. Dans certains cas, au contraire, la maladie affecte une marche plus lente, mais dont la terminaison, pour se faire plus attendre, n'est pas moins fatale, car il est rare que la femme, résistant à la fièvre hectique qui l'épuise, ne finisse par succomber dans le marasme le plus complet.

D'autres fois, l'abcès vient faire saillie dans la région inguinale et s'ouvre spontanément en ce point, au bout de dix, quinze ou vingt jours. Mais la tendance de ces collections purulentes à envahir le tissu cellulaire qu'ils rencontrent est si grande que, le plus souvent, un travail semblable se fait simultanément du côté du vagin, de sorte que, même après que l'abcès inguinal a été ouvert, soit spontanément, soit par l'intervention du chirurgien, il n'est pas rare de voir, quelques jours après, le vagin se perforer à son tour et donner issue à un liquide purulent. Aussi le pronostic doit-il toujours être très-réservé.

Vous comprenez, d'après ce que je viens de vous dire, combien l'affection de cette femme est grave, et combien il est dangereux pour elle de quitter l'hôpital en pareil état. Son imprudence peut avoir des conséquences graves, tandis que le repos à l'hôpital eût suffi très-probablement pour obtenir la guérison du phlegmon péri-utérin.

HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

Opération de la taille chez un calculeux. Des raisons qui ont déterminé le choix de ce mode opératoire, de préférence à la lithotritie.

Nous allons, dans un instant, pratiquer la taille sur un jeune homme du service, qui est actuellement couché au n° 27 de la salle Saint-Vincent. Mais, avant de faire cette opération, je tiens beaucoup à vous faire connaître les raisons qui m'ont fait choisir pour ce malade ce mode de traitement. A l'heure actuelle, en effet, l'opération de la taille n'est plus faite par les chirurgiens que pour des déterminations graves et l'on peut dire que, dans l'immense majorité des cas, le traitement de la pierre relève de la lithotritie, dont vous avez pu, maintes fois, apprécier par vous-mêmes l'efficacité, dans ce service où il ne se passe pas de jour qu'elle ne soit pratiquée.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-et-un ans qui est entré à l'hôpital le 21 décembre dernier. Son histoire est presque entièrement pathologique car, depuis l'âge de deux ou trois ans, il a toujours plus ou moins souffert en urinant. A l'âge de sept ans, il aurait même pissé du sang, mais ces pissements de sang ont été très-peu abondants et n'ont jamais reparu depuis.

A partir de ce moment, jusqu'à ces dernières années, le malade souffrit peu et, d'après ce qu'il raconte, il se portait, en somme, assez bien : jouant, courant et se livrant, sans trop de difficultés, à tous les exercices de son âge. Cependant, de temps en temps, il éprouvait, du côté de la vessie, quelques rappels de douleurs qui se faisaient sentir à la fin de la miction. Les choses restèrent ainsi jusqu'à l'année dernière, époque à laquelle il commença de nouveau à souffrir,

non-seulement pendant et après la miction, mais d'une manière constante. Les douleurs très-vives qu'il éprouvait, avaient pour caractère d'être considérablement accrues par les moindres mouvements du malade, de telle sorte que, non-seulement il ne pouvait aller ni en voiture ni en chemin de fer, mais qu'il était dans l'impossibilité absolue de remuer. Avec cela les urines étaient purulentes, mais non alcalines; enfin, et c'est pour cette infirmité qu'il était entré à l'hôpital, ce jeune homme présentait une incontinence d'urine, qu'il avait conservée, d'ailleurs, depuis son enfance.

A son entrée dans le service, nous avons trouvé un individu assez grand, développé d'une façon à peu près complète, mais maigre, pâle, épuisé.

En présence de ces commémoratifs, nous étions naturellement conduit à procéder immédiatement à un examen local, et comme toujours, nous avons commencé par explorer le rectum. Nous avons trouvé la prostate légèrement bosselée, mais nullement augmentée de volume; de leur côté, les vésicules séminales ne présentaient rien de particulier, l'épididyme paraissait lui-même parfaitement sain, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'arrêter à l'idée d'une tuberculisation généralisée, comme on aurait pu le supposer au premier abord.

Nous avons ensuite exploré le canal de l'urèthre. Comme de coutume, cet examen a été fait d'abord avec un instrument mou, c'est-à-dire avec un explorateur à tête, à tige molle et souple, puis ensuite avec la sonde d'argent.

Le premier nous a donné des renseignements importants : d'abord, il nous a fait voir, comme c'est d'ailleurs la règle, toutes les fois que les malades souffrent de la vessie, que la portion membraneuse de l'urèthre était contracturée.

Le passage de l'instrument dans la région prostatique a été également un peu douloureux, mais il n'a, cependant offert rien de bien marqué et ce n'a été qu'au moment d'entrer dans la vessie que nous avons recueilli des renseignements de premier ordre, car, à peine la bougie avait-elle franchi le col vésical que nous avons eu le sentiment d'un frottement particulier, râpeux, qui n'était autre que le contact de l'instrument avec un calcul. Il faut, en effet, savoir que les instruments mous sont parfaitement capables de rencontrer sur leur chemin une pierre et d'en transmettre la sensation au chirurgien qui explore.

Nous avons alors examiné la vessie avec une sonde d'argent. L'introduction de l'instrument a été nécessairement pénible, comme cela a lieu toutes les fois que les malades souffrent depuis longtemps. Mais, quoique pénible, elle s'est faite dans des conditions très-simples, sans perte de sang, sans réaction consécutive. Par ce moyen, nous avons bientôt trouvé le calcul et, cherchant à nous rendre compte de ses dimensions, nous avons pu constater qu'il mesurait dans l'un de ses diamètres, 3 à 4 centimètres.

De plus, nous avons eu un contact assez mou, comme s'il se fût agi d'un calcul phosphatique, mais il est vraisemblable qu'au milieu de ce depôt de phosphates, nous avons un noyau très-dur.

La sonde nous a, en outre, montré que, quoique la pierre fût facile à sentir, il fallait néanmoins l'aller chercher à une certaine profondeur. Ceci nous a engagé à recommencer l'exploration par le rectum, le cathéter étant maintenu dans la vessie. Nous avons senti alors qu'en effet le calcul était situé bien au-dessous de la sonde, que, par conséquent, il était assez volumineux, à moins toutefois qu'il ne se fût, en quelque sorte, creusé une loge dans le bas-fond de la vessie. Je ne veux pas dire qu'il se fût enkysté : car ce phénomène est tellement rare, quoi qu'on en ait dit, que l'on ne doit jamais accepter que sous bénéfice d'inventaire, ces observations dans lesquelles la pierre englobée dans le repli de la muqueuse ne communiquait avec la cavité vésicale que par un orifice plus ou moins étroit.

Cet ensemble de signes fournis par l'examen local devait donc, je le répète, nous conduire à penser que la pierre était volumineuse. Quant à déterminer d'une manière bien précise quelles étaient ses dimensions, cela nous était complétement impossible. Tout ce que l'on pouvait affirmer, c'est qu'elle avait à peu près le volume d'un petit œuf de poule ou d'une grosse noix.

Mais il y avait une autre question à discuter. Était-ce une pierre de formation ancienne ou récente? il était difficile de se prononcer sur ce point, car nous n'avions pour nous éclairer que les renseignements fournis par le malade et ils n'étaient pas de nature à nous permettre de trancher la difficulté. Seul, l'examen de la pierre, pourrait nous édifier à cet égard ; et si, après son extraction, nous trouvons à son centre, comme je m'y attends d'ailleurs, un de ces noyaux durs, d'oxalate de chaux, qui constituent si souvent les calculs que l'on rencontre chez les enfants, nous aurons la preuve matérielle qu'elle remonte aux premiers temps de la maladie et qu'elle a été la cause de la cystite que nous avons observée, loin d'en être la conséquence.

Quoi qu'il en soit, en prenant les choses telles qu'elles se présentent actuellement, nous avons affaire à un malade qui a une sensibilité très-vive, qui est affecté d'une pierre probablement d'un volume au-dessus de la moyenne, et surtout qui est jeune. Dans ces conditions, je n'ai pas hésité à lui proposer la taille et son âge est la principale raison qui m'a conduit à agir de la sorte. En effet, un malade de vingt et un ans est encore dans la période où la taille se fait dans des conditions satisfaisantes presque aussi bonnes que pendant l'enfance, car, à cette époque, le col de la vessie est encore assez souple pour qu'on puisse y faire passer un calcul, même volumineux, sans déterminer de ces délabrements qui rendent si graves l'extraction de la pierre chez les gens d'un âge plus avancé.

D'autre part, ce jeune homme a beaucoup de pus dans la vessie, peut-être même a-t-il déjà de la pyélite; si bien qu'avec la nécessité de faire, par la lithotritie, un nombre de séances plus ou moins considérable et dans des conditions défectueuses, en raison même de la sensibilité extrême du malade, nous risquions de déterminer une réaction qui pouvait devenir extrêmement grave et, plus tard, quand nous aurions été obligé d'en venir à cette extrémité, il ne nous aurait plus été permis de faire la taille que dans de mauvaises conditions. Actuellement, au contraire, nous pouvons faire une opération relativement simple et, par ce moyen, nous pouvons assurer à ce garçon des chances de guérison plus grandes que par la lithotritie.

C'est donc en raison de son âge, du volume de sa pierre, de la sensibilité toute particulière des organes et de tout l'individu lui-même, enfin de l'état de la vessie et de l'altération probable des reins, que je me décide, dans ce cas, à pratiquer la taille.

Vous m'objecterez peut-être que nous aurions pu arriver au même but en faisant la lithotritie sous le chloroforme. A cela je répondrai que, en elles-mêmes, les séances de lithotritie sont très-peu de chose et que ce qui est important, c'est ce qui se passe entre chacune de ces séances. Pendant

cet intervalle, en effet, le malade rend des fragments : or, on ne peut donner le chloroforme pour empêcher la vessie de se contracter et d'expulser les débris qu'elle contient. Ce garçon serait donc exposé, entre les séances, à avoir des douleurs résultant de la propulsion des fragments vers le col de la vessie et nous verrions ainsi, après chacune d'elles, se renouveler une cause de danger que nous éviterons certainement par la taille.

Je n'entrerai pas ici dans les détails de l'opération : vous les connaissez. Mais ce que je tenais à vous dire, ce sont les raisons pour lesquelles je me suis décidé à pratiquer la taille chez ce malade. Vous voyez qu'elles sont parfaitement décisives et, alors même que la pierre serait moins grosse et n'aurait que le volume que le contact nous a fait découvrir, nous n'aurons pas à regretter le parti que nous venons de prendre. Et cela surtout, je le répète, à cause de l'âge du malade qui rend l'opération très-favorable, et de cette sensibilité spéciale contre laquelle nous devions nous prémunir et que des séances répétées de lithotritie eussent certainement rendue funeste.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 février 1878. — Présidence de M. Houel.

COMMUNICATIONS

Magnétisme et hystérie. — M. CHARCOT a entrepris une nouvelle série d'expériences sur les malades de son service atteintes de ce qu'il appelle la grande hystérie. Ces expériences lui ont été inspirées par la lecture de deux mémoires fort intéressants d'Andry et de Tourette, qui se trouvent dans les *Mémoires* de l'ancienne Société de médecine (année 1782), et qui sont relatifs à l'application de l'électricité aux cas pathologiques. Ces auteurs ont surtout étudié les effets des aimants sur les affections nerveuses, en particulier sur les névralgies. M. Charcot a eu l'idée d'étudier ces mêmes effets sur l'hystérie. Ces recherches ont été faites avec M. Vigouroux. Étant donnée une hystérique atteinte d'une hémianesthésie complète, absolue et permanente, si on approche de son bras anesthésié un barreau aimanté que l'on tient à une distance de un demi-centimètre ou que l'on sépare du bras par une feuille de papier, voici les phénomènes que l'on observe et qui se produisent d'une façon constante : la malade accuse une légère sensation de chaleur et un peu d'engourdissement dans la partie anesthésiée correspondante à l'aimant : la peau devient un peu rouge ; si on la pique à ce moment elle ne sent pas encore, mais immédiatement après la sensibilité est revenue complète et absolue, dans une étendue correspondant au diamètre transversal de l'aimant. Au même moment, dans la région symétrique du bras sain apparaît l'anesthésie, comme cela se produit dans la métalloscopie. Les mêmes effets se produisent relativement à l'amblyopie hystérique : si l'on approche un aimant de la tempe d'une hystérique amblyopique ou achromatopsique, l'amblyopie disparaît et la malade reconnaît les couleurs qu'elle ne voit pas habituellement. On peut donc, à l'aide des aimants, reproduire tous les phénomènes de la métallothérapie.

M. Charcot ne s'en est pas tenu là, il a étudié également les effets de l'électricité statique. Les mêmes phénomènes de retour de la sensibilité, du transfert de l'anesthésie, de disparition de l'achromatopsie se sont produits chez une hystérique mise en communication avec l'appareil électrique. Ces expériences seront poursuivies par MM. Vigouroux et Regnard.

Iodure d'éthyle. — M. RABUTEAU continue ses expériences sur l'iodure d'éthyle. Il a étudié l'effet de cet agent sur les plantes, comme M. Claude Bernard l'a fait avec l'éther et le chloroforme. L'iodure d'éthyle, comme ces anesthésiques, entrave la germination d'une manière absolue.

De l'ablation et de l'énervement de la rate. — M. MALASSEZ a entrepris, avec M. Picard, une série d'expériences sur ce sujet. Ayant enlevé la rate ou sectionné les nerfs qui se rendent à cet organe chez un certain nombre d'animaux, ils ont constaté que les jeunes survivent à l'opération, tandis que les vieux y succombent. Il y a là un rapprochement intéressant à faire entre ces effets et l'influence des fièvres intermittentes pernicieuses sur les individus âgés.

Érection d'un monument à Claude Bernard. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL soumet à la Société la proposition de M. Vidal.

Une discussion s'engage, non pas sur la proposition, qui est adoptée par acclamation, mais sur les moyens de la mettre le plus promptement à exécution.

Après avoir entendu une chaude et touchante allocution de M. Paul Bert et sur sa proposition, la Société décide de nommer, par la voie du scrutin secret, une commission de cinq membres, qui sera chargée de s'entendre avec les corps savants dont M. Claude Bernard faisait partie, pour ouvrir une souscription publique ayant pour but d'élever un monument à l'illustre physiologiste que la science vient de perdre.

Cette commission se compose de MM. Vidal, Dumontpallier, Paul Bert, Houel et Ranvier.

M. Paul Bert s'est déjà assuré le concours de M. le ministre de l'instruction publique. Il ne doute pas que l'appel, qui sera fait par la Société de biologie à tous les corps savants, à toute la grande presse, sans distinction de nuance politique, et particulièrement à la presse scientifique ne soit entendu (1).

Il est décidé, dès à présent, que ce ne sera pas sur la tombe de Claude Bernard, mais bien en un lieu où sa grande figure puisse, à tout moment, servir d'exemple aux futures générations que sera placé ce monument.

Indépendamment de ce monument, qui sera élevé à l'aide de la souscription publique dont la Société de biologie prend l'initiative, il est décidé que deux bustes seront placés dans la salle des séances, ceux de Rayer et de Claude Bernard.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février 1878. — Présidence de M. Labric.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION

M. MARTINEAU présente en son nom la première partie d'un traité des maladies de l'utérus.

COMMUNICATIONS

Arthropathies consécutives aux altérations aiguës de la moelle. — M. VALLIN lit un travail sur ce sujet. (Sera publié.)

Cysticerques du cerveau. — M. LABOULBÈNE présente un cerveau qui lui a été envoyé par M. le docteur Rames (d'Aurillac). C'est le cerveau d'une femme de vingt-six ans, qui, à la suite d'accès épileptiformes est rapidement tombée dans le coma et a succombé. Cette femme, pendant quelques temps, voyait tous les objets en bleu. A l'autopsie, on a trouvé des altérations nombreuses à la surface du cerveau et particulièrement un certain nombre de cysticerques qui s'y étaient creusé des loges. Ce cerveau et ces cysticerques seront examinés avec le concours de M. Davaine et M. Laboulbène communiquera ultérieurement les résultats de cet examen.

Encombrement dans les hôpitaux. — M. GALLARD ne doute pas que tous ses collègues reconnaissent avec lui que l'une des principales causes de l'insalubrité des hôpitaux est leur encombre-

(1) La *Gazette des Hôpitaux* est heureuse de donner tout son concours à la Société de biologie, et ouvre aujourd'hui même la souscription.

ment. Depuis quelque temps, il n'est pas un seul médecin des hôpitaux qui n'ait protesté contre cette mesure, qui consiste non seulement à placer régulièrement un trop grand nombre de lits dans les salles, mais encore à y placer tous les jours des lits et des brancards supplémentaires. Le nouvel Hôtel-Dieu renferme actuellement trente-neuf lits de supplément, alors qu'il y existe des salles entièrement vacantes. Il y a là une question d'hygiène, d'humanité dont l'importance n'échappera à personne, M. Gallard avait donc l'intention de saisir la Société de ces faits et de protester énergiquement contre cet encombrement systématiquement établi, lorsqu'ayant reçu, comme tous ses collègues, de M. le directeur de l'Assistance publique, la lettre que nous publions plus loin, il a cru obéir à une question de haute convenance, en prévenant M. le directeur de son intention; il a reçu de lui l'assurance que l'administration ferait tout son possible pour satisfaire à cette légitime demande.

M. MOUTARD-MARTIN déclare que la protestation que vient de faire M. Gallard est faite à chaque séance du conseil de surveillance.

Localisations cérébrales. — M. GOUGUENHEIM rapporte l'observation d'un homme de quarante-cinq ans, anciennement tuberculeux, devenu alcoolique, qui, à la suite d'une chute, fut pris d'une monoplégie inférieure du côté gauche; il ne présenta pas de troubles de la sensibilité, l'intelligence était intacte. Il entra à l'hôpital le 12 février; pendant les jours qui suivirent son entrée, il eut du délire alcoolique. La paralysie qui n'existait que dans une jambe et qui semblait devoir disparaître, reparut et gagna le bras. En même temps, la température s'éleva, le malade tomba dans une résolution complète et succomba en présentant tous les caractères d'une apoplexie.

En présence de cette monoplégie limitée d'abord au membre inférieur, M. Gouguenheim diagnostiqua une lésion corticale localisée à l'extrémité supérieure de la frontale ascendante. Quant à la nature de la lésion, il était impossible de la déterminer.

A l'autopsie, on a trouvé, en effet, une lésion limitée à la frontale ascendante et au lobe parencentral; cette lésion était une méningite probablement de nature tuberculeuse. C'est ce que déterminera l'examen histologique qui sera fait ultérieurement.

M. LUYS trouve le fait de M. Gouguenheim intéressant à plusieurs points de vue : d'abord il porte en lui une nouvelle preuve à l'appui de cette opinion, aujourd'hui généralement admise, malgré les objections de M. Brown-Sequard, qu'une monoplégie de cause cérébrale se produit toujours du côté opposé à la lésion. Il rappelle, à ce sujet, la discussion qui a eu lieu à la Société de biologie entre MM. Brown-Sequard, Charcot et lui-même (voy. *Gazette des Hôpitaux*, années 1875 et 1876). En second lieu, dans ce cas, la lésion est exclusivement localisée à la frontale ascendante et au lobe paracentral, c'est-à-dire à une région essentiellement motrice. C'est là, dans un autre ordre d'idées, une nouvelle confirmation des faits communiqués par M. Luys, de dégénérescence de cette même région chez d'anciens amputés de jambe. Enfin, cette pièce est une nouvelle preuve à l'appui de cette assertion de M. Luys que le lobe paracentral est plus développé chez l'homme que chez la femme.

M. Luys, à l'occasion du fait de M. Gouguenheim, communique le fait suivant qui appartient à M. de Beauvais, médecin de la prison de Mazas : un détenu reçoit sur le côté droit de la tête un coup de tesson de bouteille qui détermine une fracture de la région temporale, dans un point correspondant exactement à la partie médiane du sillon de Rolando. Cet homme a présenté une monoplégie brachiale du côté opposé. Ce bras paralysé est devenu le siége d'une atrophie musculaire à marche aiguë. Ce malade est aujourd'hui en voie de guérison. M. de Beauvais doit en publier l'observation.

Ulcérations tuberculeuses de la langue. — M. MILLARD présente un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint d'une ulcération tuberculeuse de la pointe de la langue.

Le diagnostic n'est pas douteux; cette ulcération, qui a commencé à apparaître au mois de décembre, présente teous les caractères si bien décrits qar MM. Isambert, Féréol, Bucquoy, Fournier, etc., et le malade offre, d'ailleurs, aux deux sommets, des signes manifestes de tuberculisation pulmonaire. M. Millard a très-peu de confiance dans l'efficacité des topiques en pareils cas; cependant, il demande l'avis de ses collègues sur l'emploi de ces derniers.

M. FÉRÉOL fait observer que, dans ce cas, la lésion est plus disséminée qu'elle ne l'est habituellement.

Il présente, de son côté, une pièce moulée avec beaucoup de talent, par M. Jumelin, et qui représente des ulcérations tuberculeuses, non plus de la langue, mais du voile du palais et de la voûte palatine. Le point de départ de cette ulcération paraît avoir été la muqueuse gingivale, au niveau de la dernière molaire du côté gauche. Cette pièce a été moulée sur une femme de trente ans, qui présente également des signes non douteux du côté du sommet.

M. CONSTANTIN PAUL a observé un cas absolument semblable à celui que vient de présenter M. Millard. Dans ce cas, le tubercule s'éliminait et les ulcérations se cicatrisaient. Il a ainsi observé sept tubercules qui ont guéri spontanément. Aussi, a-t-il renoncé à l'emploi des topiques. C'est encore l'hyposulfite de soude en solution, à 5 pour 100, qui paraissait lui donner les meilleurs résultats.

M. LAILLER fait observer que ces ulcérations tuberculeuses de la muqueuse buccale sont extrêmement douloureuses, et, qu'à ce point de vue, les applications d'iodoforme sont utiles. Il a eu l'occasion d'observer un fait qui n'a pas encore été signalé; celui d'une tuberculose miliaire, galopante, de toute la cavité buccale. Aucun traitement n'est parvenu à soulager ce malade, qui a succombé en l'espace de six mois, dans des souffrances atroces, à une phthisie galopante.

La séance est levée à cinq heures et quart.

VARIÉTÉS

De la situation de l'enseignement médical en France.

Par M. le professeur CHAUFFARD.

I

Les quelques pages que M. le professeur Chauffard vient de consacrer, dans un important recueil (1), à l'exposé de cette situation, puisent un double intérêt dans la gravité des questions qui y sont traitées et dans la haute situation de l'auteur : c'est à ce titre qu'il nous a paru convenable d'attirer sur elles l'attention du public médical. Sans doute les discussions publiques et les publications nombreuses qui, surtout dans ces six dernières années, ont éclairé l'opinion, ont rendu plus facile l'étude de ce grave sujet et des plans de réformes qui s'y rattachent, mais il est d'une saine et légitime curiosité de souhaiter connaître à quel point d'exécution sont arrivés aujourd'hui les projets d'hier, quelles réformes nouvelles sont encore en observation ou bien à la veille d'être réalisées, quelles appréciations, enfin, M. l'inspecteur général des études médicales porte sur l'ensemble de ce grand mouvement de réformation et d'essais actuels.

Un fait s'impose tout d'abord naturellement à l'esprit : c'est de 1871 que datent les si louables efforts destinés à régénérer l'enseignement supérieur des sciences biologiques. Sur ce point le bon sens public et celui des hommes spéciaux n'ont point erré; chacun a compris qu'au lendemain des épouventables malheurs follement attirés sur la patrie, celle-ci ne trouverait le salut qu'en se tournant vers la science, par qui seule aujourd'hui peut être fécondé le travail. Quelques mots sévères à l'adresse « de ce gouvernement sombré dans sa défaite, sans avoir jamais mis au nombre de ses préoccupations primitives et essentielles, le développement de l'enseignement supérieur », permettent de penser que le triste spectacle, dont nous avons été à la fois témoins et victimes, a laissé partout de salutaires enseignements.

Sans nous attarder plus longtemps, voyons quel tableau, à la fois parisien et départemental, l'auteur nous offre des Facultés de médecine anciennes et nouvelles, du régime des écoles secondaires

(1) *Revue des Deux-Mondes*, 1er janvier 1878.

et des écoles de plein exercice : suivons-le dans les divisions naturelles du sujet, et tout d'abord arrêtons-nous à la Faculté de Paris.

Nous assistons, à l'heure présente, à la reconstruction de notre École; elle se composera de deux éléments, l'un pratique, l'autre théorique. La faculté théorique, comme l'appelle justement l'auteur, comprise entre la place et la rue de l'École de médecine, la rue Hautefeuille et le boulevard Saint-Germain, donnera l'enseignement dogmatique, et contiendra les amphithéâtres de cours, agrandis et doublés, les salles d'examens, le musée d'anatomie et d'histoire naturelle, les cabinets de physique et de chimie, le laboratoire du cours de chimie. L'agrandissement de la faculté théorique permettra de donner à notre riche bibliothèque un arrangement en rapport avec l'importance des collections bibliographiques et des services que nos étudiants en attendent. Souhaitons, en outre, qu'une réforme bien comprise et libérale du réglement permette aux étudiants et aux médecins qui y viennent passer de longues et laborieuses heures, de rencontrer plus de facilités et de commodités pour la communication des ouvrages : le réglement de la Bibliothèque nationale fournirait sur ce sujet d'excellents articles.

La faculté pratique, située de l'autre côté de la place et de la rue de l'École de médecine, sera vraiment digne de ce nom. Elle se composera de l'École pratique actuelle, de l'hôpital des cliniques et de tous les terrains compris entre l'Ecole et l'hôpital. Chacun sait que la clinique obstétricale sera transférée dans une Maternité, actuellement en construction sur les terrains du Luxembourg et que la clinique chirurgicale sera transportée à l'hôpital Necker, où existe déjà une chaire de clinique médicale. Un institut anatomique remplacera les pavillons actuels, et mille étudiants environ pourront se livrer à des dissections suivies, sous la direction de prosecteurs et d'aides d'anatomie nombreux. La physiologie, l'histologie, l'anatomie pathologique, la chimie seront également pourvues d'instituts avec de spacieux laboratoires d'expérimentation et de recherches. Ces instituts seront naturellement sous la haute surveillance du professeur à l'enseignement duquel ils seront affectés; un chef et des aides, attachés à ces laboratoires seront à la fois les préparateurs du maître et les premiers conseillers des élèves dans leurs travaux pratiques.

Quelque riche que doive être cet enseignement pratique vraiment nouveau dans nos Facultés françaises, l'État, la ville de Paris, la Faculté de médecine ne l'ont point trouvé suffisant. A côté des instituts de la Faculté pratique, des instituts d'anatomie pathologique seront créés dans les hôpitaux pourvus de chaires cliniques. Ceux de l'Hôtel-Dieu, et notamment de la Charité, supportent parfaitement la comparaison avec les instituts de même genre qui existent dans les hôpitaux généraux d'outre-Rhin. Il est à souhaiter que ces laboratoires soient installés avec le même luxe dans les hôpitaux excentriques. Notre Conseil municipal pourrait, sur ce point, compléter ce que l'on peut vraiment appeler la décentralisation parisienne de l'enseignement anatomo-pathologique. N'oublions point que c'est à un tel dispositif que l'école allemande doit d'avoir poussé si loin l'étude et le progrès de cette branche de la médecine.

Après Paris, la Faculté de médecine de Lyon, s'offre comme devant tenir, dans un avenir prochain, le premier rang. La richesse clinique de cette ville, les traditions scientifiques, la position de son corps médical permettent de conjecturer que l'avenir de la nouvelle école sera des plus brillants. Cet édifice scientifique, situé sur la rive gauche du Rhône, occupe un terrain de 26,000 mètres de superficie; là s'élèvent de nombreux et spacieux laboratoires, des amphithéâtres, des galeries destinées aux musées, et comme cet ensemble a été étudié sur les plans des plus beaux instituts allemands, il y a lieu de penser que la nouvelle Faculté n'aura à redouter aucune comparaison.

La Faculté de médecine de Bordeaux, votée par l'Assemblée nationale en même temps que celle de Lyon, est loin d'être constituée en dépit des vœux de la ville qui voudrait que le nouvel établissement fût provisoirement installé dans les anciens locaux de l'École, préparatoire, quoique le projet d'édification ait été adopté après concours, quoique l'emprunt de la ville sur lequel seront prélevés les frais de construction ait été récemment voté par le Parlement; enfin, bien que les conventions pour l'établissement des cliniques officielles aient été conclues entre l'administration hospitalière et le ministre de l'instruction publique, on n'a point encore abordé l'exécution de ces projets et de ces conventions.

La Faculté de Lille se débat malheureusement dans une situation sans issue, non que la concurrence de la Faculté libre soit pour elle bien dangereuse, mais la convention passée entre l'administration des hospices de la ville et cette Faculté libre, a singulièrement réduit l'enseignement clinique, et le Conseil d'État ayant maintenu le traité conclu, il est probable que la prospérité de l'école d'État sera de plus en plus menacée. En 1872, Lille recevait dans ses lits d'hôpitaux 8,291 malades; 312 accouchements étaient faits et le nombre des décès hospitaliers s'élevait à 736 (1). Les chiffres désormais divisés rapprocheront, cela est à craindre, la Faculté d'État lilloise, de Nancy et de Montpellier.

De la Faculté de Nancy, il vaut mieux ne rien dire : cette création hâtive a été une des erreurs du gouvernement de M. Thiers. Leurré par les promesses de la municipalité, cédant à des suggestions patriotiqees intempestives, refusant de prêter l'oreille aux vœux si sensés des anciens professeurs de la Faculté de Strasbourg, l'éminent homme d'État crut devoir céder aux sollicitations des Nancéens. Avec ses 3,825 malades, ses 338 décès et ses 92 accouchements hospitaliers (2), il est douteux que la Faculté de l'Est puisse jamais prétendre à une grande vitalité clinique.

M. le professeur Chauffard s'est également montré sévère à l'égard de la Faculté de Montpellier : « Cette Faculté, dit-il, non sans quelque ironie, a de glorieuses traditions qui sont sa principale force; mais il ne faut pas se dissimuler que le mouvement de transformation qui agite l'enseignement médical ne lui est pas de tout point favorable. » Feu Denonvillier disait un jour à ses collègues de Montpellier : « Ce qu'il faudrait pour votre prospérité, ce serait qu'il fût créé à Lyon un *quartier Montpellier* et qu'on vous y transportât, vous apporteriez là votre longue habitude de l'enseignement, vos doctrines et vos idées philosophiques, et vous recevriez, en échange, des services d'hôpitaux, des sujets de dissection, en un mot, des éléments de travail et d'observation : la matière de l'étude vous manque.

Il est intéressant, à plusieurs années de distance, de voir ces deux inspecteurs généraux adresser à l'antique Faculté le même ordre de reproches; on avouera que dans leur bouche il est d'un grand poids.

D[r] L. Fiaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le directeur de l'administration de l'Assistance publique a adressé, à MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux, la circulaire suivante :

Monsieur le docteur,

Un arrêté de M. le ministre de l'intérieur, rendu sur la proposition de M. le préfet de la Seine, vient de me confier la direction de l'administration de l'Assistance publique.

J'aurais désiré vous faire part de ma nomination au lendemain même de mon installation, mais une indisposition subite m'a empêché jusqu'à ce jour de prendre définitivement possession de mon poste.

En vous donnant le motif du retard involontaire que j'ai mis à entrer en relations avec vous, je tiens à vous faire connaître par avance mon profond désir d'inaugurer dès maintenant nos bons rapports et de les voir se perpétuer dans l'avenir.

J'ai, monsieur le docteur, pour le grand corps médical des hôpitaux de Paris, le respect absolu que ne peut manquer d'inspirer une réunion d'hommes aussi éminents.

Ma ferme volonté est de lui réserver, dans l'étude des questions si diverses que comporte l'administration hospitalière, la plus large part.

(1) Rapport de M. le professenr Bert, 16 mars 1874.
(2) Bert, rapp. cité.

Je désire même qu'en ce qui touche au côté scientifique, son avis, toujours demandé, devienne prépondérant.

Je ne veux pas que l'on puisse dire que l'administration se refuse à l'exécution des mesures jugées utiles aux malades par ceux-là mêmes dont la tâche est de les soigner et de les guérir.

J'aurai donc constamment recours à vos lumières, je solliciterai vos conseils et vous trouverez, je crois pouvoir le déclarer hautement, auprès du nouveau directeur de l'Assistance publique, la résolution bien arrêtée de faire prévaloir, de concert avec vous, toutes les réformes utiles réclamées par l'intérêt de cette population souffrante que nous avons la mission commune de soulager et de secourir.

Agréez, etc.

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,
Michel Möring.

— La commission instituée par M. le préfet de la Seine, à l'effet d'arrêter toutes les conditions d'un concours spécial pour les places vacantes ou à la veille de l'être, dans le service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, se compose de MM. Baillarger, président de l'Académie de médecine; Vulpian, doyen de la Faculté de médecine; Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Beaujon; Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu; Ch. Loiseau et Thulié, membres du Conseil municipal; Constans, médecin-aliéniste.

La seule question qui puisse diviser les membres de la commission est celle-ci : l'épreuve éliminatoire consistera-t-elle dans l'examen clinique de deux malades ordinaires, dans une salle de l'Hôtel-Dieu, ou de deux aliénés, à l'infirmerie spéciale près la Préfecture?

La limite d'âge pour les médecins actuellement et ultérieurement en exercice serait de soixante-cinq ans, comme dans les services de médecine des hôpitaux de Paris.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le samedi 30 mars 1878, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le vendredi, 1er mars, jusqu'au samedi 16 mars inclusivement, de onze heures à trois heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique appliquée basé sur les indications, suivi d'un précis de thérapeutique et de posologie infantiles, et de notions de pharmacologie usuelle sur les médicaments signalés dans le cours de l'ouvrage, par J.-B. Fonssagrives, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. Tome Ier, 1 fort vol. in-8°. Prix : 12 francs.

L'ouvrage complet formera deux volumes in-8°; le second volume paraîtra le 15 juillet 1878. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des causes de la mortalité comparée de la première enfance dans les principaux climats de l'Europe, par le docteur Kuborn. — In-8°. Prix : 4 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De quelques troubles des fonctions génitales dans la phthisie pulmonaire de la femme, par le docteur Raulse. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 25. — JEUDI 28 FÉVRIER 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 28 FÉVRIER 1878. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Traitement de la pneumonie catarrhale.

Dans la précédente leçon, je vous ai fait connaître le traitement que j'ai l'habitude d'employer dans la pneumonie aiguë fibrineuse chez les enfants. Aujourd'hui je vais vous parler du traitement de la pneumonie aiguë catarrhale.

Cette forme de pneumonie, qui est alvéolaire comme la précédente et non-interstitielle, diffère de l'autre parce que l'exsudation des alvéoles n'est pas fibrineuse, compacte, dure, formant l'hépatisation pulmonaire et au contraire, est épithéliale, mucineuse et leucocythique. De plus, elle n'occupe pas un lobe entier, elle occupe des lobules disséminés, en plus ou moins grand nombre et forme la pneumonie lobulaire. Cest aussi ce qu'on appelle la broncho-pneumonie, et dans quelques cas la bronchite capillaire.

Dans cette forme de pneumonie, l'invasion n'est pas aussi aiguë, ni aussi violente que dans la pneumonie fibrineuse. La température ne s'élève jamais rapidement si haut, elle commence comme un rhume, quelquefois par un coryza qui descend et gagne les bronches, par un accès de laryngite striduleuse ou par une angine pultacée. Elle n'est jamais unilatérale comme l'est habituellement la pneumonie fibrineuse et elle occupe, en général, les deux poumons dans leur partie postérieure.

Comme vous avez pu le voir, chez les enfants des numéros 43, 47 et 51 de la salle Sainte-Catherine, la fièvre n'est pas très-considérable et ne dépasse pas 39 degrés. Elle varie entre 37°5, 38 et 39 degrés. La percussion ne donne jamais de matité absolue, mais plutôt de la submatité un peu plus forte d'un côté que de l'autre. A l'auscultation on n'y trouve que du râle sous-crépitant, des râles muqueux fins et un peu de rudesse du bruit respiratoire avec faible retentissement de la voix ou des cris.

Dans ces conditions de subinflammation pulmonaire, de fièvre modérée, le traitement n'est plus le même que dans la pneumonie aiguë franche. Les indications à remplir ne sont plus les mêmes. Ici, comme dans l'autre variété de maladie, je ne crois pas qu'il soit possible d'arrêter le développement du mal ni de juguler la maladie.

Première indication. — Modérer l'inflammation du tissu pulmonaire. — S'il n'est pas possible d'arrêter le développement de la phlegmasie broncho-pulmonaire, il faut essayer d'en modérer l'intensité.

Les émissions sanguines n'ont ici que peu d'importance. Il est inutile d'y recourir. Ce serait même dangereux à cause de la faiblesse qui pourrait en résulter. Elles ne sont utiles que dans les cas graves accompagnés de forte hyperémie pulmonaire et de menace d'asphyxie ou d'anoxémie. Mais alors, ce n'est pas au début que cela se présente, c'est dans le cours de la pneumonie, et j'en parlerai dans un instant.

Au début, il n'y a que des pédiluves à l'eau de moutarde, ou à l'eau de savon, chauds, et des emplâtres résineux de diachylon, de sparadrap belladoné, de papier Wlinsi ou de papier chimique, qui soient utiles, en même temps que l'on donne des tisanes pectorales émollientes, des loochs blancs diacodés, des potions gommeuses opiacées ou des juleps avec l'alcoolature d'aconit.

Je prescris habituellement dans ces cas :

1° Looch blanc du Codex.
Sirop diacode, 5 à 20 grammes, selon l'âge, par cuillerées à soupe toutes les heures.

Ou bien :

2° Sirop d'althéa, 80 grammes.
Sirop diacode, 5 à 20 grammes, selon l'âge, par grandes cuillerées.

Ou bien :

3° Sirop d'althéa, 80 grammes.
Sirop de codéine, 5 à 20 grammes par grandes cuillerées.

Ou bien :

4° Potion gommeuse, 100 grammes.
Sirop diacode, 5 à 20 grammes, par cuillerée à soupe.

5° Potion gommeuse, 100 grammes.
Sirop codéine, 5 à 20 grammes par grandes cuillerées à bouche.

Ou bien :

6° Potion gommeuse, 100 grammes.
Alcoolature d'aconit, 1 à 2 grammes par grandes cuillerées.

Ces formules peuvent être variées à l'infini, mais celles-là sont suffisantes pour le début de la pneumonie catarrhale.

Deuxième indication : évacuer les mucosités bronchiques. — Si la maladie augmente, et qu'avec plus de fièvre il y ait

beaucoup de râles muqueux fins dans la poitrine, appréciables à l'auscultation ou à distance, il en résulte une grande gêne respiratoire et de l'anoxémie. Alors, il faut essayer de débarrasser les bronches de leur sécrétion catarrhale. Pour cela, je prescris :

Sirop d'ipécacuanha, 15 grammes.

Poudre d'ipécacuanha, 15 à 30 centigrammes, selon l'âge, à prendre en deux fois à un quart d'heure d'intervalle.

Ou bien :

Poudre d'ipécacuanha, 30 centigrammes.
Eau sucrée, deux grandes cuillerées,

à prendre en une fois.

Ou bien, si ces enfants ont dépassé sept ans :

Tartre stibié, 25 milligrammes

dans un quart de verre d'eau sucrée, à prendre en une fois.

Si les enfants ont dépassé douze ans, on peut donner le tartre stibié à la dose de 5 centigrammes, de la même façon.

Sous l'influence de ces remèdes, il se fait un ou plusieurs vomissements, qui débarrassent les bronches et qui, en général, diminuent un peu la fièvre. En même temps que ces vomitifs, le médecin doit empêcher qu'on ne donne trop à boire de tisane ou d'eau chaude, parce que si on ne se conforme pas à ce précepte, l'effet vomitif est empêché et se change en action purgative, ce qui est fâcheux, car cela ne produit pas le résultat attendu. Ainsi donc, si vous voulez faire vomir, n'oubliez pas qu'il faut empêcher qu'on donne aux enfants trop de boissons chaudes après l'administration du médicament.

Troisième indication : détourner l'inflammation pulmonaire. — Quand la phlegmasie broncho-pulmonaire a acquis une intensité considérable, il faut recourir aux révulsifs cutanés. L'emplâtre de thapsia, l'huile de croton et les vésicatoires volants sont alors convenables à prescrire, mais je n'emploie ni le thapsia ni l'huile de croton sur la peau chez les enfants.

Voici pourquoi : ces deux révulsifs déterminent une rubéfaction avec vésicules de la peau, qui s'étend parfois sur une grande partie du corps. Cette rubéfaction est si douloureuse, si pénible, que les enfants sont dans un état pitoyable. Ils sont dans le feu. Leur peau les brûle, et il en résulte un agacement et une agitation qu'il est bon de savoir éviter.

Les vésicatoires volants sur la poitrine, qui sont bien plus actifs et bien plus efficaces, n'ont pas les mêmes inconvénients et ne sont jamais si douloureux. Quand ils sont bien attachés, ils ne s'étendent pas ; quand on ne les laisse pas trop longtemps sur la peau, ils n'irritent pas la vessie, parce que l'absorption cantharidienne n'a pas le temps de se produire ; enfin, s'ils ne sont pas trop grands, la douleur qu'ils produisent est insignifiante et à peine sentie.

En conséquence, pour la révulsion cutanée dans la pneumonie catarrhale, il faut principalement les vésicatoires volants placés sur la poitrine. On les met en avant, plutôt qu'en arrière, et il est bon de ne pas leur donner plus de 6 centimètres, afin de pouvoir en mettre plusieurs les uns après les autres, si la chose est nécessaire. On les laisse six ou huit heures en place, maintenus par deux bandelettes croisées de diachylon, puis on met un cataplasme de farine de lin, et le pansement se fait avec du cold-cream ou du cérat.

L'action révulsive des vésicatoires volants est très-énergique, parfois très-prompte, et débarrasse assez vite les petits malades. Aussi n'y a-t-il pas à hésiter dans leur emploi.

Quatrième indication : soutenir la tonicité des bronches et des vacuoles pulmonaires. — Par suite de la phlegmasie broncho-pulmonaire, le tissu des poumons tombe dans un état d'asthénie plus ou moins considérable. Il se fait une paralysie vaso-motrice des parois alvéolaires, qui augmente l'hyperémie et les sécrétions de la muqueuse. C'est le ralentissement du *motus vitalis* local.

Cet état, qui succède au premier influx inflammatoire, mérite d'être pris en très-sérieuse considération. Il crée une sorte de passivité organique qui gêne de plus en plus les fonctions circulatoires des alvéoles, nuit à l'hématose et conduit à l'asphyxie. Il faut y remédier promptement.

Pour cela, il faut donner de la tisane vineuse ; des potions avec 10 à 20 et 30 grammes, selon l'âge des enfants, de vin muscat, de vin de Malaga, de Xérès, d'élixir de Garus, de vieux cognac, de teinture d'anis ou de quinquina. Les alcooliques dilués sont, dans ces cas, extrêmement avantageux aux malades et empêchent la phlegmasie de se prolonger ou de passer à l'état chronique.

Cinquième indication : tarir les sécrétions bronchiques qui se prolongent. — Chez un certain nombre d'enfants, lorsque la fièvre a cessé, que l'appétit est revenu, et que la toux persiste, il y a là une prolongation de sécrétion qui est fâcheuse. Elle résulte de l'herpétisme ou du scrofulisme et du rachitisme. On peut en abréger la durée par les résineux, par les sulfureux, les expectorants, par les balsamiques et par les essences oxygénées. De la teinture de benjoin, vingt gouttes dans une potion ; une émulsion de 1 gramme de baume de Tolu mise dans un looch ; de l'eau et du sirop de goudron ; du sirop et de l'élixir d'eucalyptus globulus, deux à quatre cuillerées par jour ; six gouttes d'essence de thym, et mieux d'acide thymique dans 250 grammes d'élixir de Garus, à prendre trois cuillerées par jour ; le sirop de sève de pin maritime, quatre cuillerées par jour ; l'élatine, à la même dose.

Quand j'ai recours aux préparations sulfureuses, je donne l'électuaire de soufre, deux cuillerées à café par jour.

Miel blanc. . . . . 50 grammes.
Fleurs de soufre. 2

Le sirop sulfureux, ou les eaux minérales sulfureuses d'Enghien et de Cauterets, une à trois cuillerées par jour dans du lait sucré.

Comme expectorants, je vous conseille de donner des pastilles d'ipécacuanha une ou deux tous les matins à jeun, ou bien une demi-cuillerée à café de sirop de cette substance. Puis on fait prendre quelques tasses d'infusion de polygala sénéga, additionnées de lait, ou bien du sirop de polygala, trois à quatre cuillerées par jour.

Tels sont les moyens convenables à employer dans la pneumonie catarrhale ou broncho-pneumonie.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. VALLIN.

Arthropathies consécutives aux altérations aiguës de la moelle.

Après un premier travail de M. Vallin sur les manifestations spinales du rhumatisme (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 12 février 1878), M. le docteur Rendu, par une opposition ingénieuse, a appelé l'attention sur les manifestations articulaires, dans le cours des inflammations de la moelle. Son but était surtout de montrer la difficulté du diagnostic entre deux affections qui diffèrent autant par leur nature que par la gravité du pronostic.

Les arthropathies spinales n'ont pris droit de domicile dans la

science qu'après le mémoire de M. Charcot, en 1868. En effet, lorsqu'en 1831, J.-K. Mitchell émit, pour la première fois, cette opinion que les altérations des nerfs ou de la moelle pouvaient faire naître des troubles graves de nutrition dans des parties éloignées du corps, en particulier dans les articulations, il cita à l'appui de son opinion un grand nombre de faits douteux, sans autopsies. Un fait d'hémi-section accidentelle de la moelle par un coup d'épée ayant déterminé des troubles de la sensibilité, du mouvement, des épanchements articulaires et des eschares au sacrum, montra d'une manière évidente les rapports entre la lésion de la moelle et certains désordres trophiques. Enfin, les recherches cliniques de M. Charcot ont prouvé qu'il fallait considérer, comme auteur des désordres trophiques d'origine spinale, les eschares précoces, les fractures spontanées, les luxations et les arthropathies aiguës ou chroniques qu'on rencontre dans le mal de Pott, le *tabes dorsalis*, l'atrophie musculaire progressive.

Cette influence trophique de la moelle commence à être acceptée par la généralité des médecins, et M. Besnier se demandait récemment si le rhumatisme articulaire lui-même ne pourrait pas être l'expression d'un trouble organique ou fonctionnel de la moelle. Cette réflexion, émise avec tant de réserves par M. Besnier, se trouve exprimée dès 1831 par J.-K. Mitchell. Quel que soit l'avenir réservé à cette question, il est certain, dit M. Vallin, que les arthropathies symptomatiques des dégénérescences de la moelle ou des myélites offrent certaines ressemblances avec les fluxions articulaires rhumatismales.

M. Vallin a observé, dans son service, au Val-de-Grâce, une myélite aiguë, au cours de laquelle une hydarthrose des deux genoux, des rougeurs aux articulations du pied, firent songer un instant à la nature rhumatismale de l'affection; il s'agissait, en réalité, d'une myélite centrale et diffuse, avec altérations trophiques des articulations. Voici le résumé de cette observation :

Un homme de trente ans, en parfaite santé, sans influence rhumatismale, sans cause appréciable sentit, le 25 février 1877, en se promenant ses jambes s'affaiblir et s'aperçut qu'il ne pouvait plus uriner. Il rentre chez lui, se couche, ne sentant ni fièvre, ni douleurs. Le surlendemain, la paraplégie était complète, l'insensibilité absolue; il urinait par regorgement et ne s'apercevait pas du passage des matières fécales. Application de ventouses scarifiées et de pointes de feu sur le rachis. Le 16 mars, ce malade entre au Val-de-Grâce dans le service de M. Vallin. Il présentait à ce moment l'état suivant : absence de fièvre, bon appétit; paraplégie complète, anesthésie et analgésie remontant d'abord jusqu'au pli de l'aine, puis bientôt jusqu'au rebord des fausses côtes. Dans toute cette zone, abolition complète des réflexes, œdème des membres paralysés, pas d'albuminurie, rétention constante de l'urine; le malade ne sent pas le passage des selles qui sont involontaires. Au côté gauche du sacrum, ulcère profond, de six à huit centimètres de diamètre résultant de la chute d'une eschare qui, au dire du malade, avait apparu dès le deuxième jour de la paraplégie. La fièvre, nulle d'abord, prend bientôt le caractère de fièvre hectique, avec frissons le soir, sueurs nocturnes par le progrès des mortifications du sacrum et l'infection purulente qui en résulte.

Le 22 mars, l'œdème a gagné le haut des cuisses, les parois abdominales et le bas de la poitrine; M. Vallin constate un épanchement très-abondant de sérosité dans les deux genoux, sans rougeur, ni douleur; en même temps, il constate des phlyctènes pleines de sérosité roussâtre et sanguinolente, au cinquième métatarsien et à la voûte plantaire du pied droit. Nouvelle eschare au sacrum entourée de phlyctènes semblables.

Le 29 mars, apparaît une rougeur au niveau du cou-de-pied et de la malléole externe à droite, comme dans un rhumatisme, mais sans douleur ni épanchement. Les jours suivants, la teinte d'abord rosée, prend une nuance sombre acajou; intégrité parfaite de l'intelligence, rien aux membres supérieurs qu'un peu de tremblement dans l'extension. A partir du quatre avril, la sensibilité et quelques mouvements réflexes commencent à reparaître dans la région abdominale, le haut des cuisses ; plus tard, dans les jambes et dans les pieds ; la paralysie motrice reste complète. Les eschares se sont multipliées ; le sacrum est complétement dénudé ; le tissu osseux est à nu; l'infection purulente est évidente; le malade succombe le 25 avril.

A l'autopsie, on constate les lésions suivantes : les poumons sont criblés d'abcès métastatiques de la grosseur d'un noyau de cerise ; on en compte plus de cent dans chaque poumon. Il n'y en a pas dans les autres viscères. L'articulation du genou droit contient un pus séreux, sanieux, un peu noirâtre et des flocons formés par les villosités de la synoviale. Celle-ci est épaissie, infiltrée, indurée ; les cartilages sont, en certains points, ardoisés, érodés et laissent à nu le tissu osseux du condyle qui paraît poreux et friable, noirâtre. L'articulation du genou droit est le siége d'une hydarthrose simple, contient 60 grammes environ de sérosité citrine, et ne présente aucune des altérations précédentes. Tous les muscles des membres inférieurs ont une teinte jaunâtre, une consistance molle, caractéristique de la dégénérescence graisseuse. Le canal sacré contient du pus qui a fusé par les trous de conjugaison et dans lequel baignent les nerfs de la queue de cheval; le tissu osseux du sacrum est noir et infiltré de pus; la méningite spinale reste limitée au sacrum; la moelle a sa consistance normale et ne présente nulle part de ramollissement. La section de la moelle laisse reconnaître dans toute sa hauteur, mais particulièrement à 12 ou 15 centimètres au-dessus de l'origine de la queue de cheval, une teinte ocreuse exagérée de la substance grise qui est plus vasculaire et striée de lignes rosées très-fines. Les cordons blancs ont la coloration et la consistance normales, il n'y a aucun foyer de ramollissement. Le cerveau et l'encéphale sont dans un état d'intégrité absolue.

L'examen histologique fait par M. Laveran a donné les résultats suivants : 1° atrophie et disparition de la majeure partie des grandes cellules des cornes antérieures, particulièrement à la région dorsale et lombo-dorsale; prolifération des cellules de la nécropsie et altération légère des tubes nerveux de la substance blanche, surtout dans les cordons postérieurs; 2° dans les muscles des membres inférieurs, prolifération extraordinaire des cellules du perimysium et atrophie des fibres musculaires; 3° dans les condyles du genou, dilatation des cavités médullaires, transformation graisseuse de la moelle, inflammation des capsules cartilagineuses.

Ainsi, ajoute M. Vallin, chez un homme robuste, bien portant jusque-là, en l'absence de toute influence rhumatismale, sans fièvre, sans douleurs, apparaît brusquement une paraplégie qui, en trente-six heures, devient complète, portant à la fois sur la vessie, le rectum, les membres inférieurs, détruisant en même temps la motricité musculaire, la sensibilité et l'excitabilité réflexe. Cliniquement, l'affection médullaire se traduit beaucoup moins par les phénomènes de réaction habituels dans la myélite que par les troubles fonctionnels qu'on observe dans l'atrophie aiguë. L'examen histologique montre que la lésion initiale n'a pas porté seulement sur la substance grise centrale, mais aussi sur les cordons blancs, en particulier sur les cordons blancs postérieurs; nulle part, l'altération n'était aussi prononcée que dans les cornes antérieures.

M. Vallin fait ressortir l'importance de ce fait : si, en effet, on ignore encore le siége des centres trophiques supposés de la moelle, on a pu constater plusieurs fois une coïncidence singulière entre les lésions irritatives des cornes antérieures et les troubles graves de la nutrition dans divers tissus : eschares précoces, dégénérescence rapide des muscles, fragilité des os, arthropathies. C'est à cette détermination anatomique spéciale que M. Vallin attribue les désordres trophiques observés chez son malade, ces eschares, dont la première apparaît dès le deuxième jour de la paralysie ; ces phlyctènes à contenu roussâtre, sanguinolent, observées au niveau de la tête du cinquième métatarsien, et à la voûte plantaire, les phlyctènes qui se sont montrées au sacrum, au voisinage des premières eschares. La destruction rapide de toutes les parties molles de la région a amené la méningite spinale ichoreuse, limitée à la queue de cheval, et la mort du malade par infection purulente. La disparition du réflexe, la part de la contractilité musculaire, s'expliquent par la majorité des muscles paralysés. Une altération aussi rapide, aussi étendue, n'est explicable que par une influence générale ayant troublé profondément la nutrition de toutes ces parties. C'est également à un trouble nutritif d'origine spinale qu'il faut rapporter cet œdème dur, profond, général, observé dans ce cas.

L'apparition d'une hydarthrose double avec épanchement considérable dans les deux genoux, le développement ultérieur de rougeurs aux jointures du pied, fit discuter le diagnostic entre l'arthropathie trophique et l'arthropathie rhumatismale; mais, d'une part, l'absence de refroidissement, et, d'autre part, la coïncidence de ces arthropathies avec les phénomènes qui viennent d'être décrits, plaident en faveur d'une altération trophique. Les lésions trouvées à l'autopsie n'ont fait que confirmer ce diagnostic. Il resterait à discuter la nature syphilitique de la myélite; mais la date récente d'une infection douteuse, l'absence d'accidents de transition, l'inefficacité du traitement antisyphilitique, doivent faire rejeter cette hypothèse.

En résumé, dit en terminant M. Vallin, certaines arthropathies ne sont que l'expression d'un trouble de nutrition ayant une origine dans une lésion grave de la moelle; elles ont été souvent confondues avec le traumatisme, mais il existe aujourd'hui un ensemble de signes qui permet de distinguer l'une de l'autre ces deux manifestations articulaires.

HÉMATOCÈLE SPONTANÉE DE LA TUNIQUE VAGINALE

COMPLIQUÉE D'UNE HÉMATOCÈLE EXTRA-VAGINALE (AUTREMENT DIT : PARIÉTALE) PAR SUITE D'UNE PONCTION FAITE AVEC LE TROCART; CASTRATION; GUÉRISON (1).

Par le docteur Th. Thibault (de Nantes).

III

Cette observation est intéressante et remarquable à plus d'un titre :

I. L'existence d'une double hématocèle d'un seul côté du scrotum constitue un fait extraordinaire. De ces deux hématocèles, l'une fort ancienne, survenue sans cause appréciable, a son siége dans la tunique vaginale, considérablement distendue et épaissie. L'autre, plus récente, superposée à la première, avec laquelle elle communique, est renfermée dans les enveloppes testiculaires extérieures à cette membrane.

Le mode de production de cette dernière hématocèle n'est pas moins curieux. C'est à la suite d'une ponction faite avec le trocart que s'est développée, comme nous l'avons vu, cette tumeur, dont le volume augmentant de jour en jour, a déterminé P.... à venir me consulter.

Or, la question qui se présente naturellement à l'esprit est la suivante : y a-t-il entre l'opération pratiquée et le développement de la tumeur un rapport de causalité ou une simple coïncidence?

Il est incontestable que la ponction a été faite bien des fois en pareil cas sans entraîner la formation d'une hématocèle pariétale. Je n'en citerai qu'un exemple, dont j'ai en ce moment la relation sous les yeux. C'est l'observation de Smith (de Dublin), publiée dans le *Bulletin de thérapeutique* (mars 1863), dans laquelle il est dit que la ponction a été pratiquée trois fois sur le même sujet, dans l'espace de trois ans, sans que l'on signale, à la suite d'aucune de ces ponctions, les accidents observés dans le fait qui nous occupe.

Mais est-ce là un motif suffisant pour conclure que, dans ce cas-ci, la ponction n'a pas été la cause productrice de l'hématocèle pariétale? Je ne le pense pas. Il me semble, au contraire, impossible de nier le rapport de causalité, si l'on considère :

1° Qu'aussitôt après l'opération, la tumeur a commencé à augmenter de volume;

2° Que ce n'est que depuis cette époque que P... a perçu le bruit de gargouillement, lequel ne peut s'expliquer que par l'introduction de l'air extérieur dans la cavité où se trouvait renfermé le liquide. Or on comprend très-bien qu'il ait pu s'y introduire par l'ouverture faite à la peau et aux tissus sous-jacents par la pointe du trocart;

3° Que l'ouverture pratiquée à la paroi antérieure de l'hématocèle vaginale se trouvait précisément au même niveau que la cicatrice de la piqûre du trocart;

4° Enfin, que les parois de la poche étaient tellement épaisses, qu'on ne peut supposer qu'elles se soient perforées spontanément.

On m'objectera peut-être que, si l'hématocèle pariétale avait eu pour cause la perforation de la paroi antérieure de la tumeur vaginale par la pointe du trocart, elle se serait montrée aussitôt après l'opération, et n'aurait pas attendu quinze jours pour se produire. Sans doute, c'est ce qui aurait eu lieu, s'il n'avait pas existé d'adhérences entre la tumeur et les parties environnantes. Mais il en existait, comme nous l'avons constaté, à ses faces postérieure et inférieure, et d'une épaisseur telle qu'il avait fallu employer le bistouri pour les diviser. La face antérieure devait en présenter aussi, moins fortes sans doute que les précédentes, mais assez intimes néanmoins pour mettre obstacle à la libre sortie du liquide contenu dans la cavité vaginale et à son épanchement. Le retard que celui-ci a mis à se produire est une preuve certaine de leur existence. Il a fallu, en effet, un temps assez long au liquide de l'hématocèle pour détruire ces adhérences et se frayer un passage à travers leurs interstices. Ce travail aura été favorisé, il est vrai, par cette circonstance sur laquelle j'ai fixé plus haut l'attention, je veux parler des voyages fréquents que P... a faits à pied durant les huit jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital. Dans la marche, le liquide épanché, obéissant aux lois de la pesanteur, se sera porté naturellement sur les parties déclives, et aura déterminé ainsi la distension et l'amincissement de la peau, que j'ai signalés au début de cette observation. Si les adhérences eussent été aussi fortes à la partie antérieure que dans les autres points, il est bien probable que l'épanchement n'aurait pu se produire, et que, par conséquent, il n'y aurait pas eu d'hématocèle pariétale. C'est peut-être à une disposition de ce genre que les ponctions ont dû, dans les cas auxquels je faisais allusion tout à l'heure, de n'être pas suivies des mêmes accidents que dans celui que j'ai observé.

Quoi qu'il en soit, ce fait porte avec lui son enseignement. Il devra rendre plus réservé sur l'emploi d'une opération qui n'est pas sans dangers, et qui est d'ailleurs, comme l'expérience l'a démontré depuis longtemps, tout à fait insuffisante pour la guérison de l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale.

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 février.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 février 1878. — Présidence de M. Richet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport final de M. le docteur Bolut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle (Jura), sur une épidémie de variole compliquée de fièvre muqueuse et typhoïde qui a sévi dans la commune de Choisey pendant les mois de décembre et de janvier derniers. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le vice-président de la Société de biologie, qui informe l'Académie

de la souscription ouverte pour élever un monument à la mémoire de Claude Bernard, et lui demande de désigner un de ses membres pour faire partie de la commission générale appelée à régler l'emploi des sommes recueillies et à déterminer la nature du monument.

Sur la proposition de M. le secrétaire perpétuel, l'Académie désigne, pour la représenter dans cette commission, M. A. Moreau, qui l'avait déjà représentée aux obsèques de Claude Bernard.

La correspondance manuscrite comprend, en outre :

1° Un mémoire adressé pour le prix d'Argenteuil, concours de 1881, par M. le docteur Vinci, ex-chirurgien de l'hôpital des Incurables à Naples ;

2° Un mémoire intitulé : *Cinq observations d'orthopédie,* présenté pour le prix Barbier, concours de 1878, par M. le docteur Pasturel (de Toulouse).

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. PETER présente, au nom de M. le docteur Clavier, un nouvel appareil destiné à l'éclairage laryngoscopique.

RAPPORT

M. PERSONNE, au nom de la commission des remèdes nouveaux et secrets, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans observations.

A quatre heures vingt-cinq minutes, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

De la situation de l'enseignement médical en France.

Par M. le professeur CHAUFFARD.

II

Toutes les questions d'outillage, d'agencement, de matériel, de construction scientifiques que les visiteurs de facultés allemandes se sont complu, non sans raison, à examiner en détail, procèdent du développement expérimental et pratique des sciences biologiques; le caractère analytique et tout d'observation qu'elles affectent devait nécessairement amener dans les méthodes, dans les programmes, enfin, dans les conditions de la scolarité des modifications profondes. En Autriche et en Allemagne, la réforme des actes probatoires a été la conséquence logique des tendances de plus en plus pratiques de l'enseignement médical. Les lecteurs de la *Gazette*, tous ceux qui s'intéressent à l'organisation de l'enseignement médical en Europe savent depuis longtemps comment les universités d'outre-Rhin, de concert avec les divers ministères d'instruction publique allemands, ont modifié le programme des actes probatoires.

En Autriche, ce fut en 1872, sous l'impulsion de plusieurs professeurs de l'université de Vienne, que les examens de médecine subirent une modification capitale.

Désormais, l'étudiant autrichien était astreint à cinq années d'étude, et liberté entière lui était laissée pour choisir le moment où il voulait se présenter devant ses juges. Pour obtenir le diplôme de docteur en médecine qui lui conférait, comme à l'étudiant français, le droit de pratique en même temps qu'un titre honorifique, il devait au préalable, avoir fait ces cinq années d'études complètes et avoir été admis à l'examen des sciences naturelles (*naturhistoriche prüfung*) généralement passé la seconde année de présence à l'université. Le diplôme de docteur en médecine ne s'obtenait qu'une fois l'examen de doctorat, divisé en trois parties (en trois *Rigorosa,* ainsi sont désignés les examens en Autriche), une fois l'examen de doctorat soutenu. Nulle trace d'examen préparatoire correspondant à nos examens de fin d'année dans les nouveaux programmes (2).

Le premier *Rigorosum,* ou première partie de l'examen de doctorat autrichien, à la fois théorique et pratique, comprend, en effet, la physique, la chimie, l'anatomie, la physiologie : l'étudiant fait une préparation d'anatomie, d'histologie, des analyses physiologiques.

Le second *Rigorosum,* ou seconde partie de l'examen de doctorat autrichien, comprend la pathologie générale, la matière médicale, la pathologie interne, l'anatomie pathologique (préparation et dissection de pièces). L'élève subit, de plus, un examen clinique au lit du malade.

Le troisième *Rigorosum,* ou dernière partie de l'examen de doctorat autrichien, comprend la pathologie externe (examen clinique et théorique, manuel opératoire et application d'appareils), l'ophthalmologie (examen théorique, clinique, et opération sur le cadavre), l'obstétrique et la gynécologie (clinique et théorie), la médecine légale.

C'est là, on le voit, dans un ordre un peu différent, à peu près la matière de nos examens de doctorat, avec un caractère plus pratique et des exigences de laboratoire que nous n'avons point encore connues.

Dans l'empire allemand, l'examen d'état (*staats-examen*) comprend la matière de l'examen de doctorat autrichien et des examens de doctorat français. Un examen préparatoire dit *tentamen physicum,* correspond au *naturhistoriche prüfund.* Les matières de l'épreuve sont l'anatomie, la physiologie, la chimie, la physique et les sciences naturelles (botanique, zoologie, minéralogie). Les étudiants passent au plus tôt le *tentamen* après deux ans d'études, au plus tard après trois années, et à partir de ce moment, ne subissent plus aucune épreuve avant de se présenter au *staats-examen.* Or l'étude des matières demandées dans cet examen exige au moins quatre années de séjour dans la Faculté de médecine. Le *staats-examen* est divisé en cinq parties :

La première comprend la préparation d'une pièce d'angiologie, d'une pièce de nerfs, la démonstration d'une pièce d'ostéologie, un examen oral et pratique d'histologie et de physiologie avec préparation de pièces, un examen d'anatomie pathologique, avec démonstration d'autopsie et préparation d'une pièce d'histologie pathologique.

La seconde partie comprend la clinique chirurgicale (le candidat doit traiter deux malades pendant huit jours et présenter sur chacun d'eux une composition écrite à huis clos); une opération de médecine opératoire sur le cadavre ; application de bandages et appareils ; ophthalmologie.

La troisième partie comprend la clinique médicale et la matière médicale.

La quatrième partie, les accouchements et la gynécologie (histoire écrite d'un accouchement ; examen clinique durant sept jours ; maniement du forceps et des instruments d'obstétrique). Nous rappellerons ici qu'avant de se présenter pour subir la première épreuve du *staats-examen,* le candidat doit présenter une attestation écrite du professeur prouvant *qu'il a fait lui-même au moins quatre accouchements dans un service d'accouchements.*

La cinquième et dernière partie porte sur la pathologie générale et spéciale, sur la chirurgie, revient sur la matière médicale et passe en revue l'hygiène.

Ces réformes, auxquelles ont applaudi tous les amis des fortes études outre-Rhin, nous allons sous peu les voir se produire dans les actes de notre scolarité française. Le nouveau régime de nos examens de médecine reflète d'ailleurs, en quelques-unes de ses parties, la pensée du législateur allemand, et l'on peut dire que nos facultés ont tourné les yeux du côté de Berlin et de Vienne pour tracer leurs nouveaux programmes.

Le point capital de la réformation française est la suppression des examens dits de fin d'année, qui répétaient les examens de

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 février.

(2) En consultant les historiens des universités allemandes : Van Swieten, l'auteur anonyme du *Tableau des études de médecine en* 1794, Tomek, J. Probst, Billroth, etc., on verra que les programmes des universités autrichiennes, et notamment le programme de 1790, forçaient les étudiants à subir des examens semestriels avant de passer dans une année d'études plus avancées. C'était exactement là nos examens de fin d'année.

doctorat sans avoir de valeur définitive et n'étaient trop souvent qu'une formalité pour passer d'une année à l'autre.

Cette suppression aura naturellement pour corollaire l'augmentation du nombre des examens de doctorat, que l'on obtiendra en dédoublant certains examens dont l'importance est majeure.

L'examen d'anatomie et de physiologie sera dédoublé.

Comme en Autriche, comme en Allemagne, l'examen de médecine opératoire, de pathologie interne et de pathologie externe, sera dédoublé; il y aura désormais, comme dans la seconde et la troisième partie du *staats-examen*, deux examens cliniques : l'un pour la partie médicale, l'autre pour la chirurgie et les accouchements.

Cette réforme rencontrera, nul n'en doute, une approbation universelle : que de parties de la médecine négligées jusqu'ici et dans l'enseignement, et dans les programmes, et dans les actes probatoires, vont être enfin explorées! L'ophthalmologie, la gynécologie, l'obstétrique, les spécialités telles que la laryngologie, l'otologie, les affections vénériennes, la dermatologie, vont enfin être sérieusement représentées.

M. le professeur Chauffard ne donne point de détails sur la manière même dont les questions seront faites? Seront-elles tirées dans l'urne? L'étudiant devra-t-il, comme en Allemagne, faire la préparation et la démonstration de pièces d'histologie normale et pathologique, faire une nécropsie, appliquer des bandages, des appareils, etc., etc.? Ce sont là des questions spéciales, que les conseils des professeurs de facultés auront à fixer avec la haute compétence que leur donnent à la fois la science et l'expérience de l'enseignement.

Ces divers changements ont-ils été approuvés par le comité consultatif de l'enseignement supérieur, adoptés par le conseil supérieur de l'instruction publique? ils sont actuellement soumis à l'examen du Conseil d'État, dont l'approbation n'est point douteuse.

M. le professeur Chauffard n'a point restreint son étude aux seules modifications qui précèdent; il s'est arrêté aussi en quelques pages d'une grande justesse sur les cliniques spéciales. Partageant l'avis du professeur Courty, qui a si sagement écrit que : « la spécialité est le plus bas degré de l'art lorsqu'elle n'est pas fécondée par les connaissances générales; qu'elle en est la perfection lorsqu'elle est le couronnement de la science; qu'il faut finir au lieu de débuter par elle », il veut que l'on réserve la charge des enseignements cliniques spéciaux à ceux qui ont déjà fait preuve d'une instruction encyclopédique complète et forté. N'est-ce point là le cas des agrégés de nos facultés et des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris. « Les uns et les autres sont nommés après de longs et vaillants concours, portant sur la médecine et la chirurgie, considérées dans leur ensemble. Ceux qui ont traversé ces concours avec succès sont armés de toutes pièces; ils connaissent et la science générale et les spécialités scientifiques.... Nos maîtres en spécialités sauront éviter l'esprit étroit, les tendances fâcheuses que l'on rencontre dans beaucoup d'universités étrangères. Les enseignements cliniques spéciaux y sont confiés à des médecins qui ne connaissent que la spécialité qu'ils cultivent, et qui même s'absorbent tout entier dans l'étude indéfinie d'un point limité et spécial même dans la spécialité. On perd à cette façon de comprendre et de pratiquer les spécialités toute aptitude, tout esprit scientifique. Un tel danger ne sera jamais à redouter parmi nous. »

Pour fonder cet enseignement spécial, une entente avec l'Assistance publique était nécessaire : elle s'est établie. Par une heureuse disposition, la Faculté de Paris a admis que le concours des médecins ou chirurgiens des hôpitaux serait utilisé pour les chaires secondaires de cliniques spéciales, et si une nomination récente a suscité de vives récriminations, c'est, sans nul doute, moins à cause du principe qu'elle consacre, que des conditions particulières dans lesquelles elle a pu être faite.

Toutes ces cliniques spéciales resteront-elles à l'état de chaires secondaires (analogues aux chaires extraordinaires d'outre-Rhin), et serait-elles ultérieurement, comme la chaire des maladies mentales, élevées au rang de chaires magistrales, c'est ce que l'avenir décidera : il est probable que, sur ce chapitre, la Faculté de Paris suivra l'exemple des facultés allemandes. Quand un chargé de cours aura, par exemple, donné pendant un assez long laps de temps un vif éclat à son enseignement particulier; quand il aura, par des recherches originales, agrandi le cercle des études spéciales qui lui auront été confiées, il est permis de supposer que de tels services pourront être reconnus par la conversion de la chaire secondaire en chaire de premier ordre.

L'adjonction des cours de clinique spéciaux ne complétera pas seulement l'enseignement de nos facultés de médecine. « La plupart des chaires magistrales embrassent de trop vastes étendues scientifiques, et le professeur est obligé de scinder son cours en plusieurs années. Il en est ainsi pour toutes les chaires magistrales, qui sont uniques de leur espèce : telles, les chaires de pathologie générale, de thérapeutique, d'anatomie pathologique, de médecine légale, d'hygiène, de physiologie, d'anatomie, de médecine opératoire, de chimie, de physique, d'histoire naturelle. Telles sont même les chaires doublées de pathologie interne et de pathologie externe; pour les unes comme pour les autres, la matière de l'enseignement est surabondante. A moins de fournir un enseignement mutilé et absolument élémentaire, le professeur est condamné à ne traiter qu'une part minime de son sujet. » Grave reproche, cent fois formulé contre les cours de nos facultés! Les Allemands avaient su éviter l'écueil dans lequel versaient nos programmes en doublant les chaires d'anatomie, de physiologie, d'anatomie pathologique, etc.; les deux ordres de professeurs, appelés professeurs ordinaires et extraordinaires, se partageaient le cours et en développaient simultanément devant les étudiants les diverses parties. D'autre part, pour ne point faire durer, comme nos professeurs français, les cours essentiels durant d'interminables lustres (le mot n'est que trop précis), ils stipulaient dans leurs programmes que les cours d'anatomie, de physiologie par exemple, seraient faits hiver comme été. La réforme de notre enseignement fera taire toutes les critiques que l'on pouvait adresser à notre système en deçà et au delà du Rhin. Désormais, tout cet ordre de professeurs muets, les professeurs agrégés qui ne professaient pas, participeront à l'enseignement. Chaque agrégé sera attaché, comme second, à une chaire magistrale pour compléter le cours du titulaire. Le concours des agrégés est destiné à donner aux facultés françaises toute la vitalité, toute la prospérité que donnent aux facultés allemandes les professeurs extraordinaires.

Ne quittons pas cette question de l'agrégation et du concours désormais sérieux qu'elle va donner à l'enseignement, sans ajouter que le stage de ses membres, par décret du 18 août 1877, a été supprimé. Cette mesure excellente (à laquelle M. le professeur Chauffard n'est point étranger), rencontrera une approbation générale. Mais pour qu'elle pût se réaliser sans porter un grave préjudice aux candidats qui se préparaient à concourir, il fallait augmenter le nombre des agrégés en exercice. Les concours d'agrégation ayant lieu tous les trois ans, et les agrégés nommés au prochain concours devant entrer immédiatement en fonction, il fallait ou ajourner de trois ans le concours actuel, ou augmenter de près d'un tiers le nombre des agrégés en exercice. C'est cette dernière mesure qu'a admise le ministre; des places nouvelles d'agrégés sont aussi créées.

Nous regrettons de n'avoir point trouvé, dans l'article de M. le professeur Chauffard quelques détails sur ce que l'on peut appeler la vie universitaire des professeurs agrégés qui ont ou auront terminé leurs six ou neuf années d'exercices. Par une disproportion réellement fâcheuse, cette élite de chaque génération médicale, jugée capable de fournir un recrutement des chaires magistrales, se trouve en grande partie, après avoir principalement servi à contrôler le savoir des élèves dans les actes probatoires, rejetée hors de l'université.

En Allemagne, le professeur extraordinaire, celui que l'on peut justement assimiler à notre agrégé, enseigne sans aucune limite de temps, et ne se voit ainsi jamais menacé dans sa vie universitaire officielle; il ne redevient pas *privat-docent*, comme l'agrégé dont l'exercice est terminé; il nous paraît inutile de faire ressortir la supériorité d'un dispositif qui ne laisse point perdre pour l'enseignement des personnalités, jeunes, saillantes, zélées, dont les pénibles sacrifices trouvent, de cette sorte, une bien médiocre compensation.

L'auteur a consacré quelques lignes sympathiques à l'enseigne-

ment libre, mais notre système de recrutement professoral ne donnera jamais, quoi qu'on dise, aux professeurs libres, l'importance méritée des *privat-docents* des universités allemandes. Le concours étant la base de tout notre édifice d'enseignement médical, il est inutile d'insister sur l'importance des cours libres dans notre pays.

Dr L. FIAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital civil de Mustapha (Alger). — Un concours public pour deux places de médecin-adjoint sera ouvert le lundi 12 août 1878. Seront admis à concourir, les docteurs en médecine des facultés de France ayant vingt-cinq ans révolus et pourvus d'un diplôme ayant au moins trois années de date. Les candidats devront se faire inscrire avant le 25 juillet prochain au secrétariat de la commission administrative (à l'hôpital).

— *Concours d'anatomie pour le prix de l'enseignement libre.* — Ce concours aura lieu le 2 mars dans l'amphithéâtre de M. Fort, 2, rue Antoine-Dubois. On s'inscrit pour ce concours à la même adresse, tous les jours à partir du 25 février. Le prix fondé par M. Fort, consiste en une médaille de vermeil du prix de cent francs, et en une somme de quatre cents francs.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, par Ferdinand HEBRA, docteur médecin, professeur de dermatologie à l'université de Vienne, etc.; MORIZ KAPOSI, docteur médecin, professeur de dermatologie et de syphiliographie à l'université de Vienne; traduit et annoté par le docteur A. DOYON, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage (Isère). Édition revue par l'auteur. Tome second, fascicule III. Prix : 7 francs. — L'ouvrage complet en deux beaux volumes in-8° : 32 francs. — G. Masson.

Manuel d'anatomie. 2e édition du résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Pratique de la chirurgie des voies urinaires, par le docteur DELFOSSE, professeur libre de pathologie des voies urinaires. — Paris, 1878, 1 vol. in-12 de IX-532 pages avec 133 figures dans le texte. Prix : 6 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Précis d'histologie, par H. FREY, professeur à l'université de Zurich; traduit de l'allemand par P. SPILLMANN, chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy, et E. SESSELMANN. — Paris, 1878, 1 vol. in-18 de 384 pages avec 208 gravures dans le texte. Prix : 5 francs. — F. Savy.

Topographie, histoire, statistique médicales de l'arrondissement de Vouziers (Ardennes), par le docteur GUELLIOT. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude rationnelle et expérimentale sur le rôle de la pression atmosphérique dans le mécanisme de l'articulation coxo-fémorale, par le docteur GIRIN. — In-8° avec 2 planches. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Concomitance des maladies du foie et des reins, et en particulier des reins, dans l'ictère, par le docteur DECAUDIN. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Leçons sur quelques affections cutanées (faites à l'hôpital Saint-Louis) (1877), par le docteur LAILLER, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. Recueillies et publiées par P. CUFFER, interne des hôpitaux. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'involution utérine et de l'engagement utérin, par le docteur CHENET. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffle intra et extra-cardiaque, et en particulier de ces modifications sous l'influence des changements de position des malades, valeur sémiologique de ces modifications, par P. CUFFER, interne des hôpitaux. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 26. — SAMEDI 2 MARS 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 2 MARS 1878. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Rhumatisme développé à la suite d'un traumatisme.

Bien que les relations d'un traumatisme avec le développement de douleurs rhumatismales, soit musculaires, soit articulaires, aient été signalées depuis longtemps, ce n'est que récemment que ces relations ont été étudiées avec une sérieuse attention. C'est surtout à M. Charcot et à M. Verneuil que l'on doit les notions les plus exactes que nous possédions jusqu'à présent sur ce sujet. M. Charcot a démontré, en effet, par quelques faits qu'il a pu rassembler, qu'un traumatisme ou une lésion chirurgicale peuvent déterminer, soit directement par l'action même du trauma, soit par suite d'une irritation de voisinage, une arthropathie rhumatismale, et être le point de départ d'une attaque généralisée. Il cite, entre autres faits de ce genre, l'histoire d'une femme, atteinte de rhumatisme noueux, chez qui cette maladie avait débuté par l'épaule droite, qui avait été fortement contusionnée à une époque antérieure; celle d'un boucher déjà rhumatisant, et qui vit se développer un accès de rhumatisme aigu commençant par le poignet, à la suite d'une piqûre à la main; enfin le fait d'une femme de la Salpêtrière, chez qui un panaris, développé sur l'un des doigts de la main, marqua le début d'un rhumatisme noueux, qui commença par les jointures les plus voisines du point malade.

M. Verneuil, dans une communication faite en 1876 à l'Académie de médecine, a montré également que le traumatisme peut non-seulement provoquer une attaque de rhumatisme aigu chez un sujet qui en a déjà été atteint antérieurement, mais encore qu'une blessure est capable d'étendre et de généraliser la diathèse jusque-là réduite à l'une de ses expressions les plus simples.

Enfin M. Besnier, dans son remarquable article *Rhumatisme* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, où sont rappelés les faits ci-dessus, considère comme hors de doute que, chez un sujet rhumatisant, un grand traumatisme, une violente commotion même sans lésions directes, ou bien une fracture de la continuité d'un membre, deviennent parfois le point de départ d'une explosion de rhumatisme articulaire aigu, qui peut être la première. Il en a observé lui-même deux exemples, notamment celui d'un médecin qui, ayant passé la cinquantaine sans se savoir rhumatisant, fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu peu après une fracture du membre supérieur.

Ces faits ne sont peut-être pas aussi rares qu'on a pu le croire jusqu'à présent, nous croyons qu'en recueillant leurs souvenirs, beaucoup de médecins pourraient se rappeler en avoir vu de semblables; pour notre propre compte, sans être en mesure d'en préciser l'époque, le lieu, ni les détails, nous nous souvenons d'avoir été déjà frappé plusieurs fois de cette relation.

Quoi qu'il en soit, les faits de ce genre n'en sont pas moins intéressants à signaler lorsqu'ils se présentent. C'est ce qui nous engage à mentionner ici les faits suivants, qui se sont présentés à de très-courts intervalles l'un de l'autre dans le service de M. Potain, à l'hôpital Necker (service de la clinique), et qui nous ont été signalés par ce professeur dans l'une de ses dernières leçons cliniques.

Il s'agit d'abord d'une femme, actuellement dans les salles, cuisinière, qui, à la suite d'une petite entaille au pouce, eut un panaris. Quelques jours après, elle fut prise de pleurésie et de douleurs avec gonflement envahissant successivement les quatre membres, qui la déterminèrent à entrer à l'hôpital. Au premier aspect, il y eut dans l'esprit même de M. Potain un moment d'hésitation sur la nature de ce gonflement douloureux, qui n'était pas nettement circonscrit dans les articulations et qui avait encore moins les apparences d'un rhumatisme musculaire; mais un examen attentif ne tarda pas à faire reconnaître qu'il s'agissait d'un rhumatisme siégeant principalement dans les gaînes tendineuses et dans le tissu cellulaire péri-articulaire, s'éloignant un peu, par conséquent, des principaux types connus du rhumatisme. Mais les circonstances de son début, de sa marche et sa coïncidence avec la pleurésie qui, elle aussi, a si souvent une origine rhumatismale, ne laissèrent pas longtemps subsister le doute.

Deux autres cas ayant quelque analogie avec celui-ci sont : 1° celui d'une jeune fille que M. Potain avait également signalé à notre attention dans l'une de ses leçons du mois de novembre ou de décembre dernier, qui fut prise, à la suite de l'avulsion d'une dent, d'une douleur presque subite dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien, du côté correspondant à celui de la dent arrachée, douleur qui passa, quelque temps après, dans le sterno-cléido-mastoïdien de l'autre côté, puis de là à l'épaule ; 2° celui d'un jeune garçon qui, ayant une plaie à la

jambe, fut pris, à la suite d'un refroidissement, d'un accès de chorée, qui se manifesta plus tard avec tous les caractères de la chorée rhumatismale.

La malade dont nous venons de parler a dû être mise à l'usage du salicylate de soude.

Rétroversion et rétroflexion d'un utérus gravide.

Il s'est présenté, dans le service de la clinique d'accouchement, fait en ce moment par M. Chantreuil, un cas de diagnostic de grossesse difficile et très-intéressant, comme on va pouvoir en juger.

Une femme se présente à la clinique avec une tumeur s'élevant jusqu'à quatre ou cinq travers de doigt de l'ombilic. tumeur fluctuante et rendant un son mat à la percussion, C'était, à n'en pas douter, une tumeur liquide; mais quelle était sa nature et son origine? En interrogeant cette femme, voici ce qu'on apprend. Cette femme, ordinairement bien réglée a déjà eu une première grossesse il y a six ans, qui s'est bien passée et s'est terminée par un accouchement naturel, à terme; les suites de ses couches ont été également normales; puis elle est restée pendant cette période de six années sans devenir enceinte. Depuis trois mois environ, ses règles se sont supprimées et,depuis cette époque, elle se croit enceinte de nouveau, bien qu'elle n'ait eu d'ailleurs ni vomissements, ni aucun des autres signes habituels, autres que la suppression, pour justifier cette présomption. Cette femme, qui habitait Nancy, est venue sur ces entrefaites se fixer à Paris; les fatigues du voyage et de son installation ont déterminé des douleurs dans le ventre, dans les lombes et dans les aines, avec une sensation de plénitude et de pesanteur sur le périnée, difficultés pour uriner et pour aller à la garde-robe; enfin elle crut sentir qu'un liquide s'écoulait par la vulve. Une sage-femme, qu'elle avait consultée avant d'entrer à l'hôpital, avait cru à une rupture des membranes. A son entrée à l'hôpital, on ne tarda pas à reconnaître que ce liquide était tout simplement de l'urine. On la sonda et on fit sortir un litre et demi d'urine. Cette femme avait une rétention d'urine, et c'était la vessie distendue par l'urine qui constituait la tumeur fluctuante que l'on avait constatée audessus du pubis. Cependant la tumeur avait diminué par le fait de cette émission d'urine, mais elle n'avait pas complétement disparu. On introduisit de nouveau le cathéter qui fit sortir encore un litre et demi d'urine, en tout trois litres.

Un premier point du diagnostic était établi, mais ce n'était pas tout. Il y avait évidemment autre chose; il fallait rechercher la cause de cette rétention d'urine. Avait-on affaire à un kyste de l'ovaire, à une tumeur fibreuse de l'utérus? En présence d'une femme qui avait toujours été bien réglée jusquelà et qui depuis trois mois n'avait pas vu revenir ses règles, une grossesse était de toutes les hypothèses la plus probable. Il fallait donc éliminer d'abord toute idée d'une tumeur en dehors de la grossesse. Mais y avait-il une tumeur compliquant la grossesse, et quelle pouvait être cette tumeur? Telle était la deuxième question qui se présentait à résoudre.

Par les mêmes motifs qui viennent d'être indiqués, l'état de bonne santé de cette femme et la régularité de ses fonctions menstruelles jusques à l'époque de leur interruption il y a trois mois, on était fondé à éliminer toute affection à marche lente, comme kystes, tumeurs fibreuses : l'idée d'une hématocèle dont la marche est plutôt aiguë eût été peut-être plus admissible, mais il n'y avait pas eu ici d'hémorrhagie. D'ailleurs, l'exploration ne faisait constater rien qui ressemblât à une tumeur située derrière l'utérus. Il n'y avait pas plus de raison pour admettre une grossesse extra-utérine.

Après mûr examen, le diagnostic de M. Chantreuil a été : rétroflexion de l'utérus gravide. En voici les raisons :

En examinant la malade dans la position horizontale, couchée, le doigt n'arrivait pas à trouver l'orifice utérin, la partie cervicale de l'utérus était complétement déviée, elle était dirigée horizontalement, de telle manière, que le col était complétement inaccessible, caché qu'il était derrière le pubis. En portant le doigt en arrière, on sentait une tumeur d'une certaine mollesse, qui présentait la consistance du fond de l'utérus gravide et non celle d'une tumeur fibreuse, qui eût donné la sensation d'un corps plus dur et plus inégal. Enfin, entre cette partie postérieure de l'utérus qui venait s'arc-bouter contre le sacrum et la partie antérieure qui se cachait derrière le pubis, il y avait une partie un peu déprimée, formant comme un angle de flexion entre le col et le fond. La tumeur était donc constituée tout entière par l'utérus et rien que par l'utérus en rétroversion et un peu en rétroflexion et de plus gravide. Le toucher rectal confirma pleinement cette première impression du toucher vaginal. Cet état de l'utérus bien déterminé, la rétention d'urine s'expliquait de soi par la compression que le segment inférieur, devenu ici antérieur, de l'utérus, exerçait sur la vessie, pendant que le segment postérieur pressait sur le rectum et produisait de ce côté, de la constipation, pas très-prononcée ici, par exception.

Quelle était la cause de cette rétroflexion de l'utérus à l'état gravide? M. Bernutz attribue ces sortes de rétroflexions à des pelvi-péritonites antécédentes plus ou moins anciennes. Ici, on ne pouvait pas invoquer cette cause, cette femme n'ayant jamais rien éprouvé qui pût faire soupçonner l'existence d'une pelvi-péritonite. M. Bernutz est encore d'avis que les rétroflexions d'un utérus gravide sont toujours précédées d'une rétroflexion avant la grossesse, laquelle ne ferait que la continuer en l'accentuant d'avantage. M. Chantreuil est assez disposé à penser que les choses ont dû se passer ainsi chez cette femme. Il peut bien se faire, en effet, qu'elle ait eu avant sa grossesse une rétroversion avec rétroflexion de la matrice, sans qu'elle en ait eu la moindre connaissance.

Sans nous arrêter ici sur l'histoire des faits semblables connus et sur les indications qui en ressortent et les moyens qui ont été proposés ou mis en usage en pareille circonstance, ce qui pourra faire utilement, peut-être, l'objet d'un autre article, nous nous bornerons à dire ici, que M. Chantreuil n'a opposé jusqu'à présent, à cet état de choses, qu'un moyen très-simple et qui a parfaitement réussi. Ce moyen a consisté à sonder régulièrement la malade, de manière à ne laisser jamais la vessie se distendre outre mesure. Sous la seule influence de ce simple moyen, la matrice tend tous les jours de plus en plus à se redresser spontanément, et il y a tout lieu d'espérer que le redressement achèvera de s'effectuer ainsi complètement, et que le développement ultérieur de la matrice se fera librement et sans obstacle.

Étiologie et traitement hygiénique de l'obésité.

Bien que l'obésité, soit qu'on la considère en elle-même comme un état pathologique ou seulement comme une cause de troubles divers de la santé, ne soit peut-être qu'assez exceptionnellement l'objet des préoccupations de la clinique, il ne faudrait cependant pas croire qu'elle ait été entièrement négligée par les pathologistes. Il suffirait, pour se convaincre du contraire, de jeter un coup d'œil sur la bibliogra-

phie qui se trouve placée à la fin d'un ouvrage sur ce sujet que nous avons en ce moment sous les yeux, et dont nous allons dire quelques mots. On y verrait que cette question a fixé l'attention de Th. Bartholin, de Berault, d'Etmüller, de Schultz, de J. Wolf, au dix-septième siècle; de Beddoes, de Th. Bonet, de F. Hofmann, de Janssen, de Lorry, de Sauvages, de Ludwig, au dix-huitième siècle; de Bichat, de Dupuytren, de Hufeland, de Percy, plus près de nous; enfin, de nos jours, d'Aran, de Trousseau, de Chambers, de Marcé, de Marchal (de Calvi), de Duchesne-Duparc, de MM. Durand-Fardel, Foissac, Perroud (de Lyon), Perrin, Vogel, Wunderlich, Simon, Vacher, enfin de M. Dancel qui y a consacré plusieurs ouvrages, de MM. Caillaud, Glais, Philbert et Worthington qui en ont fait le sujet de leurs dissertations inaugurales, et tout récemment, de M. Lancereaux, qui l'a considérée plus spécialement sous le point de vue anatomo-pathologique dans un article inséré dans l'*Union médicale*, sans parler des auteurs qui ne s'en sont occupés que sous le rapport histologique. M. Worthington, l'auteur d'une des thèses que nous venons de citer, vient de reprendre ce sujet en sous-œuvre dans un livre (1) que l'on peut considérer, comme résumant à cet égard, l'état actuel de la science en même temps qu'il renferme un grand nombre de documents nouveaux, observations et expériences destinées à éclairer la question.

Nous allons lui emprunter quelques-unes des considérations principales relatives à l'étiologie, à l'hygiène et à la thérapeutique de cet état morbide.

C'est, en général, à des conditions hygiéniques fâcheuses, à un mauvais régime, au point de vue de la qualité des aliments ou de leur quantité, au manque d'exercice, de lumière, au sommeil prolongé, à l'abus des boissons non-seulement alcooliques, mais de l'eau même, aux mets sucrés ou gras, à la vie luxueuse et paresseuse que les auteurs attribuent l'obésité. On sait aussi que quelques sujets engraissent après des maladies aiguës, après des pertes sanguines considérables, des opérations graves, des mutilations (amputation d'un membre, castration, etc.). A ces causes d'obésité, M. Worthington ajoute le nervosisme, qui, parfois aussi, amène un résultat tout opposé, la diathèse arthritique, d'après l'opinion de M. Ch. Bouchard qui, sur quatre-vingt-six cas d'obésité qu'il a relevés, a constaté 61 cas d'arthritisme. Mais on peut se demander si ce n'est pas aux conditions les plus ordinaires d'existence des arthritiques, c'est-à-dire à une alimentation excessive, jointe à l'absence d'exercice, qu'il faut attribuer ce résultat. Et la réponse n'est pas douteuse. En effet, comme contre-partie, on n'a qu'à se reporter aux conditions qui entretiennent d'habitude la disposition inverse, c'est-à-dire la maigreur.

Aux causes d'obésité rappelées par M. Worthington et qui se résument, en définitive, dans ces deux circonstances principales, une alimentation succulente excessive et surtout l'usage abusif des matières grasses et des substances hydrocarbonées, jointes à l'inaction, il est bon d'ajouter quelques influences physiques secondaires, telles que l'habitation dans des lieux chauds et humides, et quelques conditions physiologiques ou pathologiques spéciales, telles que l'usage de l'arsenic, une médication mercurielle prolongée, et tout état pathologique qui tend à diminuer l'activité de la respiration et celle de la circulation pulmonaire; enfin, chez les femmes, les diverses circonstances qui sont de nature à amener une perturbation dans les fonctions menstruelles.

(1) *De l'Obésité*, par L. Sedam Worthington. — Un vol. in-8°. — Paris, 1878. — Librairie L. Leclerc.

Les conséquences pathologiques de l'obésité sont: pour les femmes, l'infécondité, les fausses couches, la dystocie, la vieillesse prématurée, l'hystérie, la leucorrhée, l'aménorrhée ou la ménorrhagie, les flexions et déplacements de l'utérus, la tendance à la formation de tumeurs malignes, etc.;

Chez les hommes, l'impuissance;

Chez les deux sexes, démangeaisons à la peau, douleurs aiguës diverses, odeurs nauséabondes, diarrhées graves et rebelles, orthopnée, apoplexie, diabète, albuminurie, hernies, résistance moindre aux maladies aiguës et aux influences épidémiques.

L'obésité exerce, en outre, une influence sur les centres nerveux: changements de caractère, apathie, somnolence, torpeur habituelle, diminution de la sensibilité tactile, perte de la mémoire.

On voit par les tableaux que M. Worthington a dressés dans cet ouvrage, que l'âge le plus fréquent du début de l'obésité est de vingt à trente-cinq ans.

Sur les 190 cas qui y ont été réunis, il y a 82 hommes et 104 femmes.

Relativement à la thérapeutique, M. Worthington émet des propositions très-sensées et marquées au cachet d'un bon esprit médical. Tout en reconnaissant les avantages que l'on a retirés de certaines médications empiriques, telles que la médication alcaline, par exemple, soit sous forme d'eaux minérales naturelles, soit sous forme de préparations pharmaceutiques, et en signalant avec raison d'une manière générale, les effets pernicieux des acides, et en particulier du vinaigre, dont tant de jeunes femmes ont fait un déplorable abus, M. Worthington est d'avis qu'on ne saurait prescrire pour tous les cas un traitement uniforme, qu'il n'est point indifférent de traiter tel ou tel obèse de telle ou telle manière. Il est, à cet égard, d'une haute importance de se rendre compte d'abord de l'état des urines, avant d'instituer un traitement, le régime devant différer selon que l'analyse fera constater dans l'urine la présence de sucre, d'albumine, ou d'urée en trop grande ou en trop petite quantité.

Voici les remarques que M. Bouchard a communiquées à ce sujet à M. Worthington. Elles sont assez importantes pour que nous croyions devoir les reproduire textuellement.

Si l'on peut diminuer l'obésité soit en diminuant la quantité des aliments hydrocarbonés, soit en activant la destruction ou l'élimination de ces aliments, dit M. Bouchard, on peut aussi se proposer, dans le traitement de l'obésité, de s'attaquer directement à la réserve organique et de brûler de préférence le charbon accumulé sous forme de graisse dans le tissu adipeux surabondant.

Pour réaliser cette dernière indication, on devra chercher à rendre les oxydations plus faciles et la désassimilation plus rapide; deux séries d'actes physiologiques qui sont généralement enchaînées l'une à l'autre.

Mais ces deux méthodes ne doivent pas être employées indifféremment. Tel objet peut être privé de ses aliments hydrocarbonisés, tel autre peut être dépouillé de la graisse interstitielle.

Il y a souvent avantage à obliger l'organisme à consommer une réserve exagérée; il y a parfois inconvénient à provoquer une combustion trop active des tissus. Quand on stimule la désassimilation en vue de réduire un système exubérant, on n'est pas assuré de ne pas provoquer le même travail dans d'autres systèmes, et la dénutrition, indifférente ou favorable si elle n'entamait que le système adipeux, peut être préjudiciable quand elle atteint les tissus plus nobles.

Il importe donc de savoir au préalable comment s'exécutent, chez l'individu qu'on veut traiter, les actes intimes de la chimie vivante.

Si le mouvement de dénutrition est ralenti, on peut, on doit chercher à l'activer; s'il est normal, on ne devra le stimuler qu'avec modération; s'il est exagéré, on devra s'abstenir scrupuleusement de rien faire qui puisse, en l'augmentant encore, provoquer la consomption.

Or, ces trois états peuvent se présenter chez les obèses. Cela crée au médecin l'obligation de rechercher, avant d'entreprendre la cure, quel est chez son malade le taux de la dénutrition.

La température centrale (prise dans le rectum) peut fournir quelque présomption. Si elle s'élève dans la journée à 38° et au-dessus, il sera prudent de ne pas recourir à l'emploi des agents déperditeurs. Leur usage sera permis, au contraire, si le thermomètre ne dépasse pas 37°.

Mais c'est l'analyse des urines qui fournira les indications les plus précieuses. Il faudra récolter les urines des vingt-quatre heures et doser l'urée, l'acide phosphorique et les matières colorantes.

Sur cinquante-neuf obèses chez lesquels M. Bouchard a noté à la fois le poids du corps et le poids de l'urée des vingt-quatre heures, il a constaté trente fois une quantité d'urée inférieure à la normale, quinze fois une quantité d'urée égale à la normale, quatorze fois une quantité d'urée supérieure. Une fois, le chiffre de l'urée est tombé à 9 grammes; une fois, il s'est élevé à 37 grammes.

Les stimulants nécessaires, dans le premier cas, doivent donc être interdits dans le second.

Il a paru à M. Bouchard que les iodures, surtout l'iodure de potassium, la gymnastique, les grands exercices musculaires, sont avantageux quand le poids quotidien de l'urée excrétée est inférieur à 23 grammes, et qu'on doit s'en abstenir quand le chiffre de l'urée dépasse 27 grammes.

Le poids du corps, chez les obèses, dépendant en grande partie du tissu adipeux et le tissu adipeux ne fournissant pas d'urée, il ne doit être tenu compte seulement que du chiffre brut de l'urée émise en vingt-quatre heures et non du poids de l'urée correspondant à chaque kilogramme du poids du corps.

Si l'adulte bien portant et de moyenne corpulence élimine, chaque jour, environ 0 gr. 340 d'urée par kilogramme, ce chiffre, chez les obèses, est presque toujours inférieur : sur cinquante-neuf cas, M. Bouchard ne l'a vu que quatre fois égal ou supérieur : par contre il l'a vu tomber à 0 gr. 110.

En ce qui concerne les divers remèdes qui ont été proposés pour combattre directement l'obésité, M. Worthington ne les place qu'au second plan et comme accessoires, le traitement réel devant consister surtout dans les moyens hygiéniques, l'alimentation réglée d'après les principes ci-dessus énoncés, les exercices méthodiques, et ce que l'on peut appeler la méthode générale de l'entraînement prudemment mise en œuvre.

Dr Brochin.

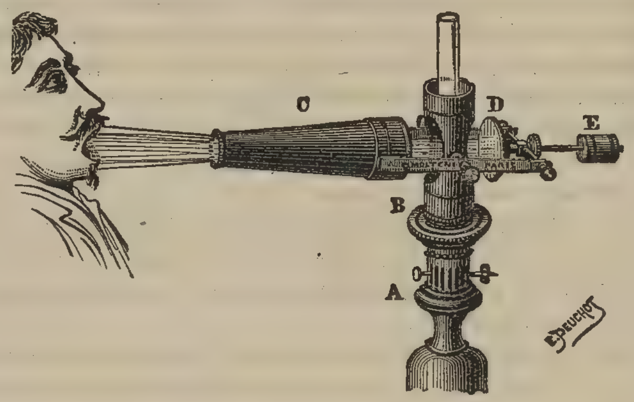
INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Laryngoscope du docteur Cadier.

Ce laryngoscope permet, tout en se servant d'une lampe à huile et d'une table ordinaire, d'examiner les malades avec beaucoup de facilité (1). Ce résultat est obtenu par le moyen de réflecteurs et de plusieurs lentilles qui convergent tous les rayons lumineux de la lampe vers un foyer qui se trouve alors éclairé, et dont la mobilité parfaite permet de suivre tous les mouvements du malade.

La simplicité de ce laryngoscope ne le rendra pas plus dispendieux que la plupart des laryngoscopes en usage, et permettra ainsi la vulgarisation des études laryngoscopiques.

Cet appareil pourra également servir à l'éclairage pendant l'examen des autres cavités (nez, oreilles, vagin,) d'où le nom de polyendoscope qui pourrait également lui être donné.



EXPLICATION DE LA FIGURE.

A. Lampe à huile ordinaire.
B. Manchon avec pas-de-vis pour en régler la hauteur, portant le laryngoscope sur deux tourillons.
C. Tube de cuivre avec lentilles.
D. Réflecteur.
E. Contrepoids.

La partie CDE, qui forme l'appareil éclairant, est reliée par une tige de cuivre, en équilibre sur les tourillons; ce qui permet, au moyen d'une vis de pression, d'immobiliser la projection lumineuse dans la direction voulue.

(1) Construit par Molteni, opticien, 44, rue du Château-d'Eau.

HÉMATOCÈLE SPONTANÉE DE LA TUNIQUE VAGINALE

COMPLIQUÉE D'UNE HÉMATOCÈLE EXTRA-VAGINALE (AUTREMENT DIT : PARIÉTALE) PAR SUITE D'UNE PONCTION FAITE AVEC LE TROCART; CASTRATION; GUÉRISON (1).

Par le docteur Th. Thibault (de Nantes).

IV

II. Un second point qui rend cette observation intéressante, est l'heureux effet produit par l'application du bandage herniaire sur le trajet inguinal. Malgaigne recommandait ce moyen dans l'opération de la castration, pour obvier à l'hémorrhagie des vaisseaux du cordon. Il le préférait à la ligature en masse, et même à la ligature partielle des artères. Notre observation prouve l'efficacité du bandage, et doit encourager les chirurgiens à y recourir avec confiance en pareil cas. Aussitôt son application, en effet, l'hémorrhagie, contre laquelle je me trouvais désarmé, s'était arrêtée instantanément, et ne s'est pas reproduite après. On pourrait peut-être se demander si l'engorgement, qui s'est montré dans la région ilio-inguinale gauche, ne reconnaîtrait pas pour cause une hémorrhagie secondaire des vaisseaux du cordon. Après l'incident survenu pendant l'opération, cette pensée peut se présenter, en effet, à l'esprit, surtout à la vue de la couleur rougeâtre du liquide et de sa sortie par l'orifice inférieur du canal inguinal. Toutefois, il me semble préférable, pour les raisons suivantes, d'attribuer cet engorgement à la formation d'un abcès de la fosse iliaque :

1° Le long espace de temps qui s'est écoulé entre l'opération et l'apparition des premiers signes de l'engorgement. C'est le 14 avril, en effet, c'est-à-dire dix jours après l'opération,

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 février.

que P... a commencé à se plaindre de souffrir à la partie inférieure de l'abdomen, et que j'ai constaté une légère tuméfaction au-dessus de l'arcade crurale gauche. Il semble qu'une hémorrhagie secondaire n'aurait pas mis tant de retard pour se produire.

2° L'absence du retour des accidents après la sortie du liquide par l'orifice inférieur du canal inguinal. Si l'on admet que l'hémorrhagie secondaire a bien pu se produire dix jonrs après l'opération, on aura du moins de la peine à expliquer comment elle ne s'est pas reproduite après, aucun moyen propre à empêcher son retour n'ayant été mis en usage.

3° La marche de l'engorgement. Au lieu de gagner la fosse iliaque et le bassin, le sang aurait dû, ce semble, se faire jour à l'extérieur par l'anneau inguinal externe, qui était incomplétement fermé.

4° Les symptômes observés sont d'ailleurs les signes ordinaires des abcès de la fosse iliaque : engorgement de la région ilio-inguinale, s'étendant dans le bassin, avec symptômes de péritonite imminente.

5° L'ouverture de l'abcès dans le canal inguinal, laquelle s'observe fréquemment dans les abcès de la fosse iliaque.

6° D'ailleurs, la formation de l'engorgement et de l'abcès qui l'a suivi, trouve facilement son explication dans le voisinage de la plaie suppurante. Les liquides irritants qu'elle sécrétait ont bien pu pénétrer dans l'abdomen par l'ouverture de l'anneau inguinal externe, et déterminer par leur présence une vive inflammation, qui se sera traduite par l'engorgement signalé. Cette pénétration pouvait d'autant mieux se faire, que les bourses étaient constamment relevées par le bandage.

7° L'analogie porte, du moins, à penser que les choses ont pu se passer ainsi. Dans d'autres opérations pratiquées dans cette région, on a observé des accidents semblables à celui que nous avons constaté. C'est ainsi qu'à la suite de la kélotomie, des accidents identiques se sont présentés.

Pour ces divers motifs, il est permis de conclure que l'engorgement ilio-inguinal ne reconnaît pas pour cause une hémorrhagie secondaire, et qu'ainsi l'emploi du bandage herniaire a parfaitement réussi à arrêter l'hémorrhagie des vaisseaux du cordon.

III. Cette observation est intéressante à un dernier point de vue. Elle fournit une nouvelle preuve de l'efficacité de la castration dans l'hématocèle vaginale spontanée, et le succès qu'elle permet d'enregistrer dans le cas actuel est d'autant plus beau que, selon toute probabilité, aucune autre méthode de traitement n'aurait pu procurer la guérison de notre malade d'une manière aussi prompte et aussi sûre.

Sans entrer dans l'examen comparatif des divers modes opératoires mis en usage contre l'hématocèle vaginale (ce qui m'entraînerait trop loin), il me sera facile de démontrer que, dans le cas qui nous occupe, aucun d'eux n'aurait obtenu le même succès que la castration.

Nous avons déjà vu que la *ponction* avait été employée, et qu'elle n'avait pu réussir même à évacuer le liquide, bien que l'on se fût servi d'un trocart de gros calibre.

L'*incision* aurait-elle eu plus de chances de succès? Cela n'est pas probable. Cette méthode opératoire, comme l'a démontré M. Gosselin, ne saurait convenir à cette espèce d'hématocèle, parce que « la fausse membrane qui double la séreuse n'a aucune tendance à la formation de bourgeons charnus et à l'état granuleux qui, par un mécanisme analogue à celui de la cicatrisation, doit amener l'oblitération de la cavité. »

Pour que cette cicatrisation s'opère il faut, au préalable, que la fausse membrane se détache, et cette exfoliation ne se fait qu'au prix d'une longue suppuration, pendant laquelle il survient souvent des accidents fort graves, tel que gangrène du testicule, infection putride, qui emportent les malades. Or, ces accidents sont d'autant plus à redouter, que la fausse membrane est plus épaisse et la cavité de l'hématocèle plus étendue.

Dans l'espèce, ces conditions défavorables au succès de l'*incision* se trouvaient réunies. La suppuration eût donc été longue et abondante, et avant l'achèvement de la cicatrisation de la plaie, peut-être que le malade eût succombé aux accidents de gangrène ou d'infection putride.

L'*excision* offrait-elle plus de sécurité? Loin de là. Outre les accidents que nous venons de signaler à propos de l'*incision*. Cette méthode pouvait en déterminer d'un autre genre. En raison des adhérences intimes qui existaient entre l'épididyme, le canal déférent et les parois de l'hématocèle, l'opérateur pouvait se trouver très-exposé à faire la section de ces organes, qu'il avait l'intention bien arrêtée de conserver, et à manquer par conséquent le but qu'il se proposait en faisant l'*excision*.

La *décortication* pouvait-elle trouver ici son application? Je ne le pense pas. Bien que cette opération soit assurément très-rationnelle, et qu'elle ait donné des succès à son auteur, elle ne me semble pas applicable à tous les cas. Dans celui-ci, où il existait des adhérences très-fortes entre la tunique vaginale et la fausse membrane qui la recouvrait, le décollement eût été impraticable. J'ai essayé inutilement de l'opérer sur la pièce pathologique, et cependant j'ai exercé de violentes tractions. Sur le vivant, l'opération eût été à plus forte raison impossible.

La *décortication*, de plus, n'est pas aussi exempte de dangers qu'on le prétend. M. Panas a cité un cas de mort par suite de phlegmon gangréneux chez un malade de l'hôpital du Midi auquel il avait pratiqué la décortication pour une hématocèle ancienne. Il cite, en outre, deux cas de mort survenue chez des malades opérés par Denonvilliers d'après cette même méthode (Société de chirurgie, séance du 15 avril 1868). M. Demarquay a vu mourir également deux de ses opérés (*Gazette des hôpitaux*, 19 janvier 1869). M. Chassaignac a observé des hémorrhagies que le tamponnement et le perchlorure n'ont pu arrêter (*Gazette des hôpitaux*, 14 juillet 1870).

Le *drainage*, préconisé par MM. Chassaignac et Demarquay, ne pouvait convenir non plus dans ce cas, à cause de l'ancienneté de la tumeur. Cette méthode, de l'aveu de M. Demarquay lui-même, ne doit être employée que dans les hématocèles récentes (Société de chirurgie, séance du 8 juin 1870). Du reste, le *drainage*, pas plus que le *séton*, conseillé par M. Velpeau, n'aurait réussi dans ces cas, par la raison qu'il n'aurait pu atteindre que l'hématocèle pariétale, et en aucune façon la cavité de l'hématocèle vaginale.

De cet examen rapide, il résulte que ces différentes méthodes auraient vraisemblablement échoué dans le cas actuel. La castration était la seule applicable, et, comme nous l'avons vu, elle a procuré la guérison à notre malade au bout de cinq semaines. Elle constitue donc, en pareil cas, une ressource précieuse, à laquelle il faudra s'empresser d'avoir recours. Car, de ce que cette opération réussit, même dans les cas les plus graves, il ne faudrait pas, à mon avis, la réserver pour les seules circonstances où les autres modes opératoires auront été suivis d'insuccès, comme le voudrait M. Ricord (Société de chirurgie, séance du 8 juin 1870). Il ne me sem-

blerait plus convenable de ne point exposer les opérés à des accidents inutiles, et, rejetant les méthodes dont l'expérience a démontré l'insuffisance et les dangers, de recourir de prime abord à la castration, qui se recommande aux chirurgiens par sa prompte exécution et par ses succès.

Il est des cas cependant dans lesquels les différentes méthodes énumérées plus haut pourront trouver leur application. Telles sont les hématocèles récentes, peu volumineuses, chez de jeunes sujets, et surtout les hématocèles doubles comme M. Gosselin en a cité un exemple (*Gazette des hôpitaux*, 7 décembre 1867). On comprend que, dans ces cas, on essaye d'abord l'incision ou la décortication, voire même le drainage, parce que ces méthodes peuvent encore donner quelque espoir de succès et qu'il est pénible de faire subir à un malade une double castration. Mais lorsque l'hématocèle est ancienne, à parois épaisses, unilatérale chez un sujet déjà avancé en âge, il y a indication formelle, au contraire, de faire la castration. En la pratiquant, on peut être assuré de ne point faire courir de sérieux dangers à l'opéré, et, de plus, l'on a de grandes chances de le guérir, comme le témoigne l'observation qui précède.

REVUE DE LA PRESSE

Un danger de l'éthérisation dans les opérations pratiquées avec le cautère actuel. — A l'occasion d'un fait récent, il est bon de rappeller aux chirurgiens qui se servent des vapeurs d'*éther* pour anesthésier les malades, que l'éther peut s'enflammer non-seulement au voisinage d'une *flamme*, d'une bougie, etc., mais encore au voisinage d'un *fer chaud*, du thermo-cautère de Paquelin même.

Les défenseurs du chloroforme trouveront, dans cette éventualité, un solide argument pour le recommander de préférence à l'éther, dans les opérations pratiquées à la lumière, et dans celles où l'on fait intervenir la cautérisation actuelle. — (*Lyon médical.*)

Traitement de la coqueluche par les pulvérisations d'éther. — M. le docteur Lubelski (de Varsovie), préconise dans les deux premières périodes de cette maladie, les pulvérisations d'éther dirigées le long du cou, sur le trajet des pneumogastriques. Ce moyen, expérimenté sur sa propre fille, aurait déterminé un soulagement presque immédiat; notre confrère engage à renouveler l'expérience (qui est inoffensive et rationelle), chez les enfants fatigués par des quintes violentes et répétées. — (*Gazette hebdomadaire.*)

Étirement du nerf sciatique dans la sciatique rebelle. — Cette nouvelle méthode de traitement des névralgies rebelles consiste à découvrir le tronc du nerf malade, à le saisir sur un crochet, puis sur le doig, à l'attirer à soi comme pour le détacher du membre, et même à soulever le membre par cette corde nerveuse, puis à le rentrer et à refermer la plaie: la névralgie est guérie.

M. le docteur J. Chine (d'Edinbourg), a imité la pratique de Nussbaum, et il publie, dans le *Practitioner*, deux cas bien remarquables de sciatique rebelle qu'il a guéris de cette façon, après avoir épuisé les cautérisations, les vésicatoires, etc.

Il cherche à expliquer l'action de l'opération en disant que, dans ces névralgies, le tronc nerveux, chroniquement enflammé, contracte des adhérences, en même temps que le tissu fibreux des nerfs s'épaissit et comprime les fibres nerveuses. L'étirement rompt les adhérences et diminue cette pression. L'opération, d'ailleurs, n'altère ni la motilité, ni la sensibilité. — (*Abeille médicale.*)

De la rétention du placenta par la pression atmosphérique. — A la Société médicale de Reims, le docteur Luton signale: 1° Qu'une hémorrhagie post-puerpérale peut se produire *par aspiration* lorsque le placenta se détache de l'utérus et tombe de tout son poids, de façon qu'il s'applique exactement, centre pour centre, sur l'orifice utérin. En tirant sur le cordon, on entraîne le placenta qui fait l'effet de la ventouse de caoutchouc, et on produit un vide plus ou moins virtuel, au-dessus, entre la paroi interne de l'utérus et la face supérieure du placenta. C'est ce vide que le sang tend à combler en s'écoulant des sinus béants de l'utérus; 2° Dans ces conditions, il faut donc aussi tenir compte de la résistance que fait la *pression atmosphérique* à l'issue du placenta. Le docteur A. Luton a a observé un cas où le placenta, résistant à des tractions assez vigoureuses, a cédé immédiatement dès que la main, introduite dans le vagin, puis de là, sur un bord du placenta, a permis à l'air de pénétrer dans la cavité utérine, au-dessus du placenta, et à neutraliser, par conséquent, la pression atmosphérique. — (*Union médicale du Nord-Est.*)

Accouchement prématuré artificiel par le procédé de Krause. — M. le docteur Eug. Marchal a lu à la Société de médecine de Nancy, l'observation d'un accouchement prématuré, provoqué au huitième mois par le procédé de Krause, qui consiste à décoller les membranes en introduisant, entre l'œuf et la paroi utérine, une *sonde en gomme élastique*. M. Marchal a obtenu un plein succès pour la mère et l'enfant, sur une femme de trente-sept ans, rachitique, dont le bassin avait 8 centimètres dans son diamètre sacro-pubien, et dont les deux premiers accouchements avaient nécessité la céphalothripsie. L'auteur regrette que ce procédé, *qui lui a toujours réussi*, n'ait pas encore rencontré en France toute la faveur qu'il mérite, à raison de sa simplicité, de son efficacité, et aussi parce qu'il ne nécessite pas une instrumentation particulière, et que, dans des cas exceptionnels, son activité peut être augmentée par des injections intra-utérines par la sonde même. — (*Revue médicale de l'Est.*)

De la durée de la grossesse, par le docteur Stadfeldt (de Copenhague). — S'appuyant sur 65 cas certains, M. Stadfeldt conclut que la durée moyenne de la grossesse a été de 271 jours; et la latitude de 250 à 293 jours. Dans 24 cas, où il a cru pouvoir déterminer l'époque de la première suppression de la menstruation, le terme moyen était de 254 jours, et les limites extrêmes étaient de 240 à 273 jours. Il pense qu'on doit compter la durée de la grossesse d'après l'époque de la première suppression des règles, les physiologistes modernes étant portés à admettre que l'œuf fécondé dérive de cette période d'ovulation.

Cette méthode de calcul ayant des latitudes moins étendues, tendrait à prouver que la durée de la grossesse est plus courte qu'on ne suppose généralement (moyenne de 254 jours sur 24 cas). — (Analysé in *Gazette obstétricale.*)

Anomalie. Éruption d'une incisive centrale, chez une fille âgée de six jours. — M. le docteur Perreymond (de Toulon), a vu une petite fille présenter, quelques jours après la naissance, une agitation extrême; pleurs, fièvre, diarrhée. Le troisième jour on aperçoit une petite tumeur sur le maxillaire *supérieur*. Le cinquième jour cette tumeur devient noirâtre, puis, le sixième jour, en donnant une cuillérée de tisane à l'enfant, on s'aperçoit qu'une petite incisive, parfaitement ossifiée et caractérisée, s'est fait jour à travers la muqueuse noire et ramollie. Dans l'après-midi, la dent tombe. L'agitation disparaît. — (*Union médicale.*)

Observation de névrose de l'œil guérie par l'emploi de lunettes à verres jaunes, par M. Fano. — Le jeune L.., âgé de seize ans, après avoir éprouvé en juin 1875, des maux de tête suivis d'une « sorte d'oreillons », tous symptômes qui firent craindre, à tort, l'apparition d'une fièvre typhoïde, continua plus tard à sentir une espèce de barre au front, qui devenait une douleur intolérable au bout de trois minutes de lecture et six minutes d'écriture.

Traité par les sangsues, vésicatoires, hydrothérapie, fer, etc.; il ne va pas mieux en janvier 1876.

On songe que le point de départ des maux de tête pourrait bien être un trouble de la réfraction tenant à la myopie du malade. Les courants électriques, les verres fumés et bleus furent alors recommandés, mais sans succès, par les ophthalmologistes,

Enfin, en novembre 1876, le jeune malade est adressé à M. Fano, qui prescrit des verres concaves appropriés à la myopie, mais avec une teinte *jaune*. L'amélioration fut rapide, et en février, le jeune L... avait pu reprendre ses études et travailler toute la journée sans éprouver aucune fatigue de tête.

En changeant les conditions de *perception* pour la rétine des rayons lumineux, M. Fano voulait diminuer l'activité fonctionnelle de la rétine : il n'a employé les verres *jaunes* que par pur empirisme et par imitation du traitement qu'emploie Ponza, de la folie et des névroses par la lumière colorée.

La lumière jaune essayée au hasard, ayant réussi, M. Fano se demande si ce n'est pas une simple idiosyncrasie qui rend les sujets aptes à être influencés par des verres de couleur différente, car M. Ponza a surtout été heureux avec la lumière bleue, la lumière verte et surtout la lumière violette. — (*Journal d'oculistique*, nº 52.)

Influence de la lumière bleue sur l'homme sain et malade. — En Amérique, on a publié un grand nombre d'observations, pour démontrer que la lumière bleue possède une véritable influence sédative et fortifiante dans les maladies nerveuses.

Elle donnait aussi des effets merveilleux dans la culture des plantes et l'élevage des animaux. — (*Journal d'hygiène* 1877, et *journal d'oculistique*, nº 52.)

Traitement de l'atonie et du catarrhe de la vessie, par des injections sous-cutanées d'ergotine. — Langenbeck et Israël ont observé des résultats très-satisfaisants dans certains cas d'atonie de la vessie avec hypertrophie de la prostate, en employant les injections sous-cutanées d'ergotine (12 centigrammes de solution de Bonjean). Après une, deux ou trois injections, l'amélioration fut considérable. Le malade d'Israël qui était obligé d'uriner toutes les dix minutes, est arrivé à conserver les urines trois heures. — (*Journ. de méd. et de chir. prat*).

Modification de la calotte de Bouisson pour les fractures du maxillaire inférieur. — Le docteur Régi a remplacé la fronde en coutil, ou bandage de Bouisson, par une fronde élastique, faite avec le tissu élastique employé par les cordonniers. Les extrémités de la fronde se terminaient par des courroies, et le plein présentait une échancrure qui laissait la lèvre inférieure libre de ses mouvements.

Cet appareil aurait sur celui de Bouisson, grâce à son élasticité, les avantages de s'appliquer exactement sur les parties, tout en permettant un mouvement modéré d'abaissement de la mâchoire, et de n'être pas douloureux. — (*Courrier médical.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 février 1878, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. Brion.

Au grade de médecin principal : M. Allanic.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants sont prévenus que le stage, pour la deuxième inscription s'ils sont aspirants au doctorat, et pour la troisième s'il s'agit d'aspirants au grade d'officier de santé, pourra être fait avant les vacances, c'est-à-dire pendant le trimestre de juillet-août. Le nombre de jours de stage pendant ce trimestre, exigé par les réglements, est de 56.

MM. les étudiants qui se trouvent dans ces conditions devront se faire inscrire dans un hôpital à partir du 1er juillet au plus tard.

Le Doyen rappelle à MM. les étudiants qu'il ne sera plus reçu aucune consignation pour le premier examen de doctorat passé le 30 mars.

La Faculté et l'École pratique seront fermées les lundi 4, mardi 5 et mercredi 6 mars 1878. La bibliothèque sera fermée pendant les mêmes jours.

De l'Œuf dans la série animale, par le docteur Galeb. — In-8º de 106 pages. Prix : 3 francs. — O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 27. — MARDI 5 MARS 1878. 51e ANNÉE. MARDI 5 MARS 1878. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les signes physiques des folies raisonnantes.

I

Existe-t-il des signes physiques dans les folies raisonnantes? Peut-on les déterminer? En dehors des particularités intellectuelles que présentent les aliénés raisonnants, peut-on cliniquement s'appuyer sur tout un ensemble significatif et caractéristique de signes physiques? Je vais répondre affirmativement à ces points d'interrogation.

Et d'abord, je tiens à dire qu'il ne me déplaît point d'aborder une question de l'ordre somatique. J'estime, en effet, qu'il est nécessaire de sortir de la psychologie, de dépouiller de plus en plus la médecine mentale de l'idéologie abstraite et rêveuse et de faire ressortir bien davantage l'importance de l'examen physique et la valeur des indications spéciales qu'il est possible de retirer de l'observation médicale pure. Si la médecine aliéniste a manqué de crédit devant la science, la justice et le public, il y quarante ans, c'est qu'elle était psychologique et obscure et qu'elle prêtait le flanc à toutes les controverses imaginables de la part de la presse, du barreau et de la magistrature. Si elle se relève tant aujourd'hui et si elle conquiert tant d'autorité, c'est qu'elle est pratique et qu'elle s'appuie sur des signes exacts et sur des interprétations mises en lumière par les travaux modernes. Écoutez en 1878 la déposition d'un médecin aliéniste devant une cour d'assises, et vous remarquerez que l'on ne discute plus pour savoir où finit la raison et où commence la folie. Les dissertations philosophiques ont vécu, la psychologie est en fuite, l'avocat se tait, le jury écoute, le ministère public cherche de bonne foi à s'éclairer et le médecin s'impose. Voilà ce que nous avons gagné depuis que nous sommes devenus beaucoup moins psychologues et bien plus cliniciens. Autrefois, on tranchait la tête d'un aliéné criminel, au nom d'une théorie très-discutée, du doute philosophique et du désarroi des consciences, mais aujourd'hui on hospitalise l'assassin malade, au nom de la précision clinique, de la certitude scientifique et d'une confiance qui n'est point contestée. Je forme des vœux ardents pour que l'attirail de la psychologie soit honorablement déposé dans nos bibliothèques et nos collections d'antiquités, et pour que le médecin aliéniste apporte chaque jour des matériaux nouveaux pour l'élucidation des problèmes cliniques les moins étudiés encore.

La condition fondamentale de tout examen d'un malade atteint de folie raisonnante (*manie sans délire, folie morale* ou *délire des actes,* car il ne saurait être question ici de la folie avec conscience), consiste dans l'obligation indispensable de jeter un coup d'œil rétrospectif sur tous les accidents pathologiques qui ont traversé la vie du malade. Il faut reconstituer l'observation clinique, âge par âge, symptôme par symptôme, et l'on arrive alors à reconnaître que, non-seulement il existe souvent des signes physiques parfaitement susceptibles d'être déterminés, mais encore qu'il s'est produit, dans un grand nombre de cas, des troubles de la raison à l'époque de la puberté; que l'on rencontre fréquemment des anomalies des organes génitaux, avec ou sans perversions génésiaques; et qu'enfin des phénomènes cérébraux, congestifs ou hémorrhagiques, peuvent s'observer à toutes les époques de la vie du malade et la terminent. Tels sont les quatre points principaux de la question. Nulle part, les commémoratifs n'ont autant d'importance et ne contribuent davantage à éclairer le diagnostic. Ici, c'est le passé qui justifie le présent, et qui, par anticipation, projette seul sur l'avenir quelques prévisions lumineuses, mais fatalement stériles.

1° *Signes physiques en général.* Le crâne présente très-souvent des malformations. Je ne ferai qu'indiquer la possibilité de la microcéphalie, dans quelques cas seulement, et la présence parfois de saillies volumineuses, de bosses, de crêtes osseuses ou de proéminences exagérées sur différents points de la tête. Sur treize aliénés raisonnants observés par M. Campagne, douze étaient affectés d'une difformité identique, d'un aplatissement de la région postérieure de la tête. En d'autres termes, sur treize observations, le crâne a été douze fois rencontré amoindri au détriment de la région occipitale. Cette uniformité presque constante de la déformation crânienne dans une série de cas où les symptômes morbides présentaient une incontestable similitude, est un fait extrêmement remarquable. On se demande involontairement s'il n'existerait pas un rapport entre la nature de la déformation crânienne et la nature des troubles psychiques? J'ai, en ce qui me concerne, cherché maintes fois à contrôler l'assertion de M. Campagne; eh bien, je dois reconnaître qu'elle m'a paru vraie dans la moitié des cas environ.

Il va sans dire que je défalque toutes les malformations crâniennes acquises après la naissance. Vous savez que l'on conserve encore, dans certains pays, l'usage absurde de déformer la tête des enfants en emprisonnant le crâne, aussitôt après la naissance, dans des bandelettes, des liens ou des coiffures, qui en gênent et en dirigent le développement. Comme les sutures ne sont pas encore ossifiées, comme les os sont encore extrêmement malléables, on arrive facilement avec un peu de persévérance, à donner au crâne des formes assez bizarres. Il n'y a donc aucun compte à tenir de ces faits, lorsqu'on vient à les rencontrer et il n'y a aucune interprétation à en tirer.

La face présente des anomalies aussi fréquentes et peut-être aussi importantes que celles du crâne. Quelquefois, il y a absence d'harmonie du visage. Le front peut être extrêmement exigu relativement à la face, ou inversement, le front est trop développé et la face trop petite. Plus souvent encore, la face est asymétrique : une de ses moitiés latérales est plus petite ou plus élevée que l'autre, ce qui donne à la physionomie un aspect dysharmonique choquant. Dans la nomenclature des signes physiques, notons encore les tics grimaciers, les contractions choréiformes partielles d'un des muscles ou d'un des groupes musculaires de la face ou des paupières, le strabisme, le nystagmus, la grandeur de la bouche, l'épaisseur de la lèvre inférieure, les irrégularités dentaires, la décadence rapide et précoce de toute la dentition, l'asymétrie ou l'étroitesse de la voûte palatine, l'absence de sensations gustatives, l'asymétrie des deux pavillons de l'oreille ou leur vicieuse implantation, l'amincissement et le déplissement de l'oreille, certains phénomènes d'hyperesthésie ou d'anesthésie temporaires ou périodiques, des migraines, des névralgies, des gastralgies, etc., etc.

Tels sont les principaux signes physiques que l'on peut rencontrer chez les raisonnants, lesquels, pour le dire en passant, sont tous des héréditaires. Il est assez rare que l'un des malades de cette catégorie ne présente pas un ou plusieurs de ces signes. Aussi, lorsque nous nous donnons tant de peine pour indiquer et pour faire ressortir tous les phénomènes intellectuels cliniques si étranges de ces malades, pourquoi ne pas joindre désormais à l'observation d'un raisonnant l'énumération des symptômes physiques les plus significatifs? Cette énumération est l'un des termes obligés de la phrase morbide.

2° *Des troubles de la raison à l'époque de la puberté.* Lorsque l'on interroge méthodiquement un raisonnant ou qu'on lui fait écrire l'histoire de toute sa vie, par ordre chronologique, on remarque bientôt que l'âge de la puberté n'a pas été chez lui exempt d'orages ou de périls. Pour les malades de cette catégorie, rien n'est anodin et aucune lésion n'est bénigne. A propos d'un état presque insignifiant, le délire apparaît presque tout de suite. La susceptibilité intellectuelle est si grande que la moindre émotion, la contrariété la plus légère, l'affection intercurrente la moins sérieuse, l'époque cataméniale, un coryza, une fièvre éphémère, sont une occasion presque certaine de délire. Nous voyons, enfin, des hommes qui, avec un seul verre de vin pur, vont commencer à perdre la raison, et qui peuvent bien rarement dîner en ville sans présenter une excitation anormale et absolument comparable à celle qui caractérise le premier degré de l'ivresse, malgré la très-grande sobriété relative dont ils auront fait preuve pendant le repas. Indépendamment des phénomènes temporaires ou périodiques d'hyperesthésie ou d'anesthésie que nous observons aussi, nous pouvons nous expliquer aisément comment chez les jeunes filles la menstruation, quelquefois précoce, mais plus souvent très-tardive, s'établit avec peine et s'accompagne des troubles les plus variés : chlorose, suffocations, défaillances syncopales, pleurs faciles, état cataleptique, somnambulisme, chorée, scrupules, inquiétudes vagues, interrogations sans fin, doute, délire du toucher, mysticisme, privation volontaire d'aliments, actes bizarres, excentricités et état maniaque ou mélancolique.

Les jeunes garçons de douze à seize ans, s'ils ont été élevés à la campagne et s'ils sont placés en apprentissage au loin, sont exposés à devenir nostalgiques, masturbateurs, méchants, incendiaires ou enclins au suicide. Ils volent, arrivent à Paris, débutent par le vagabondage, s'affilient avec une inexplicable facilité à des bandes de rôdeurs de nuit ou de malfaiteurs avérés, et me consultent au dépôt de la Préfecture pour des accidents syphilitiques à la bouche ou à l'anus ! Vous devinez bien ce qu'ils deviennent : des aspirants aux galères.

Dans la classe bourgeoise des villes, les jeunes garçons sont surtout choréiques, somnambules, érotomanes, persécutés, scrupuleux ou religieux à l'excès. Dans la classe riche, ils sont hypochondriaques ou se disent déjà las de vivre. J'ai vu, en 1872, le jeune fils d'un magistrat de province dont l'hypochondrie côtoyait tout-à-fait la folie, et qui s'est complétement rétabli sous l'influence de pratiques hydrothérapiques longtemps continuées, de l'équitation, de la natation, de la pêche, d'un voyage en Suisse à pied, de la chasse, de l'huile de foie de morue, du fer et du quinquina. J'ai vu un jour, avec M. le docteur Walther, médecin-inspecteur du service de santé de la marine, un collégien de quinze à seize ans, arrivé de la Guadeloupe depuis quelques mois, qui présente de véritables accidents hystériformes, qui a de l'hémiplégie droite incomplète et de l'hémianesthésie de ce côté. Je suis convaincu que nous allons obtenir la guérison, mais que deviendra plus tard ce jeune homme?

Ne perdons pas de vue tous ces petits jeunes gens. Voici, en termes généraux, ce que l'on remarque chez eux : êtres bizarres, leur activité intellectuelle est modifiée et jetée en dehors des voies naturelles, sans que pour cela l'état maladif s'annonce par des signes psychiques aisément constatables pour tout le monde, j'en conviens. Fantasques, excentriques, insaisissables, querelleurs, emportés, violents, oisifs, instinctivement entraînés vers le mal, cruels, orgueilleux, ils ont, dès leur plus tendre enfance, des habitudes toutes spontanées de mensonge et de maraudage, et s'ils travaillent, ce n'est que par boutades, par soubresauts éphémères. Toujours indisciplinés, ils font la désolation de leurs parents et le tourment de leurs professeurs. Rien ne peut adoucir leurs mauvais instincts, rien ne peut amender ces natures que la fatalité pathologique fait invariablement dévier. Quelquefois, ils présentent des facultés intellectuelles très-développées. Doués, dans ce cas, d'une mémoire tout-à-fait extraordinaire, ils apprennent et retiennent tout avec la plus surprenante facilité. Ils sont les premiers de leur classe et on les regarde volontiers comme des petits prodiges. Ils possèdent parfois, pour la musique, le calcul, le dessin, la poésie, l'improvisation, la déclamation ou l'art théâtral, une aptitude native qui étonne. Puis, quand ils arrivent à cette époque de la puberté dont nous parlons, leurs brillantes facultés pâlissent ou s'éteignent. Le développement psychique s'arrête, la croissance intellectuelle a dit son dernier mot, la faillite est déclarée et le petit prodige devient une non-valeur. Après beau-

coup d'humiliations ou de tâtonnements, la vie aventureuse des marins ou des soldats leur paraît souvent séduisante. Ils s'engagent alors dans la marine ou dans l'armée. Quelquefois ils sont domptés par la sévère discipline qui règne dans ce milieu nouveau, mais le plus souvent ils s'insurgent contre cette discipline, se font accabler de punitions et finissent assez fréquemment par être déférés à des conseils de guerre.

Tous ces orages de l'âge de la puberté finissent enfin par passer, mais un jalon a été posé et l'avenir ne doit pas être considéré comme exempt de soucis. Il n'est pas jusqu'au mariage lui-même qui, pour la jeune fille, en modifiant les conditions d'existence et en communiquant aux appétits génésiques une excitation inconnue jusque-là, ne produise, dans quelques cas, un ébranlement capable de compromettre la santé et la raison. Interrogez plutôt vos souvenirs.

D'après M. J. Falret, les névropathes de la puberté subissent, à cette période difficile, une transformation obligée dans leur état mental. Notre honorable confrère les considère comme étant parvenus à une sorte de bifurcation : les uns, pense-t-il, sont frappés d'un arrêt de développement et se dirigent vers la débilité intellectuelle et les autres vers les folies raisonnantes. Cette remarque me paraît fort juste. Nous avons tous connu, en effet, des phénix de collége à aptitudes remarquables ou des génies partiels applaudis dès leur aurore, qui sont rapidement entrés dans la voie de la demi-imbécilité, ou qui ont alors inauguré toute une carrière parsemée d'aventures, de scandales, d'excentricités, d'orgies, de procès retentissants, d'élévations équivoques et de chutes soudaines, de péripéties et de contrastes.

Je vois passer au dépôt de la Préfecture un certain nombre de ces raisonnants. Ils sont tous les mêmes et n'aiment absolument qu'eux-mêmes. Mauvais fils, amants volages, époux distraits, pères oublieux, ils ont le cœur sec et froid. Ils ne représentent qu'un amas de mauvaises qualités et de passions détestables, gravitant autour d'un orgueil immense. Bavards, présomptueux, despotes, ils aiment à occuper le public de leur personne et cherchent par tous les moyens possibles à attirer l'attention. Ils discutent très-volontiers, mais ne supportent aucune espèce de contradiction. Poltrons, paresseux, ombrageux, ils envient les honneurs et les richesses d'autrui, parce que, dans leur pensée, eux seuls en sont dignes. Ils sont railleurs, taquins et ingrats par dessus tout. Incapables de sentiments élevés, ils ne connaissent ni le dévouement, ni la charité, ni le patriotisme, ni l'honneur. Toute la morale se résume, pour eux, dans leur intérêt actuel. La loyauté leur est inconnue : l'hypocrisie et le mensonge leur paraissent tout naturels, du moment qu'ils peuvent en tirer profit. Ils sont très-souvent fanfarons du vice, froidement cyniques et dissipateurs par vanité. La mobilité de leurs affections et de leurs haines est surprenante. La plus futile circonstance modifie leurs sentiments. Aujourd'hui, ils n'ont pas assez d'injures pour un des leurs, et demain ils ne trouveront jamais assez de flatteries et de louanges à son adresse. La moindre chose les met en courroux et la moindre chose les calme. Êtres changeants, versatiles, inconséquents, paradoxaux, ils réagissent toujours d'une manière capricieuse et exagérée. Systématiquement hostiles à toute action moralisatrice, insensibles aux joies de la famille, inaccessibles aux douceurs de l'affection, instinctivement portés à la rébellion, aux extravagances et au scandale, ils sont méchants et font le mal pour le mal. Un penchant les entraîne. Ils professent des sentiments de misanthropie outrée, détestent et méprisent l'humanité entière, font avec cynisme l'apologie du vice, déclarent hautement qu'ils ne croient pas à la vertu et soutiennent avec ostentation les théories les plus immorales, les plus attentatoires à la dignité humaine et à l'ordre social. Pourvus, enfin, d'une persistance relative de l'intelligence et candidats perpétuels à une célébrité malsaine, ils font toujours le malheur et quelquefois la honte de leur famille.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

I. Accouchement prématuré consécutif à une hydropisie de l'amnios. — II. Hémorrhagie utérine due probablement à l'insertion vicieuse du placenta.

I. Nous avons trouvé, ce matin, en faisant la visite, au n° 12, une femme qui est entrée ici le 8 décembre, pour une fausse couche de quatre à cinq mois.

Cette femme accouchait pour la première fois. J'insiste sur ce point parce que les fausses couches sont moins communes chez les primipares que chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants.

A quoi attribuer cet accident? peut-être peut-on le rattacher à un petit incident qui nous a été rapporté par la sage-femme qui a accompagné cette malade à l'hôpital. Quand la poche s'est rompue, nous a-t-elle dit, il s'est écoulé une quantité extrêmement abondante de liquide amniotique. Ce fait montrerait donc qu'il devait y avoir chez cette femme une petite hydropisie de l'amnios, laquelle, en distendant outre mesure les membranes et la matrice, aurait été jusqu'à la déchirure des membranes.

Est-ce ainsi, en réalité, que les choses se sont passées? Je suis très-porté à le croire, mais je ne m'en porte pas absolument garant. Quoi qu'il en soit, je vous donne cette explication comme une raison possible de l'avortement.

II. Non loin de cette malade, au n° 7 de la même salle, est couchée une autre femme, bretonne d'origine et qui ne parle pas le français, de telle sorte qu'il est très-difficile de se mettre en rapport avec elle. C'est un de ces cas comme vous en rencontrerez, dans lesquels il faut que le médecin tire de lui-même les renseignements dont il a besoin.

Cette femme est enceinte, et d'après mes recherches, sa grossesse date d'environ sept mois. En effet, le fond de l'utérus remonte, à peu près, jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et l'ensemble de l'utérus, délimité avec les mains, dénote une matrice qui n'est pas très-développée, comme elle l'est ordinairement dans une grossesse dont le début remonte à sept mois, sept mois et demi au plus.

Mais pourquoi cette femme était-elle entrée à l'hôpital? La chose était plus difficile à établir que son état de grossesse, puisque comme je viens de vous le dire, elle était incapable de nous donner le moindre renseignement.

Un fait cependant nous a mis sur la voie du diagnostic.

En effet, la chemise qu'elle portait sur elle au moment de son entrée, était couverte de sang, non-seulement à l'endroit qui correspond chez les femmes aux parties génitales, mais dans toute sa partie inférieure. Il était donc évident qu'elle avait eu une hémorrhagie assez abondante. Ce fait nous a d'ailleurs été confirmé depuis, par le mari de la malade qui nous a déclaré que la perte avait été telle, que sa femme s'étant mise sur le vase de nuit, elle l'avait à moitié rempli de sang. C'est une exagération. Vous savez qu'il suffit d'une quantité assez minime de ce liquide pour colorer l'urine en

rouge et faire croire à une perte beaucoup plus abondante qu'elle ne l'est en réalité. D'ailleurs, cette femme ne présente pas l'aspect ni les symptômes des individus qui ont subi de grandes hémorrhagies, telles que la décoloration de la face, la petitesse et la faiblesse du pouls, la tendance aux syncopes, aux lipothymies, etc.

Enfin, cette perte avait, au dire du mari, pris la malade subitement, tout d'un coup, quelques heures seulement avant son entrée à l'hôpital.

Mon premier soin, en examinant cette femme, fut de m'assurer si l'hémorrhagie était arrêtée. Introduisant alors mon doigt au fond du vagin, après l'avoir promené sur le col, je constatai que le sang ne coulait plus.

Voilà donc une perte très-notable qui est survenue brusquement chez une femme enceinte de sept mois, sept mois et demi au plus et qui a cessé spontanément au bout de quelques heures. Que s'est-il passé là ?

L'hypothèse la plus admissible et en même temps la plus probable, c'est que nous avons affaire ici à une insertion vicieuse du placenta, que celui-ci a très-vraisemblablement son point d'implantation sur la zone inférieure de la matrice, dans le voisinage du col, peut-être même sur ce dernier, et que par suite des modifications que celui-ci a commencé à subir, de par le fait de la grossesse, une petite portion de cet organe a dû se décoller. Cette opinion est d'autant mieux fondée, qu'en touchant la malade, je n'ai constaté aucune maladie du col, soit un cancer, soit une tumeur développée dans son épaisseur qui fussent susceptibles de donner lieu à une hémorrhagie.

Aussi le pronostic est-il sérieux. S'il est vrai, en effet, que le placenta est, comme nous le supposons, inséré dans le voisinage du col, il est probable que dans quelques jours l'hémorrhagie reparaîtra ; d'autant plus que cette femme est enceinte seulement de sept mois, sept mois et demi au plus, que l'hémorrhagie par conséquent s'est produite de bonne heure et que les modifications qui vont survenir par suite de l'évolution de la grossesse dans la zone inférieure de la matrice, vont la favoriser de plus en plus.

De quelle intensité sera cette prochaine hémorrhagie ? Je n'en sais rien. N'y en aura-t-il qu'une? Y en aura-t-il plusieurs ? Je l'ignore. Mais il peut très-bien se faire qu'il s'en produise deux, trois, quatre, cinq, six et même davantage. Quant au dénoûment fatal, c'est que cette femme accouchera avant terme ; c'est que la perte ou les pertes qui auront lieu, seront assez abondantes pour nécessiter une intervention chirurgicale et qu'alors, si la fausse couche ne se produit pas spontanément, le tampon qu'on sera obligé d'introduire dans le vagin de cette malade, aura lui-même pour effet, de solliciter les contractions utérines ; il donnera lieu à un commencement de travail, puis, le col se dilatera complétement, et enfin, l'accouchement aura lieu.

C'est donc un fait important, sérieux, que les cas semblables à celui-ci, et qui causent ordinairement de grandes préoccupations aux médecins. Aussi, faut-il être préparé à de nouvelles hémorrhagies, s'attendre au dénoûment et ne pas attacher une légère importance à ces écoulements sanguins, que des médecins inexpérimentés sont souvent portés à considérer comme n'étant plus susceptibles de se reproduire une fois qu'ils ont cessé. Au contraire, ces hémorrhagies se répètent en général ; aussi, importe-t-il d'être prêt à tout, et, en vue d'une nouvelle hémorrhagie, avoir soin de faire préparer d'avance un tampon pour y remédier le plus promptement possible.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 mars 1878. — Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION

M. Laborde offre en hommage, de la part de M. le docteur Brochin, l'article inséré le 16 février dans la *Gazette des Hôpitaux* sur Claude Bernard.

COMMUNICATIONS

Épithéliome tubulé développé dans les mâchoires d'un cheval. — M. Berrier, répétiteur à l'École vétérinaire d'Alfort, fait une communication relative à une pièce anatomique qu'il a recueillie sur un vieux cheval sacrifié, à l'École d'Alfort. Ce cheval, à son arrivée à l'École, était triste, abattu, usé, et présentait l'aspect d'un animal atteint de troubles profonds de la nutrition. On constatait, à la face gauche de sa tête, un empâtement considérable dont une partie était dure et offrait au toucher la résistance du tissu osseux et dont l'autre partie était molle et se laissait déprimer sous le doigt. Les dents molaires de ce côté étaient branlantes au milieu d'un tissu mamelonné, bourgeonnant, dans lequel elles laissaient leur empreinte. Dans ce tissu se trouvaient des détritus alimentaires et divers corps étrangers. On pouvait croire tout d'abord, dans ce cas, à l'existence d'une carie dentaire compliquée de carie du maxillaire inférieur. Mais un examen plus attentif permettait de reconnaître que l'on avait affaire à un néoplasme. En effet, l'examen microscopique révéla dans cette tumeur les caractères d'un épithéliome tubulé.

Des éléments du sang. — M. Pouchet fait une communication sur ces petits corps que l'on trouve dans le sang, et que M. Hayem et lui ont étudiés récemment chacun de leur côté. Il fait observer que ces corps ont été vus par Donné, en 1842, et qu'ils ont été décrits, en 1846, par Zimmermann. M. Hayem, on se le rappelle, considère ces petits corps comme des germes des globules rouges. M. Pouchet, après un grand nombre de recherches, croit pouvoir affirmer que ce sont des fragments détachés ou des émanations du corps des leucocythes.

Action physiologique de l'ergot de seigle. — M. Laborde a fait une série d'expériences avec de l'ergotine de diverses provenances, en particulier l'ergotine de Bonjean, l'ergotinine de Tauret, l'ergotine de Wiggër, celle d'Yvon, etc. Ces expériences doivent faire l'objet de la thèse inaugurale de M. Peton. Si l'on injecte dans l'oreille d'un lapin un gramme d'ergotine Bonjean ou un centigramme d'ergotinine de Tauret, cette dernière étant beaucoup plus active, on voit aussitôt se produire dans cette oreille un commencement d'anémie réduisant les vaisseaux à leur minimum, et on constate un abaissement de température d'au moins 4 degrés dans cette oreille. Si l'on pousse la même injection dans l'oreille d'un lapin, après la section du grand sympathique, on constate les mêmes phénomènes. C'est donc plutôt sur la fibre musculaire elle-même du vaisseau que sur le système nerveux qu'agit l'ergot de seigle.

M. Laborde continue ses expériences et en communiquera ultérieurement les résultats.

M. Rabuteau fait observer que les faits avancés par M. Laborde sont connus et que le seul point nouveau de ses expériences est la différence d'action des diverses variétés d'ergotine.

Histologie des ganglions enflammés et en dégénérescence amyloïde. — M. Cornil présente d'énormes ganglions inguinaux que portait un individu qui a succombé à une coxalgie suppurée. Ces ganglions, qui sont en dégénérescence amyloïde, présentent en même temps un certain degré d'inflammation. M. Cornil fait connaître les résultats de l'examen microscopique de ces ganglions.

De l'emploi du téléphone comme réactif de l'électricité. — M. Darsonval dit que, jusqu'à présent, le réactif le plus sensible

à l'électricité a été le nerf. Or le téléphone est un réactif infiniment plus sensible. Il le prouve en mettant d'abord un courant induit en communication avec le nerf sciatique d'une grenouille et en montrant que ce courant, quand il n'est plus capable d'exciter le nerf, fait encore vibrer le téléphone.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

De la situation de l'enseignement médical en France (1)

Par M. le professeur Chauffard.

III

On se souvient des raisons émises sous l'Empire pour refuser toute augmentation de traitement aux professeurs et aux agrégés des facultés de médecine.

La pratique de l'art constituait une rémunération suffisante.

« Est-il besoin de réfuter de tels préjugés? dit justement M. le professeur Chauffard. Qu'a-t-on à calculer ce que peut valoir la réputation acquise par un professeur de faculté de médecine? Qu'importe? S'il fait bien et régulièrement son enseignement, celui-ci doit-il ne pas être rétribué convenablement, sous prétexte que la pratique médicale donne la fortune? Pour les professeurs de clinique, cette extension de la pratique civile ne vient-elle pas compléter les enseignements de la pratique hospitalière, et les leçons du professeur n'en deviennent-elles pas plus utiles? Supputer la valeur d'honoraires laborieusement acquis, n'est-ce pas obéir à ces sentiments de mauvaise égalité qui pervertissent tant d'esprits? D'ailleurs, il s'en faut que la plupart des professeurs et des agrégés des facultés de médecine trouvent dans la pratique une compensation à des traitements insuffisants. Beaucoup restent sur le domaine de la science pure, et si l'on désire que le nombre de ceux-ci s'accroisse, il faut y aider et leur faire une situation qui permette de ne pas chercher, en dehors des travaux scientifiques, les ressources nécessaires pour une existence honorable. »

C'est ce que le gouvernement actuel a su comprendre. Sans doute, grâce aux systèmes des honoraires des élèves, en Allemagne, le traitement des grands professeurs d'université d'outre-Rhin restera longtemps encore supérieur à celui de nos professeurs français; mais une amélioration considérable a été introduite par le décret du 14 janvier 1875. Ce décret a égalisé et porté à 13,000 francs le traitement des professeurs de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences de Paris. Espérons que, prochainement, il atteindra le chiffre de 15,000 francs, chiffre de traitement des professeurs de droit, de lettres, dans les facultés parisiennes. Ce même décret, par une disposition libérale, depuis longtemps en usage en Allemagne, stipule un accroissement progressif de traitement pour les professeurs des facultés de province, accroissement que doivent motiver l'ancienneté et l'éclat de services rendus dans l'enseignement.

Les agrégés n'ont point été oubliés par le législateur : leur traitement est porté à 4,000 francs par an, et lorsque l'agrégé supplée un professeur, il reçoit, en outre, la moitié du traitement du professeur si la suppléance est entière et dure toute l'année. Sous l'empire, le traitement fixe de l'agrégé était de 1,000 francs par an et le traitement éventuel de 700 à 800 francs environ.

Arrivons maintenant aux modifications subies par les écoles préparatoires de médecine et arrêtons-nous en premier lieu aux écoles dites *de plein exercice*.

Quand, en 1874, l'Assemblée nationale eut à discuter les divers projets soumis par plusieurs de ses membres, au nom d'un certain nombre de grandes villes de France qui sollicitaient la fondation dans leurs murs de facultés de médecine, la commission, dont M. le professeur Bert était rapporteur, se prononça pour que satisfaction fût donnée à quelques-unes des grandes villes auxquelles on avait refusé d'accorder une faculté.

Il parut inique, en effet, de laisser réduites à une simple école secondaire des cités de l'importance de Marseille et de Nantes, et on convint de leur accorder *le plein exercice*. (Décrets du 26 novembre 1875 et 28 janvier 1876.)

Dans ce but, ces écoles supérieures se sont vues dotées d'un supplément de chaires magistrales, atteignant actuellement le chiffre de dix-sept, auxquelles il faut joindre huit suppléances, affectées aux chaires de médecine, de chirurgie, d'anatomie, de physiologie, de chimie, de pharmacie et d'histoire naturelle. Le suppléant recevra un traitement de 2,000 francs.

Il fallait, de plus, donner à ces écoles nouvelles des droits plus étendus en matière d'actes probatoires. Au moment de leur création, elles avaient été autorisées à faire subir les examens de fin d'année, les examens de doctorat devant toujours être soutenus devant les facultés.

Avec le nouveau régime d'examen qui va fonctionner, les écoles de plein exercice feront désormais passer les trois premiers examens de doctorat, savoir : le premier examen de doctorat placé à la fin de la première année d'études et le second examen de doctorat dédoublé, l'examen d'anatomie qui est soutenu après la dixième inscription, et l'examen de physiologie qui est soutenu après la douzième. Le jury sera constitué par les professeurs de l'école et présidé par un professeur de faculté, qui se rendra à l'école de plein exercice. Tous les autres examens de doctorat ayant plus spécialement un caractère médical et professionnel, seront soutenus devant une faculté.

Dans la pensée du législateur, les écoles de plein exercice sont le premier degré de transformation des grandes écoles secondaires en facultés. L'auteur s'est associé sur ce point aux vœux de M. le professeur Paul Bert.

La réforme de notre enseignement médical s'est étendue aux écoles préparatoires, aujourd'hui au nombre de seize. L'ordonnance du 13 octobre 1840, qui les avait réorganisées, les avait autorisées à recevoir des étudiants les huit inscriptions des deux premières années et à leur faire subir les examens qui terminent celles-ci. Le décret du 22 août 1854 augmenta leurs attributions en leur octroyant le droit de donner aux étudiants quatorze inscriptions au plus, lesquelles seraient, il est vrai, seulement équivalentes à douze inscriptions de faculté. Ces écoles secondaires étaient demeurées dans l'état le plus déplorable qui se pût concevoir; elles étaient insuffisantes à tous les points de vue, comme outillage scientifique, comme personnel enseignant, incapables de faire entrer l'élève dans la voie de la science exacte et de l'observation.

Le décret du 4 février 1874 a pour but de porter remède à une telle situation en relevant tout d'abord le personnel professoral. Le corps enseignant des écoles secondaires se compose de professeurs et de suppléants. « L'organisation des suppléances était profondément défectueuse, dit M. Chauffard. Quand on veut, dans une faculté ou école, préparer un bon et solide professorat, il faut d'abord songer à établir de bons et solides suppléants. Ceux-ci sont le germe dont la vigueur fournira un robuste organisme définitif. » Le mode fondamental du recrutement professoral français a donc été transporté dans les écoles secondaires; désormais, les suppléants seront nommés après concours. Une autre disposition digne d'approbation est celle qui interdit dorénavant les mutations de suppléances. Jusqu'ici, le suppléant était nommé à titre générique et ne s'attachait particulièrement à nul ordre d'enseignement. Si, par suite d'une vacance quelconque, telle suppléance se trouvait libre, le plus ancien suppléant quittait sa chaire, demandait et obtenait de donner cet enseignement nouveau, alors même que les études de toute sa vie ne l'y avaient point préparé. Les quatre suppléances des écoles secondaires seront, enfin, catégorisées et distribuées. (Décret du 14 juillet 1875.)

M. le professeur Chauffard a traité incidemment la question des officiers de santé. Divers projets avaient été présentés dans la dernière session du conseil supérieur de l'instruction publique, qui devaient, en imposant à ce second ordre de praticiens toute une scolarité réformée, rendre le titre d'officier de santé à la fois plus rare et plus sérieux.

En Allemagne et en Autriche, le grade universitaire et profession-

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 février.

nel qui répondait à notre officiat, le *Wundartz*, est depuis longtemps supprimé.

La question a été récemment agitée en France; dans la pensée du législateur de l'an XI et de tous les ministres qui, depuis, ont défendu l'officiat, ce second ordre de praticiens devait consacrer spécialement ses soins aux habitants des villages. « C'est à porter des secours dans les campagnes, dit au tribunal le rapporteur Thouret, c'est à soigner ce peuple industrieux et actif qu'ils seraient spécialement appelés (1). »

Et Victor Cousin : « Ne croyez pas abaisser l'officier de santé en le consacrant aux petites villes et aux campagnes, à moins que vous ne prétendiez que le curé de campagne et le maître d'école de village sont sans prix et dignité aux yeux de l'État et de la religion. Selon moi, l'officier de santé ne doit pratiquer que là où des docteurs en médecine ne viendraient s'établir que parce qu'ils auraient échoué partout ailleurs, c'est-à-dire parce qu'ils seraient de mauvais docteurs en médecine; j'entends par là désigner les communes rurales et les petites villes dont la population n'excéderait pas 6,000 âmes. Tel est l'officier de santé que nous défendons (2). »

A diverses reprises, dans l'Assemblée nationale, des députés compétents, tels que MM. Bert et Naquet, ont montré combien peu le but des législateurs avait été atteint. « Si nos 5,667 officiers de santé, dit M. Bert dans son rapport, s'en allaient exercer, pour la plupart, dans les départements pauvres où les docteurs font défaut, ils pourraient ramener la proportion des médecins praticiens à un chiffre assez satisfaisant. Mais l'examen attentif de la distribution des officiers de santé à la surface de la France est bien fait pour enlever aux partisans de cette institution leurs dernières illusions... Dans l'immense majorité des cas, ce sont les départements qui possèdent déjà une proportion raisonnable de docteurs qui ont le plus d'officiers de santé; et réciproquement, ce qui est bien plus grave, ce sont les départements les plus pauvres en docteurs qui le sont également le plus en officiers de santé, de telle sorte qu'ils sont presque absolument dépourvus de soins médicaux. »

Les chiffres cités par M. Bert ont une telle éloquence, qu'il faut les reproduire.

Prenons les départements dits les départements pauvres :

Corrèze. . .	100 docteurs	pour	15	officiers de santé.
Lozère. . .	100	—	14	—
Cantal. . . .	100	—	11	—
Cher. . . .	100	—	11	—
Aveyron. . .	100	—	9	—

Au contraire, dans les départements riches, dans le Nord par exemple, pour 100 docteurs il y a 128 officiers de santé; dans le Pas-de-Calais, pour 100 docteurs, 233 officiers de santé, et dans la Somme, pour 100 docteurs, 242 officiers de santé.

M. le professeur Chauffard, sans se faire l'écho de cette demande radicale, la suppression des officiers de santé, voudrait que l'abrogation de la loi du 19 ventôse an XI permît aux projets qui rehausseront la scolarité de l'officiat de se produire sans plus d'ajournement au conseil supérieur et devant le Parlement.

En terminant ce rapide examen, nous nous arrêterons sur un vœu exprimé par M. l'inspecteur général.

Après avoir parlé de la réforme des examens probatoires, l'auteur ajoute : « Il se peut que la liberté de l'enseignement supérieur, si elle prend racine et fructifie parmi nous, que le nombre des facultés officielles, s'il va en croissant encore, rendent désirable une autre organisation d'examens. On se délivrerait des difficultés et des assujettissements des jurys mixtes, on préviendrait l'abaissement possible des examens probatoires devant telle faculté officielle, en laissant à toute faculté officielle ou libre le droit de délivrer un diplôme universitaire. Ce diplôme n'aurait qu'une valeur honorifique; il fournirait le simple témoignage d'études régulières. L'État se réserverait le droit d'autoriser l'exercice professionnel, après avoir fait subir à ceux qui lui présenteront un diplôme universitaire des examens pratiques, garantie de la capacité du candidat. L'exercice professionnel livre un droit redoutable, et la société, représentée par l'État, doit juger directement ce que vaut et ce que sait celui qui demande cet exercice. Un jury nommé par l'État en connaîtrait. Ce système est aussi libéral que rassurant au point de vue social. Il fonctionne en Allemagne : peut-être serons-nous un jour appelés à y avoir recours. C'est une question réservée et dont l'avenir décidera. »

(1) Paul Bert, rapport cité.

(2) Séance du 4 juin 1847 à la Chambre des pairs. Discussion d'un projet de loi relatif à l'enseignement et à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Il y aurait sans doute mauvaise grâce à faire ressortir la situation délicate de M. l'inspecteur général, sollicité en sens contraire par des opinions et des intérêts également recommandables, à ses yeux du moins. D'une part, comment rester sourd aux objurgations pressantes d'un parti puissant, dont de récents succès ont doublé l'ardeur, excité les appétits? Comment, d'autre part, fermer les yeux et refuser de voir les périls que feraient courir à la société des instituts animés d'un tel esprit et vraiment rivaux de ceux de l'État? L'auteur, trop bien intentionné pour refuser d'écouter les premiers, trop bien informé pour fouler aux pieds les seconds, a voulu trouver un moyen terme, une solution mixte qui, nous le croyons, ne saurait satisfaire ni les uns ni les autres.

N'est-ce point étrangement s'avancer, se leurrer même, que penser se délivrer des difficultés des jurys mixtes et des récriminations adressées par les facultés libres à l'ordre de choses actuellement existant, en conférant à ces dernières le droit d'octroyer le diplôme universitaire, devenu un simple témoignage d'études régulières, un simple titre honorifique? Qui n'entend déjà, adressés désormais au jury d'État de M. le professeur Chauffard, les reproches adressés actuellement à nos jurys de facultés nationales par les créateurs d'universités catholiques? Eh! sans nul doute, l'exercice professionnel livre un droit redoutable, et l'État doit juger ce que vaut et ce que sait celui qui demande cet exercice; mais croyez-vous que ce jury nommé par l'État représentera pour les hommes qu'on sait un système libéral? Nos professeurs, en tant que membres de facultés et fonctionnaires d'État, confèrent à l'étudiant, du même coup, le titre académique et le droit d'exercice professionnel. Où trouver une solution plus simple et en même temps plus pleine de garanties? On récusera l'impartialité, on suspectera les méthodes philosophiques de votre jury d'État tout autant que celles de nos professeurs de facultés, et c'est, en vérité, trop se payer d'apparences que prétendre résoudre la question de cette sorte sans même en changer les termes.

Ce jury, nommé par l'État pour juger la valeur de ce docteur catholique ou laïque (à ces divisions qui éclateraient alors, il faudrait des appellations nouvelles) et lui refuser ou lui accorder le droit de pratique, où en chercherez-vous les éléments?

Vraiment, à moins que l'auteur n'y rencontre des personnalités brillantes, transfuges de nos facultés nationales (cas des plus rares jusqu'ici, M. le professeur Chauffard le sait mieux que personne), ce ne sera point dans les facultés libres. L'orthodoxie des doctrines religieuses de ces honorables maîtres, la sagesse de leurs principes politiques, de hautes et saintes recommandations, paraîtraient, même aux yeux les plus favorables, des titres bien mesquins. Que si, pour obéir aux lois d'une stricte équité, il est fait une place à ces professeurs libres, assurément, vous ne leur attribuerez ni la majorité, ni la présidence.

Ferez-vous entrer dans ce jury d'État les docteurs qui représentent dans notre enseignement français les *privat-docents* d'Allemagne, c'est-à-dire les professeurs de l'École pratique?

Pour conjurer tout arbitraire ministériel, choisirez-vous des médecins, des chirurgiens des hôpitaux? Qui dressera les listes de présentation au ministre? Les facultés? l'Académie de médecine?

Mais ici encore, vous serez accusés de partialité, et la logique des facultés libres condamnera le système nouveau comme elle condamne le système actuel.

Un maître éminent proposait de constituer en corps d'examinateur les agrégés libres (1), qui, représentant de bons examinateurs durant l'exercice de leurs fonctions, ne sauraient être inférieurs à cette tâche après six années passées dans les facultés. Mais ce sont

(1) M. Ch. Robin. *L'Instruction et l'éducation*, 1877 (Decaux). V. § 13.

là encore des maîtres officiels, et leurs attaches antérieures aux universités nationales seraient, à certains yeux, un irrémissible crime.

Ferez-vous, enfin, appel aux professeurs titulaires, aux chargés de cours, aux agrégés en exercice? Alors, en quoi votre jury d'État différera-t-il sensiblement des jurys actuels?

Héréditaire et banale puissance des mots! Examens de facultés et examens d'État, ne sont-ce pas là des désignations plus propres à tromper et à jouer les partis qu'à les éclairer sur leurs véritables devoirs? Les examens de médecine en Autriche, par exemple, après avoir été, de 1849 à 1872, des *examens de facultés sans contrôle de l'État,* devenus aujourd'hui des *examens de facultés surveillés de l'État.* Dans ces nouveaux *Rigorosa*, à côté des professeurs, des commissaires siégent au nom du gouvernement pour suivre l'examen. Mais que vaut le contrôle de ces commissaires d'État, à qui le règlement n'accorde ni voix consultative, ni droit de *veto?* Le rôle de ces fonctionnaires n'est-il pas rendu complétement illusoire par ces clauses?

M. le professeur Chauffard ajoute que le système du jury d'État fonctionne en Allemagne: il convient de compléter cette assertion en disant qu'aujourd'hui le droit de pratique est conféré aussi par l'obtention du diplôme devant une faculté, et que les jurys d'État sont exclusivement constitués par les professeurs ordinaires, extraordinaires et les *privat-docents.* Il est douteux que nos universités libres se contentent jamais de jurys exclusivement constitués de cette sorte, et l'on surprendrait plus d'un professeur d'outre-Rhin en lui apprenant que la composition et l'existence du jury d'État allemand sont devenues des arguments pour conférer à nos universités catholiques le droit d'octroyer le diplôme de docteur en médecine.

Une des conséquences les plus certaines de la réforme à laquelle M. l'inspecteur nous croit appelés à avoir recours serait assurément la division croissante, l'antagonisme, les rivalités, les haines intestines, chaque jour plus accentués dans les diverses classes de notre société française. Tous ces médecins quittant les bancs de leurs écoles avec une estampille différente, des diplômes rivaux, des tendances opposées, des amitiés, des conseils, des excitations contraires, passionnant, traînant après eux un milieu d'amis, de clients, de concitoyens, se disputant, moins par le mérite et le travail que par d'autres influences, la préséance dans nos villes et nos provinces, sèmeraient partout les plus funestes germes de discordes civiles. Ah! la belle guerre entre nos docteurs laïques et nos docteurs catholiques, et quel heureux résultat de cette nouvelle réforme!

Nous l'avouons en toute sincérité, à la liberté de l'enseignement médical ainsi comprise, nous déclarons préférer la liberté professionnelle entière, absolue.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

DEUXIÈME LISTE.

Liste précédente	100 fr.
MM. le docteur Debout d'Estrées, inspecteur des eaux de Contrexéville	20 »
le docteur Lœwemberg	20 »
le docteur Cadier	3 »
le docteur Isambart (de Pacy-sur-Eure)	1 »
le docteur Sellier (de Pont-sur-Yonne)	10 »
le docteur Ch. Fauvel	20 »
le docteur Vicherat (de Nemours)	10 »
le docteur Bert (d'Avallon)	5 »
Total	189 »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour deux places de chirurgien, au bureau central, s'ouvrira le lundi 8 avril 1878, à quatre heures à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du jeudi 7 mars 1878 au samedi 23 mars.

— *Hôpitaux de Marseille.* — A la suite des concours ouverts près nos hôpitaux, MM. Garcin et Coste ont été nommés médecins-adjoints, MM. Vidal et Foex ont été nommés chirurgiens-adjoints.

— M. le docteur Bucquoy, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Cochin, reprendra ses leçons cliniques le mardi 12 mars à neuf heures et demie, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 28 — JEUDI 7 MARS 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 7 MARS 1878. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question du rôle des bactéridies dans les maladies charbonneuses, a été de nouveau mise en cause dans cette séance. On n'a pas oublié les communications faites sur ce sujet par M. Pasteur en son nom et au nom de M. Joubert, et par M. Colin dans les séances des 17, 31 juillet et 21 août dernier. On se souvient qu'entre M. Pasteur et M. Colin, la question en était restée à ces termes : affirmation, d'une part, du rôle primitif, essentiel, nécessaire des bactéridies dans la production et la propagation des maladies charbonneuses; dénégation, de l'autre, le sang dépourvu de bactéridies pouvant communiquer le charbon, suivant M. Colin.

Bien que, dans une dernière réplique, M. Pasteur ait montré que les causes de ce dissentiment entre M. Colin et lui consistaient dans la différence même des procédés mis en usage, M. Colin s'en rapportant exclusivement au microscope, insuffisant dans l'espèce, tandis que M. Pasteur a recours au procédé de la culture des bactéries, M. Colin n'en a pas moins persisté dans ses premières opinions. Dans une nouvelle note, dont il a donné lecture hier, note très-intéressante d'ailleurs et très-instructive à certains égards, notamment en ce qui concerne le rôle important des ganglions lymphatiques comme point d'arrêt et de dépôt de la virulence pendant la période d'incubation des maladies charbonneuses, il a maintenu et reproduit quelques-unes des propositions de ses précédentes communications relativement à la part secondaire qui reviendrait, suivant lui, aux bactéries dans la génération de ces maladies, entre autres celles-ci, par exemple : qu'à un moment donné, d'assez longue durée, les ganglions sont, avec la piqûre et son œdème environnant, les seules parties de l'économie douées de propriétés virulentes, et qu'ils possèdent ces propriétés un certain temps avant l'apparition des bactéries dans leur intérieur. D'où contestation absolue de M. Pasteur, qui verrait dans ce fait, s'il était exact, la démonstration de la génération spontanée, et défi de maintenir cette proposition en présence de l'épreuve du procédé de culture des bactéridies, seul moyen certain, suivant lui, de résoudre la question.

Une commission, dont MM. Colin et Pasteur feront partie avec MM. Vulpian et Davaine, sera chargée de mettre, si c'est possible, un terme à ce débat, en contrôlant les deux procédés d'expérimentation en cause.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De la métalloscopie et la métallothérapie.

I

Qu'est-ce que la métallothérapie? Je serai bref sur ce sujet, mais j'espère vous en dire assez pour vous en faire connaître les traits essentiels.

Il y a à distinguer la métallothérapie interne, et la métallothérapie externe.

La métallothérapie externe est la première en date. Elle consiste dans l'application des métaux sur le corps des malades. La métallothérapie interne consiste dans l'administration à l'intérieur, des métaux, dont l'application extérieure préalable a produit certains effets significatifs.

Vous le voyez au premier coup d'œil, il y a comme un abîme entre la métallothérapie externe, et la métallothérapie interne. Vous allez pouvoir décider tout à l'heure si cet abîme existe réellement.

Avant d'entrer dans le détail de la métallothérapie, je dois vous parler de la métalloscopie qui en est pour ainsi dire la partie préliminaire. Voici en quoi elle consiste (j'envisagerai seulement l'emploi de la métalloscopie et de la métallothérapie dans l'hystérie, bien que, d'après M. Burq, elles soient applicables dans d'autres maladies) : il s'agit, étant donnée une hystérique, de déterminer le métal qui produira chez elle certains phénomènes dont je vais vous faire connaître le détail et qui, en conséquence, suivant M. Burq est approprié à son état. Ainsi la métalloscopie n'est autre chose que la recherche du métal qui doit avoir une action spéciale sur cette hystérique et en particulier sur les phénomènes d'amyosthénie et d'anesthésie qu'elle présente.

Tous ces faits, comme l'idée théorique qui les relie entre eux, appartiennent à M. Burq; d'où le nom de *Burquisme* que l'on commence, et c'est justice, à employer comme synonyme de métallothérapie. Cependant il existe dans la science quelques faits antérieurs d'application des métaux chez les hystériques.

L'observation de ce genre la plus ancienne que je connaisse se trouve dans l'ouvrage de Wichmann, *Idenn zur diagnostik* publié en 1778. Il s'agit d'une hystérique chez laquelle

les convulsions et les contractures étaient calmées instantanément par l'application d'objets en fer. On s'était assuré que ces objets de fer n'agissaient pas simplement par leur température, par la pression qu'ils déterminaient, etc., d'ailleurs aucun autre métal que le fer ne produisait d'effet analogue sur la malade en question. Wichmann fait remarquer que son observation date de 1769, époque à laquelle, dit-il, il n'était pas encore question de mesmérisme. Wicke (*Monographie des grossesses*, Saint-Weit, Tours, 1844), donne le tableau des essais tentés dans cette voie par différents auteurs et surtout par Sachs, éditeur et commentateur de Wichmann, 1827. Nous y voyons qu'on a employé comparativement plusieurs métaux contre les différents symptômes de l'hystérie et qu'on a cherché à les classer suivant leur efficacité relative. Ces tentatives ne paraissent pas, d'ailleurs, avoir eu de retentissement dans le monde médical et sont tombées dans un oubli complet.

Vous remarquerez qu'ici, il n'est question ni de ce que M. Burq appelle l'idiosyncrasie métallique (en vertu de laquelle le métal apte à produire des effets donnés est toujours le même pour chaque individu, mais variable pour des individus différents) ; ni de la relation nécessaire entre les effets physiologiques produits par l'application externe du métal et l'action curative du même métal donné à l'intérieur. Or, ce sont là les deux points fondamentaux de la nouvelle doctrine.

Vous voyez que l'historique de la question se réduit à peu de chose ; car, je ne considère comme afférents au sujet ni les anneaux de Paracelse ni le perkinisme, etc.

Étant admis ce fait de l'idiosyncrasie métallique, comment arrive-t-on à reconnaître le métal approprié? Il faut pour atteindre ce but, se livrer à une série de recherches. On commence par essayer le métal qui réussit le plus communément à modifier certains phénomènes de l'hystérie, c'est-à-dire le fer, d'après M. Burq ; on passe ensuite en revue les autres métaux, le zinc, le cuivre, l'or, l'étain, etc., si l'on n'a pas réussi avec le premier.

Voici comment on opère : étant donnée une hémianesthésique gauche, après avoir constaté, par exemple, qu'en lui transperçant la peau avec une aiguille, on ne provoque chez la malade aucune manifestation de sensibilité, vous appliquez du côté anesthésié, généralement sur l'avant-bras, une plaque métallique, de l'or si vous voulez.

Il n'est pas besoin pour cela d'appareils spéciaux ; il suffit, s'il s'agit de l'or par exemple, de prendre un ou deux louis, de les fixer sur une petite bande et de les maintenir ainsi en contact avec la peau.

Voici alors ce que l'on observe, si la malade est *sensible* au métal dont on fait choix, à l'or, dans l'espèce : au bout d'un temps qui peut varier de quelques secondes à quinze ou vingt minutes, suivant les sujets, la malade vous avertit qu'elle sent son bras comme engourdi ; alors si vous piquez la peau au voisinage de la bande, vous voyez que la sensibilité commence à revenir. C'est le premier stade de la disparition successive des phénomènes anormaux, de l'anesthésie entre autres. Vous remarquez en même temps un certain nombre d'autres particularités. La peau rougit et les piqûres qui, avant l'application du métal, restaient à peu près exsangues, se mettent à saigner abondamment. De plus, je suppose qu'avant l'expérience vous ayez fait serrer le dynamomètre à la malade, et que vous ayez constaté qu'elle donnait un chiffre très-bas, 15 ou 20 kilogrammes, par exemple, (car l'hémianesthésie hystérique est toujours accompagnée d'amyosthénie), après l'application du métal, vous remarquerez que la malade donne, au dynamomètre, 30 ou 40 kilogrammes, qu'elle est devenue, par conséquent, forte comme un homme, L'amyosthénie a disparu en même temps que l'anesthésie.

Tels sont les phénomènes dont nous avons maintes et maintes fois constaté la réalité, en présence de MM. Luys, Dumont-pallier et de plusieurs autres médecins qui ont pris intérêt à ces expériences.

Maintenant, de deux choses l'une : ou vous continuez l'expérience, ou vous l'arrêtez aussitôt après la réapparition de la sensibilité. Si vous la continuez, c'est-à-dire si vous laissez le métal appliqué sur la peau, il se passe un phénomène très-singulier sur lequel j'appellerai tout à l'heure votre attention d'une manière toute spéciale. Si vous continuez à piquer la peau, vous vous apercevez qu'à un moment donné, la sensibilité, qui était revenue, disparaît de nouveau ; c'est-à-dire que l'anesthésie se reproduit avec tous ses caractères premiers et se montre même quelquefois plus complète qu'avant l'application du métal. Ainsi s'il y avait, avant l'application, seulement de l'analgésie, vous pouvez obtenir, après l'expérience, une anesthésie complète. Il se passe là un phénomène que vous allez voir se produire, d'une manière indépendante, dans une autre circonstance. C'est ce que M. Burq appelle l'anesthésie de retour.

Si, au contraire, vous enlevez le métal au moment où vous avez obtenu la réapparition de la sensibilité, cette sensibilité persiste pendant quelques heures et quelquefois pendant un jour ou deux. De plus, elle finit par se généraliser. Ainsi, alors que nous n'aviez obtenu la réapparition de la sensibilité que sur le bras, vous le voyez s'étendre progressivement sur tout le côté du corps qui, avant l'expérience, était le siége de l'hémianesthésie. Mais c'est là un phénomène temporaire chez les hystériques ; bientôt elles retombent dans l'anesthésie.

Un autre phénomène dont je vais vous rendre témoins, que M. Burq ne connaissait pas, et qui est bien de nature à établir que tous les faits dont je parle ne peuvent pas s'interprêter par cet état que les physiologistes anglais désignent quelquefois sous le nom d'*attention expectante,* c'est le phénomène du *transfert* (1).

Beaucoup de nos collègues anglais ont été témoins des expériences métalloscopiques de M. Burq ; ils les connaissent très-bien, ils en admettent l'exactitude ; seulement, quelques-uns d'entre eux inclinent à croire que ces faits relèvent de l'*attention expectante*. Il suffit, vous le savez, à un observateur de concentrer son attention sur un point de son corps et d'imaginer que tel ou tel phénomène subjectif doit s'y produire, pour que ce phénomène ait, en réalité, quelque chance de s'y manifester. Si vous pensez au chatouillement qui peut se produire sur un point de votre bras, vous ressentirez vraisemblablement, sur la partie désignée par l'attention, un chatouillement effectif. Nos collègues pensent donc que les phénomènes de sensibilité qu'on observe chez les hysté-

(1) Il sera utile de rappeler dans quelles circonstances fut constatée, pour la première fois, l'existence de ce curieux phénomène ! Dans une de ses séances, la commission de la Société de biologie étudiait l'effet des applications métalliques sur les organes des sens. M. Gellé notait les variations de l'acuité auditive, aux différents temps des expériences et se servait pour cela de son *tube interauriculaire*. Ce mode de procéder donne toujours l'acuité auditive pour les deux oreilles ; comparativement, en examinant les chiffres recueillis, M. Gellé s'aperçut que l'oreille du côté sain perdait en acuité auditive à peu près ce que gagnait l'oreille du côté anesthésique, sous l'influence du métal. En d'autres termes, il n'y avait pas de bénéfice proprement dit, mais un simple *transfert* (c'est le mot qui fut aussitôt adopté), d'un côté à l'autre. Il fut vérifié, séance tenante, qu'il s'agissait là d'un fait général et que la compensation se faisait régulièrement, d'un côté à l'autre, pour tous les genres de sensibilité, *du moins chez les hystériques*.

riques, dans l'application métalloscopique, sont des faits du même genre.

Je ne crois pas que cette théorie soit applicable dans l'espèce; mais les objections qui émanent d'hommes distingués, méritent toujours d'être prises en considération. Je ne veux pas, pour le moment, entreprendre la réfutation en règle de l'explication proposée. Je me bornerai à indiquer quelques-uns des arguments qui me paraissent pouvoir lui être opposés.

Je relèverai d'abord que des malades tout à fait inconnus, que l'on voit pour la première fois et que l'on soumet à ces expériences, se trouvent être *sensibles* les unes à l'or, les autres au zinc, d'autres à un autre métal. Il est difficile de penser qu'elles fassent délibérément le choix d'un métal: j'ajouterai que la plupart d'entre elles sont absolument ignorantes de tout ce qui concerne l'effet des applications métalliques. Mais parmi les faits propres à infirmer la théorie de l'attention expectante, l'un des plus importants, peut-être, est le phénomène du *transfert*.

Supposons une malade hémianesthésique à gauche et complétement sensible à droite. Vous appliquerez l'or sur le bras gauche et vous constaterez que la sensibilité revient chez elle sous l'influence du métal. Eh bien, si vous explorez la sensibilité dans le point du bras droit, qui correspond symétriquement à celui où vous avez appliqué l'or sur le bras gauche et où la sensibilité est revenue, vous reconnaissez qu'il s'est produit en ce point une insensibilité complète. Il s'est fait là une sorte de balancement ou si vous l'aimez mieux, de déplacement, qui est bien un des phénomènes les plus singuliers qu'aient révélés les applications métalliques. Tel est le *transfert*, phénomène que le hasard seul a fait découvrir et que les malades ne sauraient ni inventer ni simuler.

Il est encore un phénomène dont je vais vous rendre témoins et qui plaide dans le même sens que le précédent. Il est relatif à l'amblyopie hystérique sur laquelle j'appelai votre attention dans la dernière séance. Vous savez que chez les hystériques il existe, du côté de l'hémianesthésie, une amblyopie dont un des caractères est l'achromatopsie, c'est-à-dire le rétrécissement du champ visuel pour les couleurs, rétrécissement qui peut aller assez loin pour que les malades, ayant perdu totalement la notion des couleurs, ne voient plus les objets que sous l'aspect où ils sont représentés dans une aquarelle à la sépia. De plus, il y a à noter un fait particulier que les couleurs disparaissent dans un ordre constant. Ainsi le violet disparaît le premier, ensuite le vert, le rouge et enfin le bleu que les malades peuvent voir jusqu'au dernier terme de l'accomplissement du phénomène, alors qu'elles ont perdu la notion des autres couleurs.

Voilà un fait dont une malade hystérique ne peut guère soupçonner l'existence; il m'arrive à moi-même, qui le connais depuis longtemps, de me tromper sur l'ordre des couleurs, ordre qui n'est pas, vous le voyez, celui qu'elles affectent dans le spectre.

Voici une malade hystérique, hémianesthésique et amblyopique du côté gauche; vous reconnaissez que, de l'œil gauche, elle a perdu la notion des couleurs. Cette malade est *sensible* à l'or, ainsi qu'on l'a reconnu par une exploration préalable. Une plaque de ce métal est appliquée sur la tempe gauche. Un quart d'heure s'est écoulé depuis l'application; nous faisons passer successivement des papiers de différentes couleurs devant l'œil tout à l'heure frappé d'achromatopsie. Vous voyez que la notion des couleurs revient dans l'ordre indiqué, c'est-à-dire dans l'ordre inverse de sa disparition. C'est le bleu qu'elle voit en premier, puis le jaune, l'orange, le rouge; c'est ensuite le tour du vert; le violet est perçu en dernier lieu. Je vais vous faire remarquer que quelques malades présentent une exception à la règle générale, en ce sens que la notion du rouge reparaît régulièrement chez elles avant celle du jaune et du bleu. Mais, je le répète, c'est là une exception : quoi qu'il en soit, on peut affirmer que dans la règle, le vert et surtout le violet sont les couleurs dont la notion revient en dernier lieu.

Si maintenant nous enlevons la plaque métallique, nous constatons dans quelques instants que la perception des couleurs cesse dans l'ordre suivant : le violet disparaît d'abord, puis c'est le tour du vert, puis du rouge, puis du jaune. Le bleu persiste jusqu'au dernier terme. Enfin, il disparaît à son tour et l'œil se trouve de nouveau dans l'état où il était, lorsque la malade nous a été présentée.

Il faut se presser un peu pour bien saisir toutes les phases du phénomène, parce que, quelquefois, la réapparition de la sensibilité pour les couleurs, sous l'influence de l'application métallique, se fait avec une très-grande rapidité. C'est, vous le voyez, une expérience très-démonstrative, qui réussit, en général, très-bien et que nous avons bien des fois vérifiée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Adéno-phlegmons profonds de l'aisselle. — Fistules consécutives. — De l'utilité de l'immobilisation du membre supérieur.

Nous avons vu ce matin, au nº 37 de la salle Sainte-Vierge, un malade qui a tout simplement un abcès de l'aisselle. Cet abcès pouvait être considéré comme un abcès chaud, car il s'accompagnait de rougeur, de chaleur et de douleur dans les mouvements; mais enfin, il n'est pas extrêmement chaud, attendu que tous ces caractères ont été très-modérés, et que d'autre part, il n'y a pas eu de fièvre. C'est donc un abcès chaud apyrétique. Il y avait enfin une fluctuation très-évidente, superficielle même. J'arrêterai un instant votre attention sur ce malade pour rechercher avec vous à quelle catégorie d'abcès, sous le rapport de l'origine et surtout sous le rapport de la terminaison possible et du pronostic, nous avons affaire.

Quant à son origine, il est probable qu'elle est celle des abcès chauds de l'aisselle, c'est-à-dire que l'inflammation a commencé par envahir un ou plusieurs des ganglions, puis que de là elle s'est propagée au tissu cellulaire environnant. C'est, en effet, de cette façon que débutent ordinairement les abcès chauds de l'aisselle. Sur quelles raisons cependant me fondé-je pour établir qu'ici, comme dans la plupart des cas, il s'agit d'un adéno-phlegmon?

Ordinairement, nous avons, pour établir ce diagnostic, un signe caractéristique. C'est la présence en un certain point du corps d'une petite lésion qui a servi de point de départ à l'inflammation, laquelle s'est propagée à l'aisselle par l'intermédiaire des lymphatiques qui se rendent aux ganglions de cette région. Ici, contrairement à ce que l'on observe dans ce cas, ce point d'origine nous manque. Nous avons eu beau l'examiner avec attention, soit du côté du mamelon, soit du côté du dos ou des doigts, nous n'avons pas trouvé de plaie ou d'ulcération, pas d'érythème, pas d'eczéma, pas d'acné, pas trace surtout de la présence de l'acarus de la gale qui pût nous mettre sur la voie du diagnostic. Cette difficulté d'ailleurs ne nous a nullement embarrassé : il s'agit, en effet,

d'un serrurier, d'un homme qui travaille beaucoup de ses mains, qui a pu, par conséquent, s'écorcher sans s'en apercevoir. C'est donc en raison de sa profession que je suis porté à vous présenter ce malade comme atteint d'un adéno-phlegmon.

Ce diagnostic est appuyé par les caractères physiques que voici : c'est que, à côté d'une grosse bosselure rouge, molle, fluctuante, nous avons trouvé, en dedans de celle-ci, une autre tumeur moins saillante, moins dure, n'offrant pas trace de fluctuation; laquelle, contrairement à ce qui a eu lieu pour la précédente, ne s'est pas vidée à l'incision, et qui doit être un ganglion lymphatique enflammé, mais non encore arrivé à la période de suppuration. J'appelle votre attention sur ce point parce que, quoique le point de départ de l'inflammation, au niveau des doigts, manque chez cet homme, nous avons dans l'aspect bilobé de la tumeur, dans la marche un peu plus lente de l'un de ces lobes, un des caractères des adéno-phlegmons.

Ceci établi, examinons à quelle variété nous avons affaire sous le rapport de la terminaison probable et du pronostic.

La terminaison probable des abcès chauds de l'aisselle, surtout si le malade est convenablement soigné, c'est, comme pour beaucoup d'autres abcès, la guérison au bout de trois semaines, un mois. Il suffit pour cela d'introduire entre les lèvres de l'incision soit une mèche de charpie, soit une bandelette de tarlatane, imbibées d'acide phénique, d'appliquer un cataplasme sur la plaie et enfin de fixer le bras par une écharpe pour immobiliser le membre. On favorise ainsi l'issue du pus et l'on empêche le rapprochement des bords de la solution de continuité.

Un autre point sur lequel j'appellerai également votre attention est le suivant : parmi les adéno-phlegmons, les uns sont très-superficiels : ce sont ceux dans lesquels un seul ganglion étant pris, l'inflammation est restée limitée à une partie assez restreinte du tissu cellulaire ambiant; mais quant plusieurs ganglions sont envahis, l'atmosphère celluleuse qui les environne participant au travail de la suppuration, on peut avoir un foyer qui remonte très-haut dans l'aisselle, quelquefois jusque près de la clavicule. Ici, sans être très-profond, l'abcès n'est pas non plus très-superficiel, car nous avons pu constater en introduisant une sonde cannelée par l'ouverture de la plaie, après avoir donné issue au pus, que le foyer s'étendait jusqu'à quatre ou cinq centimètres de profondeur.

Cette recherche est importante à faire, car plus un abcès de l'aisselle est profond, après un adéno-phlegmon, plus il est à craindre que le recollement des parois n'ait pas lieu et que le malade conserve pendant très-longtemps une fistule; plus enfin il est nécessaire, pour empêcher cette fistule de se produire, de favoriser l'écoulement du pus et d'immobiliser les parois du foyer par l'immobilisation du membre et la contraction des muscles qui, en définitive, servent de parois à l'abcès.

Ici, cette indication est d'autant plus importante à remplir que cet homme est déjà vieux. Il a soixante-deux ans, en effet, et la puissance de réparation étant moindre chez les vieillards que chez les individus jeunes il est à craindre que son âge assez avancé ne s'oppose à la cicatrisation parfaite et soit par conséquent favorable à l'établissement d'une fistule.

Peut-être avons nous un exemple de ce que peut produire l'oubli de cette précaution, l'immobilisation du membre, chez un membre qui est actuellement couché au n° 32 de la même salle et qui a une fistule de la région axillaire. Cet homme a eu son abcès au mois de février dernier : je n'ai pas de renseignements bien positifs sur la marche de cet abcès, mais il a été considéré par M. Delens qui me remplaçait alors dans le service, au moment de l'entrée de ce malade dans nos salles, comme étant plutôt chaud que froid, comme un adéno-phlegmon. Cet abcès a été ouvert en ville; comment? je l'ignore, je veux bien qu'il l'ait été assez largement, mais il se peut aussi que l'ouverture ait été insuffisante et que le pus ait été imparfaitement évacué. Ce qu'il y a de certain, c'est que le membre n'a pas été immobilisé, que cet homme a continué à travailler et que consécutivement il a eu une fistule qui date aujourd'hui de six mois.

Cette fistule est-elle de l'ordre de celles qui sont simplement consécutives à un adéno-phlegmon idiopathique, ou bien est elle symptomatique de quelque lésion osseuse, l'abcès ayant été plus froid que je ne l'ai supposé jusqu'à présent? M. Delens s'est préoccupé de cette dernière hypothèse, mais il n'a trouvé ni dénudation de côtes, ni de la clavicule, ni de l'omoplate; si bien que nous avons là une fistule axillaire très-profonde, remontant jusqu'au delà de la clavicule, que nous ne sommes pas autorisés à considérer comme symptomatique d'une dénudation d'une des portions osseuses que je viens de vous énumérer. Mais de ce que nous ne trouvons pas de dénudation est-ce une raison pour qu'il n'y ait pas de carie? Non, car pour que l'exploration nous éclairât suffisamment à ce sujet, il faudrait que la direction de la fistule permît au stylet d'arriver directement aux os suspectés et non parallèlement à ceux-ci comme c'est le cas chez ce malade.

Un autre moyen qui, dans ces circonstances, peut permettre au chirurgien d'apprécier l'état des os, c'est la quantité de pus qui s'écoule par le trajet fistuleux : vous savez, qu'en effet, quand on a affaire à une fistule par une suppuration osseuse, la quantité de pus qui s'en écoule est ordinairement très-abondante. Or, ici, je n'ai pas trouvé qu'il y en eût une grande quantité; les pièces de pansement, quand on les enlève, le matin, en contiennent peu, de telle sorte que, jusqu'à ce jour, j'ai incliné plutôt vers l'opinion d'une fistule non symptomatique, consécutive à un abcès idiopathique, due à ce que l'abcès avait été primitivement profond et à la non-réparation par suite de la conservation des mouvements des muscles grand dorsal, grand rond, sous-scapulaire qui en forment les parois.

Dans cet état de choses, pensant que l'abcès n'était pas symptomatique d'une lésion osseuse et dû simplement au défaut de recollement des parois, par suite de la continuation des mouvements, j'étais décidé à tenter chez ce malade, la compression sur le grand pectoral que nous aurions faite au moyen d'un tampon de rondelles d'amadou et d'ouate placées sur le trajet fistuleux, et maintenues à l'aide de compresses longuettes et d'une bande très-serrée. Mais les explorations ultérieures auxquelles je me suis livré m'ont montré qu'il ne s'agissait pas simplement ici d'une de ces fistules montant seulement derrière le grand pectoral, en avant des muscles intercostaux, et dans lesquelles on obtient de très-bons résultats par l'application du moyen que je viens de vous indiquer; mais que le trajet fistuleux s'élevait beaucoup plus haut, qu'il atteignait même le bord supérieur de l'omoplate; que, dans ce cas enfin, la compression sur le grand pectoral n'eût été qu'un moyen insuffisant. Dans ces conditions, je me proposai de faire une contre-ouverture dans la paroi postérieure de l'aisselle et de passer un tube à drainage dans la plaie.

Mais, outre que le malade se soucie peu d'une opération, une circonstance particulière m'a obligé à ajourner l'exécution de ce projet. Il existe, en effet, une rougeur singulière autour du trajet fistuleux. Ce n'est pas un érysipèle commençant, cela ressemble plutôt à de la roséole, à de l'érythème. Mais s'il ne s'agit pas d'un érysipèle, peut-être en produisant une excitation nouvelle de la plaie, verrions-nous cette rougeur érythémateuse, faire place à un véritable état érysipélateux.

Une autre raison qui m'arrête également, c'est l'état général du malade. C'est un homme maigre, pâle; il s'est beaucoup affaibli depuis qu'il est à l'hôpital, il tousse, il a expectoré quelques crachats sanglants. Ceux-ci venaient-ils de l'intérieur de la poitrine ou simplement des fosses nasales, je l'ignore; mais avec cet ensemble de signes physiques, il a de la fièvre tous les soirs, il transpire la nuit, bref il présente des symptômes d'hecticité. Cet état dépend-il de l'abcès, de la suppuration prolongée ou de toute autre cause?

Les abcès de l'aisselle devenus fistuleux donnent souvent lieu, il est vrai, à une suppuration assez abondante et assez prolongée pour expliquer l'hecticité, mais je vous ai dit que celui-ci suppurait peu. Ce serait donc à la seule suppuration prolongée qu'il faudrait rattacher ces accidents: ce n'est pas très-commun.

Mais n'aurions-nous pas affaire à un tuberculeux, à un homme chez lequel la tuberculisation marcherait vers la suppuration? Les phénomènes physiques que l'on constate à l'auscultation et à la percussion de la poitrine répondent peu à cette nouvelle manière de voir. En avant, la respiration est normale; en arrière, il m'a bien semblé entendre un peu de souffle, mais il n'y a ni pectoriloquie, ni gargouillement, et rien n'indique d'une manière positive l'existence d'une caverne. D'autre part, s'il existe de la tuberculisation, comme divers phénomènes que nous observons chez ce malade ne remontent qu'à quinze jours à peine, il y a à s'étonner qu'une tuberculisation galopante n'ait pas donné lieu à des signes plus accusés.

Pour ces raisons, j'incline à croire que l'hecticité est due simplement à l'abcès de l'aisselle. C'est pourquoi quand la petite complication qui a surgi ce matin aura disparu, nous chercherons à provoquer la cicatrisation de la fistule, en pratiquant une contre-ouverture, à travers laquelle nous introduirons un tube à drainage, de manière à faciliter l'évacuation du pus, et, au moyen d'injections appropriées, à exciter l'intérieur du foyer dans le but de provoquer la formation de bourgeons charnus. Enfin, pour rendre plus facile encore l'accolement des parois, à ces moyens nous joindrons la compression.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mars 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont été observées dans le département de la Haute-Saône en 1877 (Comm. des épidémies).

2° Le rapport général de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Lamalou, de Saint-Christau, de Capvern, et d'Evaux pour l'année 1876.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Albert Laverne, notaire à Paris, qui informe l'Académie que par un testament, déposé en son étude, M. Adolphe Monbinne, a légué à l'Académie de médecine quinze cents francs de rente pour établir une fondation en son nom, de concert avec M. Eugène Lecomte, agent de change, à Paris, qui connaissait ses intentions.

2° Une lettre de M. le docteur Burq accompagnant l'envoi de brochures relatives à la métallothérapie, pour le concours du prix Barbier.

3° Un volume de M. le docteur Beni-Barde intitulé : *Manuel d'hydrothérapie,* destiné au concours du prix Itard.

PRÉSENTATIONS

M. CHAUFFARD offre à l'Académie un volume qu'il vient de publier, et qui a pour titre : *La vie, études et problèmes de biologie générale.*

Parmi les études qui composent ce livre, dit-il, je me permettrai de signaler plus particulièrement les suivantes: *Le moi et l'unité vivante. — La spontanéité vivante et le mouvement. — De la finalité dans les êtres vivants, et de la doctrine de l'évolution. — De la puissance génératrice dans l'âme et dans la vie.*

Le but que je me suis proposé est l'alliance des grandes vérités traditionnelles et des vastes recherches de la science contemporaine, c'est la transformation et l'accroissement de toutes ces vérités, si souvent défigurées ou rapetissées par l'esprit de système, au contact et à la lumière des faits biologiques nouveaux, des progrès admirables de la physiologie moderne. Cet ouvrage, qu'il me soit permis de le dire, est le fruit d'un travail de méditation persévérante. Je désire qu'il ne reste pas trop loin du but élevé auquel j'ai aspiré.

M. LEGOUEST présente, de la part de M. le docteur Maurice Claudot, un travail manuscrit intitulé : *Rapport sur l'épidémie de la fièvre typhoïde de Tenès, en* 1877 (comm. des épidémies).

M. LARREY présente un travail manuscrit intitulé : *Contribution à l'étude des corps étrangers du conduit auditif externe*, par M. le docteur Bourgeois, médecin aide-major de première classe ; 2° *Les mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse;* 3° une brochure intitulée : *Des pratiques vicieuses et des préjugés populaires inhérents à l'hygiène,* par M. le docteur Droixhe (de Huy).

M. ROCHARD présente un volume intitulé : *Étude sur la marche de la température dans les fièvres intermittentes et les fièvres éphémères,* par M. le docteur Guegnen, aide-major au 2e régiment d'infanterie de marine.

M. PERSONNE présente un fragment de cadavre qui a été injecté, il y a cinq ans, par l'hydrate de chloral et qui est maintenu dans un état de conservation parfaite.

RAPPORTS

M. POGGIALE lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, des sources d'eaux minérales. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

LECTURE

Développements successifs de foyers virulents pendant la période d'incubation des maladies charbonneuses. — M. COLIN donne lecture, sous ce titre, d'une note dans laquelle il s'est proposé de traiter un point important de physiologie pathologique, celui de savoir ce qui se passe pendant l'incubation des maladies virulentes en général, et en particulier des maladies charbonneuses. Que deviennent les virus pendant cette période? Se fixent-ils aux lieux dans lesquels ils ont été introduits; se rendent-ils dans certains organes, certains départements vasculaires, ou se disséminent-ils dans toute l'économie pour y préparer leur action, la commencer d'une manière latente?

En l'absence de données fournies par l'observation, M. Colin s'était proposé, depuis longtemps déjà, d'élucider cette question par l'expérimentation directe. Après beaucoup de tentatives sans résultat, il croit y avoir réussi pour les maladies charbonneuses et

les septicémiques qui, très-probablement, sont soumises aux grandes lois de la pathogénie des affections virulentes.

M. Colin se résume en ces termes :

Il en ressort, dit-il : 1° Que les ganglions lymphatiques sont les premiers organes à acquérir la virulence à la suite du dépôt ou de la pénétration du virus charbonneux dans un point de l'économie.

2° Que ces organes deviennent virulents d'une manière successive, suivant l'ordre de leur situation sur le trajet des lymphatiques, partant des points d'inoculation.

3° Qu'ils se transforment en foyers virulents à la fois par apport et par régénération du virus charbonneux dans leur tissu ou dans les liquides dont ils sont imprégnés.

4° Qu'à un moment d'assez longue durée ils sont, avec la piqûre et son œdème environnant, les seules parties de l'économie douées de propriétés virulentes.

5° Qu'ils possèdent ces propriétés même un certain temps avant l'apparition des bactéries dans leur intérieur, alors que la virulence n'appartient à un degré quelconque ni au sang ni aux organes très-vasculaires, comme le foie, la rate et autres viscères.

6° Que ces ganglions réceptacles et régénérateurs distincts sont des foyers en pleine activité, pendant l'incubation et jusqu'aux dernières périodes de la maladie.

7° Que leur activité se décèle par la tuméfaction, l'œdème, la teinte rougeâtre, l'hémorrhagie interstitielle, en un mot par une irritation spécifique, par des propriétés nouvelles et le développement des bactéridies.

8° Qu'ils sont, avec la piqûre et son infiltration périphérique, les foyers d'où procède, principalement, peut-être exclusivement, l'infection générale de l'économie.

M. PASTEUR a écouté avec intérêt la communication de M. Colin. Mais cette communication, suivant lui, ne renferme aucune notion nouvelle. Il est d'accord avec M. Colin sur le fait de la pénétration des lymphatiques par les bactéridies charbonneuses. Ce fait a dû être remarqué par tous ceux qui ont étudié le charbon. Dans ses recherches, en effet, M. Pasteur voit beaucoup de choses qui n'appellent que médiocrement son attention, par le fait seul qu'elles lui semblent absolument nécessaires. Si on introduit des bactéridies dans un point quelconque de l'économie, il se produit en ce point presque aussitôt une tuméfaction considérable, alors que le sang et les autres parties du corps ne sont même pas encore virulents cinq ou six heures avant la mort. Si l'on injecte les bactéridies directement dans le sang, par la veine jugulaire, au bout de quelques heures on ne retrouve plus de bactéridies dans ce sang, mais elles viennent s'accumuler au niveau du point de la piqûre. Le point fondamental de la communication de M. Colin, ajoute M. Pasteur, point que je conteste absolument, est le suivant : M. Colin, toujours possédé de l'idée qu'il doit y avoir dans le charbon la virulence à côté de la bactéridie, admet deux époques dans la virulence des parties affectées, une époque de virulence sans bactéridies et une époque de virulence avec bactéridies. Il nous dit, en effet, qu'il y a une période où le ganglion est déjà virulent, sans qu'on y trouve traces de bactéridies; voilà ce que je conteste d'une façon absolue juqu'à ce que M. Colin, ayant pris l'intérieur du ganglion sur la pointe d'une aiguille, et l'ayant porté dans un milieu de culture des bactéridies, me prouve l'existence de cette virulence sans la présence de bactéridies. Si M. Colin m'affirme pouvoir me donner cette preuve, je demande la nomination d'une commission et l'honneur d'en faire partie pour examiner ces faits.

M. COLIN fait observer tout d'abord que, contrairement à l'affirmation de M. Pasteur, sa communication renferme un certain nombre de faits qui n'avaient pas été constatés par les anciens observateurs. Personne, en effet, n'avait encore montré que, quatre ou cinq heures après l'injection, on constate la virulence des ganglions seuls. Au moment où ces ganglions sont déjà virulents, la rate, que les auteurs donnaient comme l'un des organes pris les premiers, n'est pas encore virulente; les poumons qu'en raison de ce fait avancé par M. Pasteur que l'air était un élément nécessaire au développement des bactéridies, M. Colin s'attendait à trouver pris de très-bonne heure, ne présentaient encore aucune trace de virulence. La virulence du sang ne se produit que très-tard. Quant au fait de la tuméfaction des parties où est faite l'injection, il s'explique aisément par la chute inévitable d'une goutte du liquide injecté en ce point qui devient un foyer local. M. Pasteur, ajoute M. Colin, me porte un défi : j'ai fait ce qu'il demande, j'ai pris de la pulpe du ganglion sur la pointe d'un scalpel et je l'ai porté sur un point quelconque de l'économie; j'ai obtenu tous les phénomènes du charbon après avoir constaté par l'examen microscopique l'absence des bactéridies dans la portion de pulpe injectée.

M. PASTEUR dit que si les choses se passaient ainsi que vient de le dire M. Colin, il aurait fait la plus grande découverte des temps modernes, il aurait démontré la génération spontanée de la bactéridie que M. Pasteur cherche depuis vingt ans sans pouvoir la trouver. L'examen microscopique, dit M. Pasteur, ne signifie absolument rien dans ce cas, attendu qu'il faudrait la vie d'un homme pour voir tous les points d'une préparation de un centimètre de diamètre avec un microscope donnant un grossissement d'au moins 500 diamètres. Or, il suffit, dans cette préparation, de la présence d'une seule bactéridie pour en obtenir, par la culture, des milliards. C'est donc sur la culture seule qu'il faut se baser pour s'assurer de la présence ou de l'absence des bactéridies dans le ganglion.

M. COLIN dit qu'il n'est pas impossible d'examiner toutes les parties d'une préparation en divisant cette préparation et en pratiquant l'examen pendant plusieurs heures.

M. PASTEUR répond à M. Colin : il est facile, dit-il de prendre un cochon d'Inde et de l'inoculer. Ce cochon d'Inde doit mourir environ trente heures après l'injection. Sept ou huit heures avant sa mort le sang renferme déjà des bactéridies, mais encore en petit nombre; or, si vous l'examinez à ce moment au microscope, vous pouvez ne rien trouver. Si au contraire vous portez une goutte de ce sang dans un milieu de culture des bactéridies, vous constaterez un développement excessif de bactéridies : M. Colin ne peut donc pas se baser sur l'examen microscopique pour affirmer l'absence des bactéridies, et je me refuserais à faire partie d'une commission qui aurait pour but de se baser sur cet examen microscopique pour juger la question.

M. BOULEY fait observer que, dans cette commission, dont feraient partie MM. Pasteur et Colin, on ne suivrait pas exclusivement le programme de l'un des deux contradicteurs. M. Bouley trouve M. Pasteur un peu sévère pour la communication de M. Colin, quand il dit que cette communication ne renferme rien de nouveau; il y a la démonstration expérimentale de cette vérité d'induction clinique que le ganglion est un point d'arrêt de la matière inoculée. C'est là un fait considérable.

M. LE PRÉSIDENT propose de nommer une Commission composée de MM. Pasteur, Colin, Velpeau et Davaine.

La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1877-1878.

La Faculté ouvrira ses cours d'été le 16 mars 1878. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Histoire naturelle. — M. Baillon : botanique médicale; étude spéciale des plantes employées en thérapeutique. — Lundis, mercredis, vendredis, à onze heures.

Physiologie. — M. Béclard : première partie, la circulation, les sécrétions et les exhalations.

Deuxième partie : Physiologie générale du système nerveux. Physiologie des organes des sens. — Lundis, mercredis, vendredis, à midi.

Anatomie pathologique. — M. Charcot : du tubercule en général et dans les principaux organes. Anatomie pathologique de l'encéphale. — Lundis, mercredis, vendredis, à deux heures.

Pathologie chirurgicale. — M. Guyon : les maladies des articulations; maladies des articulations en général; maladies de chaque articulation en particulier. Des luxations. — Lundis, mercredis, vendredis, à trois heures.

Médecine légale. — M. Tardieu, suppléé par M. Rigal, agrégé : Empoisonnements. Avortements.— Lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures.

Pharmacologie. — M. Regnauld : généralités sur la pharmacologie et sur l'art de formuler. Étude spéciale des principaux types de médicaments. — Mardis, jeudis, samedis, à onze heures.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Pajot, suppléé par M. Charpentier, agrégé : des accouchements difficiles et de leurs complications (dystocie). — Mardis, jeudis, samedis, à midi.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Vulpian : études de pathologie expérimentale de l'encéphale. — Mardis, jeudis, samedis, à deux heures.

Pathologie médicale. — M. Peter : maladies de l'appareil respiratoire (fin : phthisie pulmonaire). Maladies de l'appareil circulatoire (cœur et gros vaisseaux). — Mardis, jeudis, vendredis, à trois heures.

Hygiène. — M. Bouchardat : excrétions. Poisons. Ferments morbides. Parasites. Hygiène morale. — Mardis, jeudis, samedis, à quatre heures.

Thérapeutique et matière médicale. — M. Gubler : voies d'introduction et d'élimination des médicaments, etc. Les grands agents thérapeutiques. — Mardis, jeudis, samedis, à quatre heures (petit amphithéâtre).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 février 1878, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Ducelliez, Driout, Perrin, Cros et Beltz.

Au grade de pharmacien principal de première classe : M. Jaillard.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe : M. Lefranc.

Au grade de pharmacien-major de première classe : M. Schaeuffelé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Eugène Bourcelot, externe des hôpitaux de Nancy, qui a succombé aux suites d'une fièvre typhoïde, contractée dans son service.

— M. Arjo, médecin aide-major de deuxième classe, vient de succomber aux suites d'un accident de cheval.

— MM. Lausiès, Miffre et Simbat, médecins aides-majors de première classe, viennent de donner leur démission.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 mars, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Élection de deux membres titulaires.— 2° Constitution médicale du mois de février. Policlinique. — 3° M. Louis Roy : De la guérison prompte et durable du larmoiement consécutif aux rétrécissements du canal nasal par l'application de la galvanocaustique chimique neutre. — 4° M. Passant : Nécessité de nommer, dans chaque arrondissement, un accoucheur et un adjoint pour la surveillance et la statistique des accouchements pratiqués par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance, l'intervention dans les cas difficiles ou dangereux et le service des vaccinations. — 5° M. Amanieu : Tumeur à hydatides vraies de l'utérus.

— *Cours d'anatomie.* — M. Fort commencera le 18 mars 1878, un cours particulier d'anatomie, préparatoire au deuxième examen de fin d'année. Ce cours durera deux mois; chaque leçon aura une heure et demie et commencera à trois heures. Le prix de ce cours sera le tiers de celui du cours d'hiver. On s'inscrit 21 rue Jacob.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de chimie médicale, par le docteur A. Rabuteau. Ire partie : Chimie minérale. — 1 vol. in-8° avec 168 figures intercalées dans le texte. Prix : 11 francs. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

Leçons de pathologie générale. Les grands processus morbides, par J.-J. Picot, professeur à l'École de médecine de Tours, avec une préface de M. le professeur Robin. — Tome IIe, second fascicule. — Fin de l'ouvrage : 10 francs. — Les deux volumes, 36 francs. — G. Masson.

De l'alcool éthylique et de la transpirabilité de quelques alcools mono-atomiques, par le docteur Collignon. — In-8° de 68 pages. Prix : 3 francs. — O. Doin.

Étude physiologique et clinique sur les alcaloïdes soporifiques de l'opium, codéine, morphine, narcéine, par le docteur Bardet. — In-8° de 41 pages. Prix : 2 francs. — O. Doin.

Étude sur un nouveau moyen d'aspirer les fluides pathologiques, par le docteur Gibard. — In-8° de 48 pages avec la figure du nouvel aspirateur. Prix : 2 francs. — O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Papier Rigollot

ET

Cataplasme Lelièvre.

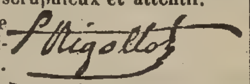
Approuvé par l'Académie de médecine.

Les succès immenses de ces deux excellentes inventions ont eu pour effet immédiat d'exciter les *appétits de lucre* d'une foule de *contrefacteurs* ou *imitateurs*, dont l'indignation publique en différents pays a fait invariablement justice.

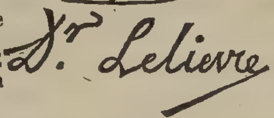
Mais malheureusement, il se trouve dans le commerce des détaillants *assez nécessiteux* et *assez peu scrupuleux* pour vouloir réaliser *quand même de plus grands bénéfices*, et qui, à une demande clairement formulée de PAPIER RIGOLLOT ou de CATAPLASME LELIÈVRE, répondent en donnant à l'acheteur un des produits dont nous venons de parler plus haut.

Nous engageons vivement Messieurs les médecins à se tenir en garde et à n'accepter que les produits véritables, après examen scrupuleux et attentif.

Sur chaque feuille de PAPIER RIGOLLOT, exiger la signature ci-contre.



Exiger sur chaque paquet de CATAPLASME LELIEVRE le cachet rouge et la signature.



Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, r. Montmartre.

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Dujardin-Beaumetz, Nicaise*, et les gynécologistes les plus compétents, cette préparation, d'un goût agréable, est acceptée sans répugnance par les malades, ce qui la rend précieuse pour les jeunes filles chez lesquelles la menstruation est pénible.

« Contre l'anémie des femmes atteintes d'affec-« tions utérines chroniques, les résultats ont tou-« jours été remarquables ; il en fut de même d'un « nombre respectable de chloroses traitées par la « même préparation..... Nous préférons la forme de « liqueur pour l'albuminate, parce qu'elle est plus « absorbable et surtout parfaitement supportée par « l'estomac. » (*Gaz. des Hôp.*)

La LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, se prend à la dose d'une cuillerée à chaque repas.

A la phie, 20, fbg Poissonnière, toutes les pharm.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble

de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble**.

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, l'*anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble**.

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris

ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.

Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

Sirop de Catillon à l'iodure de fer

QUINQUINA ET GLYCÉRINE.

En outre du quina et de l'iodure de fer, ce sirop remplace avec avantage l'huile de foie de morue, si difficile à supporter et dont la glycérine pure est un succédané. Paris, rue Fontaine Saint-Georges, 1.

Fumouze — Albespeyres

FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe.

Vésicatoire d'Albespeyres.

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière. — Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres*.

Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sûre et régulière. — Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyres*.

Capsules de Raquin

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,

Approuvées par l'Académie de médecine.

Les Capsules Raquin à enveloppes de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine*. — Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin*.

Papier et Cigares ANTI-ASTHMATIQUES

de Bin BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica*.

Cataplasme Jouanique

en feuilles minces, légères, souples, inaltérables.

Sa souplesse et sa légèreté permettent de l'appliquer sur toutes les parties du corps, et dans tous les cas où le poids d'un cataplasme est difficilement supporté par les malades.

Pulvérisateur Marinier,

admis dans les hôpitaux.

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons ; — la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

DÉPÔT à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis ; vente des pulvérisations chez FUMOUZE frères, 78, faubourg Saint-Denis.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

et des affections chroniques des voies respiratoires

Capsules molles de Bourgeaud

A LA CRÉOSOTE VRAIE et à L'HUILE DE FOIE DE MORUE, formule des docteurs BOUCHARD et GIMBERT (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1877).

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Chaque grosse capsule, à *enveloppe très-soluble* et d'*odeur agréable* contient 5 centigr. de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 2 grammes d'huile de foie de morue pure ; chaque petite capsule contient 2 centigr. de *créosote* et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Bien préférables à toutes les autres préparations caustiques de la créosote, lesquelles ne sont absorbables qu'à l'aide de quantités considérables de liquide et par conséquent difficilement tolérées par l'estomac. Les seules employées dans les hôpitaux de Paris.

Dose : 2 à 4 *grosses capsules* et 5 à 10 *petites capsules* matin et soir, d'après l'avis des médecins.

LA BOÎTE, 4 FRANCS.

Royat (Ems français).

L'action tonique et résolutive des Eaux de Royat est surtout efficace contre : *anémie, chlorose, débilité* ou *faiblesse générale, dyspepsies, bronchites, laryngites, diabète, gravelle urique, rhumatisme, goutte, maladies cutanées*, etc.

Constipation guérie

sans purger par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes. — Il guérit radicalement en peu de jours les constipations habituelles les plus opiniâtres.

Prix : 3 fr. — Gros : 79, rue du Cherche-Midi ; DÉTAIL : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu ; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs de reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Salicylate de soude

du Dr **CALMANN**,

Lauréat des hôpitaux de Paris. — Spécifique de la GOUTTE et des RHUMATISMES. — Prises de 2 grammes. — Sel chimiquement pur ; exempt de phénates, de carbonates et de toutes les substances empyreumatiques. — Pharmacie des Spécialités, 11, boulevard de Strasbourg, et principales pharmacies.

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose. Anémie. Longues convalescences*, etc.

56, r. d'Anjou-St-Honoré, et dans toutes les pharm.

Tamar indien Grillon.

(Électuaire lénitif no 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris. Bte, 2 fr. 50.

Anti-goutteux à l'iodure de LITHIUM FERRUGINEUX du Dr Ate LACOTE.

Dragées contenant chacune 0,10 centigrammes de principe actif. — Brochure explicative.

Vente en gros : HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.

Vente en détail : dans toutes les bonnes pharm.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

N° 29. — SAMEDI 9 MARS 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 9 MARS 1878. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De quelques troubles de la circulation veineuse chez le nouveau-né.

M. Victor Hutinel, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, a consacré, comme sujet de dissertation inaugurale, une étude très-étendue et très-approfondie à une question de pathogénie très-digne d'intérêt, les troubles de la circulation veineuse chez l'enfant, et en particulier chez le nouveau-né. L'idée de cette étude lui a été suggérée par cette proposition émise par M. le professeur Parrot, dans une communication à la Société de biologie : « Chez les nouveau-nés, contrairement à ce qui se passe à un âge avancé, le système veineux, au point de vue pathologique, a le pas sur les artères. » En effet, le nouveau-né présente des hémorrhagies encéphaliques, soit immédiatement après sa naissance, soit dans les premiers mois de son existence; son cerveau est quelquefois le siége de ramollissements rouges d'origine évidemment vasculaire; dans ses viscères, on trouve des lésions, foyers apoplectiques, foyers de suppuration, et, dans l'immense majorité des cas, le système artériel est parfaitement sain. Pour M. Parrot, la cause de ces lésions consiste dans des troubles de la circulation veineuse; mais ces troubles circulatoires reconnaissent une cause plus importante et plus générale qu'une simple altération des parois des veines, c'est une modification du sang lui-même.

Cette altération du sang chez les nouveau-nés se traduit souvent par sa coagulation spontanée dans un ou plusieurs points de son trajet. Toujours, ou presque toujours, les caillots se déposent dans le système veineux, c'est-à-dire dans les veines de la grande circulation et dans l'artère pulmonaire. Si les thrombus se forment exclusivement dans ces points, c'est parce que le sang épaissi et poisseux du nouveau-né malade y stagne et s'y accumule de préférence.

C'est cette fréquence, relativement considérable, des congestions passives et des thromboses veineuses chez les enfants, et surtout chez les nouveau-nés, qui a particulièrement appelé l'attention de M. Hutinel, lorsque de l'étude de la pathologie de l'adulte, il est passé à l'étude des maladies de l'enfance, et il s'est proposé dès lors d'en étudier les conditions principales, ainsi que leurs relations avec certaines lésions viscérales. Conformément à ce programme, il a étudié d'abord les congestions du système veineux, les veines oblitérées, les différents points où se déposent les caillots et les accidents qu'ils déterminent; puis il a suivi dans plusieurs organes de l'enfant, dans l'encéphale, dans les reins, dans l'estomac et dans les intestins, dans le foie, la rate, etc., les lésions produites par un trouble de la circulation veineuse.

Voici en quels termes M. Hutinel résume les résultats de ses recherches :

Dans la pathologie du premier âge, lorsqu'on trouve dans un organe des lésions qui paraissent dues à un trouble circulatoire, c'est surtout dans les veines qu'il faut en chercher la cause.

Les congestions passives, fréquentes dans les premières semaines de la vie, peuvent s'accompagner d'hémorrhagies. On les observe à la suite des accouchements longs et difficiles; dans l'athrepsie aiguë (dénomination sous laquelle M. Parrot désigne l'ensemble d'états morbides qui ont pour point de départ les troubles fonctionnels du tube digestif, et qui aboutissent à une perturbation profonde de la nutrition), elles sont habituelles et semblent liées surtout à la concentration du sang. Plus tard, elles ont moins d'importance.

Dès que le sang altéré stagne dans ces canaux, il peut s'y coaguler; aussi les thromboses sont-elles fréquentes dans l'enfance. On les rencontre chez les nouveau-nés emportés par l'athrepsie, chez les enfants épuisés par une maladie générale, par une affection chronique ou par une misère prolongée; elles siégent alors dans les veines du rein ou de l'encéphale, ou dans l'artère pulmonaire.

Les viscères dont les veines sont ainsi obstruées par des caillots peuvent subir des altérations importantes.

Lorsqu'il existe une thrombose des sinus ou des veines encéphaliques, on observe des congestions intenses, des apoplexies capillaires, des ramollissements du cerveau, des hémorrhagies méningées ou ventriculaires. Des lésions semblables peuvent avoir pour cause chez le nouveau-né une réplétion exagérée du système veineux. Chez l'enfant plus âgé, quand il n'existe pas d'oblitération veineuse pour expliquer l'apparition d'une lésion d'origine vasculaire (hémorrhagie, ramollissement), on trouve ordinairement une inflammation.

La symptomatologie des altérations encéphaliques est à peu près nulle dans les premières semaines de la vie. Au-dessus d'un an, elle est beaucoup plus nette. Cette différence tient

au développement imparfait du cerveau chez le nouveau-né.

La thrombose des veines rénales, presque spéciale à l'athrepsie aiguë, s'accompagne dans le rein de congestions intenses, d'hémorrhagies interstitielles, ou même de foyers de suppuration.

Les caillots qui se forment dans l'artère pulmonaire de l'enfant sont des concrétions autochthones. Ils peuvent donner naissance à des apoplexies, à des suppurations, ou même à des gangrènes du poumon. Ces lésions sont presque impossibles à reconnaître pendant la vie.

Les troubles de la circulation veineuse chez l'enfant empruntent une grande partie de leur gravité aux états morbides dans lesquels ils se rencontrent, mais ils peuvent par eux-mêmes causer des désordres irrémédiables.

Acrodynie sporadique.

M. le docteur E. Ganiez, de Darney (Vosges), nous transmet la relation suivante d'un cas d'acrodynie sporadique, qui nous a paru assez intéressant, ne fût-ce que par sa rareté, pour que nous ayons cru devoir le mettre sous les yeux de nos lecteurs. Nous laissons parler notre confrère.

Mlle R..., de Darney, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution moyenne, est née dans cet heureux milieu où l'on ne connaît ni les privations du pauvre, ni les exigences sociales des classes dites privilégiées. Choyée par sa famille, gaie, ardente au plaisir, elle n'a guère d'autres soucis que ceux de la toilette du jour et du bal prochain. Jusqu'au mois de janvier 1877, sa santé a toujours été excellente.

A cette époque, elle fait en voiture, par une nuit glaciale, un trajet de 27 kilomètres. Dès le lendemain, Mlle R..., est prise de laryngo-bronchite, qui persiste plusieurs mois, s'accompagne d'inappétence et d'amaigrissement considérable. La menstruation a lieu pour la dernière fois en mars 1877. On s'efforce en vain, le mois suivant, de rappeler le flux cataménial. La famille, inquiète, nous fait appeler dans le commencement de mai.

État de la malade, 5 mai. — Anorexie, toux sèche, fatigue des membres, marche pénible, accélération du pouls, sans chaleur notable, aucun signe de chloro-anémie. L'examen de la poitrine et des viscères ne révèle rien d'anormal; l'analyse des urines donne un résultat négatif. Cette situation se prolonge jusqu'au 10 juin.

En ce moment, la scène change : la toux a disparu, l'appétit est meilleur; mais bientôt nous voyons se dérouler une série de symptômes inattendus qui nous permettent enfin d'établir un diagnostic.

Ces manifestations symptomatiques sont, par ordre d'apparition : des altérations dans les extrémités inférieures exclusivement; un œdème des jambes, des pieds et de la face; un érythème papuleux dans les mêmes régions; une rougeur de la conjonctive oculo-palpébrale; enfin, des troubles digestifs variés. Chacun de ces symptômes présentent, d'ailleurs, une physionomie spéciale qu'il est important de décrire.

Tout le membre inférieur est le siége de fourmillements, d'engourdissements et d'hyperesthésie légère; mais la douleur vive, lancinante ne dépasse point en hauteur les malléoles, occupe le bord interne, la plante des pieds et surtout la partie qui correspond à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Cette douleur, que le moindre contact exaspère, est plus intense la nuit; elle arrache des cris à la malade et empêche le sommeil pendant plusieurs semaines. Nous n'observons aucun trouble de la motilité.

Presque en même temps que la douleur, il survient un œdème des pieds, des jambes, avec bouffissure de la face. Cette infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, consiste en un simple gonflement, ne conservant pas l'impression du doigt et ne changeant pas la couleur de la peau : elle est d'ailleurs fugace, et dure à peine trois ou quatre jours.

L'érythème succède à l'œdème et siége dans les mêmes points; sa couleur, d'un rose pâle, est plus prononcée sur le trajet de la douleur; bientôt il est accompagné de rougeur conjonctivale et de papules discrètes aux pieds, confluentes à la face. La coloration des téguments s'éteint incomplétement pour renaître à diverses époques; elle se détermine par desquamation au moment où l'affection tend à disparaître.

La desquamation ne ressemble en rien aux larges exfoliations épidermiques signalées dans certaines épidémies (Chomel); elle rappelle plutôt la sécrétion épithéliale du pityriasis.

Les taches noires, ecchymotiques, décrites par Dance, Tholozan font complétement défaut. Seul, le visage offre parfois un aspect grisâtre et terreux.

Les troubles de la digestion qui avaient précédé les symtômes acrodyniques, et qui avaient cessé au moment de leur apparition reviennent quinze jours après, plus intenses, sous forme d'anorexie complète, de vomissements rares et de diarrhée bilieuse.

Au moment où la maladie est dans sa pleine expansion, l'aspect de la jeune fille est vraiment lamentable. Les préparations opiacées, les bains tièdes, les frictions avec le chloroforme, le sulfate de quinine, le chloral même sont impuissants à combattre les douleurs nocturnes. Il ne nous est pas possible de surmonter la répugnance de Mlle R..., pour les injections hypodermiques qui semblent indiquées. La famille est aux abois, la malade nous montre avec désespoir ses membres atrophiés, et nous nous demandons, nous-même, si nous avons bien sous les yeux l'acrodynie, c'est-à-dire, une affection qui se termine habituellement par la guérison.

Cependant, vers le 30 juillet, tous les symptômes s'atténuent et disparaissent successivement. La douleur est moins vive, les nuits sont meilleures. Nous soumettons la jeune fille au régime lacté qui est bien supporté. Au commencement de septembre, l'appétit et l'embonpoint renaissent. Mlle B... recouvre peu à peu sa santé habituelle. La réapparition du flux menstruel, le 20 novembre, termine enfin cet état morbide qui a duré plus de cinq mois, dans sa forme spéciale.

Bien que l'acrodynie n'ait été qu'exceptionnellement observée à l'état sporadique, il nous paraît incontestable que c'est à un fait de cette nature qu'a eu affaire notre confrère. On y retrouve, en effet, toute la symptomatologie de l'épidémie de Paris de 1828 et 1829, qui a servi de type pour la description de cette maladie. On sait quels vains efforts on fit à cette époque pour chercher les causes de cette bizarre affection. On n'a pas été mieux éclairé à cet égard par l'étude des épidémies qui se sont montrées depuis, notamment celle qui fut observée sur les soldats de l'armée anglaise au Bengale, en 1830, 1831, et 32, celle de 1844, 45 et 46 en Belgique et de 1854 dans notre armée de Crimée. Sur ce point ce serait trop exiger que de demander un renseignement de ce genre à un fait isolé. Tout ce qu'on en pourrait conclure, ainsi que le fait judicieusement remarquer notre confrère, c'est qu'il n'est pas besoin de causes spécifiques pour engendrer l'acrodynie et qu'à en juger par ce cas particulier cette affection paraît pouvoir se développer chez certains sujets affaiblis, quelle que soit la cause de cette débilité.

Valeur de l'acide salicylique, du goudron et de la glycérine dans le traitement de la glycosurie.

Dans une note sur quelques agents nouvellement préconisés dans le traitement de la glycosurie, insérée dans le *Bulletin général de thérapeutique*, M. le professeur Bouchardat a examiné particulièrement la valeur de l'acide salicylique et du salicylate de soude qui ont été préconisés en Allemagne, celle du goudron et de la glycérine qu'il a proposés ou mis en usage lui-même, enfin la valeur du pain et des pâtes de gluten et de légumine. Voici, en très-peu de mots, l'appréciation que M. Bouchardat donne de ces divers agents dans cette note.

Acide salicylique. — M. Bouchardat a employé chez un malade glycosurique, goutteux, ayant un gonflement très-douloureux d'un genou, le salicylate de soude à la dose de 2 à 4 grammes par vingt-quatre heures; dose répétée pendant plusieurs jours, divisée par prises de 1 gramme dans une tasse d'infusion de tilleul additionnée de quelques cuillerées de crême. Sous l'influence de cette dose, la douleur a diminué, mais la petite quantité de glycose et d'albumine qui existait dans les urines a persisté.

M. Bouchardat pense que lorsque la glycosurie s'accompagnera, comme cela arrive souvent, de « poly-acide-urique » (excès de production ou insuffisance d'élimination d'acide urique), on pourra avantageusement avoir recours au salicylate de soude, surtout lorsqu'il y aura complication de douleur. A part cette exception, il ne voit rien d'utile dans l'emploi du salicylate de soude dans la glycosurie.

Goudron. — Dès les premières recherches sur la glycosurie, M. Bouchardat avait employé la créosote dans le but d'entraver la fermentation glycosique. L'expérience lui a démontré depuis, le mal fondé de cette vue. La créosote, l'acide phénique n'entravent pas l'action des ferments du deuxième ordre (ferments gastriques et diastasiques), mais ils ont une incontestable puissance pour détruire l'action des ferments organisés vivants. Il a remplacé avec avantage ces deux agents par les capsules de goudron. Il en prescrit une avant chaque repas aux glycosuriques chez lesquels les phénomènes digestifs présentent des irrégularités déterminées par la présence dans l'estomac des ferments moteurs des fermentations lactique ou butyrique, origines des dyspepsies acides. Il les prescrit encore aux glycosuriques atteints ou menacés de furoncle ou d'anthrax.

Glycérine. — Les effets peu satisfaisants que M. Bouchardat avait observés à la suite de l'emploi de la glycérine, il y a plus de vingt ans, l'y avaient fait renoncer. Sollicité par les publications récentes, il a repris cette étude. Les résultats qu'il a obtenus ne s'écartent pas beaucoup des premiers. Chez les glycosuriques fortement atteints, si l'on ne change pas le régime, la glycérine lui a paru plutôt nuisible qu'utile. Quand elle est absorbée, elle passe partiellement dans les urines; elle accompagne la glycose dans cette excrétion.

La glycérine lui a paru amener, dans certains cas, des résultats favorables, quand la proportion de glycose éliminée dans les vingt-quatre heures est faible, il en a vu les dernières traces disparaître pendant son administration. Chez les glycosuriques maigres ou ceux qui sont habituellement constipés, il a obtenu des effets utiles. Il s'en tient ordinairement aux doses modérées d'une cuillerée à café à deux cuillerées à bouche, soit dans du thé, du café, du vin blanc ou de l'eau. Administrée à haute dose, ou la glycérine n'est que partiellement absorbée, ou elle passe dans les urines pour une portion difficile à déterminer. Chez les glycosuriques constipés, il prescrit souvent une à deux cuillerées à bouche de glycérine pour un lavement qu'il additionne quelquefois d'une cuillerée à bouche de sel marin. Enfin il ordonne assez fréquemment du chocolat dans lequel le sucre est remplacé par de la glycérine.

M. Bouchardat termine par une dernière réflexion qui s'applique aux agents dont il vient d'être question, comme à tous les agents médicamenteux en général, et au régime alimentaire en particulier. « Quelques personnes, dit-il, ont voulu trouver dans le pain de gluten le remède de la glycosurie. Telle n'a jamais été ma prétention. J'ai cherché uniquement un aliment qui pouvait remplacer le pain sans avoir ses inconvénients. Si le pain de gluten ne plaît point à quelques malades, ils le consommeront en plus petite quantité, et la glycose disparaîtra ainsi plus promptement des urines. Depuis plus de trente-six ans que je le conseille journellement, j'ai toujours expérimentalement constaté qu'il rendait de réels services. Pour tous les remèdes, je suis beaucoup moins affirmatif. Il est important de ne les employer que lorsqu'on aura apprécié l'influence d'un traitement hygiénique bien conduit. Les glycosuriques vivront longuement en conservant les principaux attributs de la santé, en réglant le régime que j'ai institué, d'après l'état de leurs urines et en se condamnant « aux travaux forcés à perpétuité. »

Injections hypodermiques de digitaline.

Dans la dernière séance de la Société de thérapeutique, M. Gubler a annoncé à ses collègues qu'après avoir fait de nombreuses tentatives pour utiliser les principes actifs de la digitale en injections sous-cutanées, il croit être arrivé à son but. Il emploie la préparation suivante : une solution aux cinq centièmes de digitaline amorphe, d'Homolle et Quevenne, dans un mélange à parties égales d'eau et d'alcool; 1 gramme de cette solution contient 2 milligrammes de digitaline. Il injecte la moitié de la seringue, c'est-à-dire 1 milligramme de digitaline et il obtient tous les effets de la digitale. Ces injections ne déterminent pas d'accidents locaux.

Dr BROCHIN.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

I

ANÉVRYSMES POPLITÉS.

Je n'ai pas la prétention de discuter en détail, et bien moins encore de trancher tous les points disputés sur la question du traitement chirurgical des anévrysmes poplités. Je ne puis espérer que de vous indiquer les points les plus importants et de vous soumettre les vues qui semblent justifiées par l'état actuel de la pratique chirurgicale. Il ne faut pas oublier que ces vues reposent sur une expérience encore fort incomplète, et qu'elles peuvent être considérablement modifiées par les résultats d'essais plus nombreux dans l'avenir. L'examen impartial et étendu des moyens employés par la chirurgie moderne dans les anévrysmes poplités mettra clairement une chose en évidence, c'est le fait très-encourageant que la chirurgie pratique a réussi dans une large me-

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 février.

sure à triompher des difficultés qui se présentent dans le traitement de cette affection; que ce soit par la méthode de Hunter, soit par les moyens plus récents qu'on lui a substitués, le nombre des guérisons est très-grand et semble augmenter encore; et certainement ce nombre s'accroîtrait encore si l'affection ne passait pas aussi souvent inaperçue à son début.

I. Je ne saurais mieux faire en commençant à parler du traitement des anévrysmes poplités, que de répéter les observations que j'ai déjà faites en vous parlant des anévrysmes des autres régions, sur l'extrême importance de la composition du sac. Il serait illusoire d'espérer le même succès des méthodes de douceur dans un anévrysme qui s'accroît rapidement, dont le sac est mince et probablement imparfait et dans celui dont le sac est en grande partie constitué par un tissu ferme provenant soit de l'expansion de la paroi artérielle, soit d'une membrane aérolaire solide et bien formée. Au début de la formation d'un anévrysme résultant d'une blessure, nous voyons très-clairement combien est faible la résistance que les tissus environnants opposent à son accroissement quand la division des tuniques est complète, comparativement à la difficulté qu'éprouve l'artère, si l'on peut s'exprimer ainsi, pour former un sac anévrysmal, quand une portion seulement des tuniques a été entamée. John Hunter indique clairement cette différence dans ses remarques sur la préparation d'anévrysme traumatique de la poplitée, conservée dans notre musée sous le n° 1571. Il dit : « Il y avait ici toutes les apparences extérieures d'un anévrysme, telles que tumeur circonscrite avec pulsations. C'est là ce que l'on serait tenté d'appeler un anévrysme faux, mais c'était à proprement parler une rupture des tuniques de l'artère, qui ne se distingue, à mon avis, de l'anévrysme ou dilatation, que par le temps qu'elle met à arriver à son volume définitif, c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre son apparition et la destruction imminente des parties situées au-delà, comme un membre, par exemple, ou la destruction des parties environnantes, la mortification imminente ou la rupture; elle s'en distingue en ce qu'un anévrysme met plusieurs mois pour en arriver à cette période ultime et cette affection l'atteint en quelques jours; car, dans l'anévrysme, bien qu'à la fin l'artère se rompe et que ses parois soient alors constituées, pour la plus grande part, d'une membrane celluleuse, condensée, comme dans ce cas, cependant l'anévrysme a une certaine épaisseur grâce au temps qui lui a permis de se former une paroi épaisse pendant que l'artère se dilatait. »

La différence indiquée par Hunter, et qui lui a fait soupçonner ce specimen pathologique, est souvent très-manifeste dans la pratique. Il est vrai que quand la paroi artérielle a été lacérée dans une grande étendue ou en totalité, on ne trouve ordinairement pas de sac. Le sang est extravasé dans le tissu cellulaire, mais il n'y a pas de pulsations, et dans ces cas il est probable qu'il n'y aura pas d'anévrysme. Le sang se répand d'une manière indéfinie, le membre se gangrène et l'amputation devient nécessaire. De semblables cas peuvent être comparés aux infiltrations urineuses suite de la rupture de l'urèthre, dans lesquelles l'urine se répand dans le tissu cellulaire à une distance indéterminée. Mais il y a d'autres cas qui ressemblent davantage aux abcès du périnée qui accompagnent les petites ulcérations qui se font dans la muqueuse uréthrale en arrière d'un rétrécissement; dans ces cas-là, il y a une petite lacération de toutes les tuniques du vaisseau, et il n'y a qu'une quantité limitée de sang extravasé. Alors un sac se forme et quelquefois avec une surprenante rapidité et il s'accroît aussi rapidement qu'il se forme. M. Walker de Liverpool (*Liverpool med. and surg. reports*, vol. V) a publié un exemple intéressant : Un gentleman avait reçu une blessure au genou deux ou trois heures auparavant, blessure qui avait évidemment déterminé une rupture de l'artère poplitée. Même, après un aussi court intervalle, M. Walker constata « les signes ordinaires d'un anévrysme poplité ayant environ la grosseur d'un petit œuf»; au bout de quarante-huit heures, malgré l'emploi du tourniquet, de la compression digitale, de la flexion, l'anévrysme s'accrut au point de faire une saillie considérable sur les faces latérales et postérieures de la cuisse, et il dépassait de deux pouces et demi l'anneau de l'adducteur. La guérison fut à la fin obtenue à l'aide de la compression, mais avec les plus grandes difficultés et après six mois d'un traitement fort douloureux. Je ne doute pas que le conseil donné au commencement par M. Walker, de procéder aussitôt à la ligature de l'artère, ne fût excellent. Je pourrais citer beaucoup d'autres cas analogues, montrant l'insuccès de la compression ou la difficulté excessive de la conduire à bien dans les anévrysmes traumatiques ou dans les anévrysmes qui suivent la rupture partielle d'une artère, et dans lesquels le sac est fort mince ou imparfait. En somme, il me semble découler des considérations pratiques et théoriques que, pour la consolidation rapide et certaine d'un anévrysme, le concours du retrait du sac est aussi important que la coagulation du sang qui y est contenu. Et s'il en est ainsi, cela explique les difficultés d'obtenir une guérison stable par une méthode telle que la galvano-puncture, dont l'action ne doit porter que sur le sang; et bien plus encore par l'introduction de corps étrangers dans la tumeur qui, bien que pouvant déterminer la coagulation du sang, doivent certainement irriter et ramollir dans une certaine mesure les tissus qui entrent dans la composition du sac.

II. Outre les différences relatives à la composition du sac, il y a une différence importante dans les anévrysmes poplités relativement à leur position. Ou bien l'orifice de l'anévrysme est à la face profonde de l'artère et la tumeur se développe du côté du genou en soulevant les vaisseaux, comme le montre cette préparation de notre musée (n° 1703), ou bien l'orifice est situé à la partie postérieure de l'artère, l'anévrysme se développant du côté de la veine; du nerf et de la peau; ou latéralement, comme dans cette pièce du collége des chirurgiens d'Irlande; ou enfin, l'anévrysme est tubulaire ou fusiforme, auquel cas il peut remonter jusqu'au niveau du canal de Hunter et devient alors un anévrysme fémoro-poplité. Il est évident que ces différences dans la forme et les rapports anatomiques doivent exercer une influence puissante sur la marche de la maladie et sur les effets du traitement. Par exemple, les anévrysmes qui se développent du côté de l'articulation, doivent rendre les mouvements du membre difficiles et raides; ils doivent s'accompagner plus souvent d'une effusion de synovie et quelquefois par des altérations plus sérieuses du genou; ils sont plus exposés à s'ouvrir prématurément dans l'article; de plus, ils me semblent être moins appropriés à l'emploi de la flexion qui expose aussi à plus de dangers de rupture du sac.

Les anévrysmes qui se développent sur la face profonde ou antérieure de la poplitée sont exposés à deux graves complications : ils peuvent éroder et irriter l'os (l'ouvrage de M. Tufnell, sur les anévrysmes, contient deux exemples vérifiés par l'autopsie, pages 120-130). Dans les deux cas l'am-

putation fut nécessaire et il en fut également ainsi dans le cas de cette préparation du Collége des chirurgiens de Dublin (B. c. 228-9), que m'a prêtée M. Stannus Hughes); 2° ils peuvent comprimer les ligaments postérieurs de l'articulation. Dans le premier cas ils peuvent se rompre, n'ayant encore qu'un fort petit volume, comme dans cette préparation que vous connaissez tous, car elle provient d'un de nos amis; après avoir eu dans la cuisse des douleurs obscures de nature à faire soupçonner un anévrysme pendant plusieurs mois, soupçon que ne purent justifier des examens répétés et consciencieux, ces symptômes devinrent enfin plus positifs, mais fort peu de temps après le début du traitement, l'anévrysme s'ouvrit et l'amputation devint nécessaire. On voit sur la préparation l'étroitesse de l'orifice. Dans de semblables cas, il est évident que la compression exercée par la tumeur sur l'os réagit à son tour sur le sac et en amène le ramollissement et la rupture.

Quand l'anévrysme est situé un peu plus bas, sur la face antérieure du vaisseau, de façon à irriter le ligament postérieur, l'arthrite est une complication précoce fort possible et l'anévrysme peut brusquement s'ouvrir dans l'articulation. C'est ce qui arriva au malade de M. Moore; cependant la ligature peut être faite avec succès, même après cette formidable complication (*Brit. med. Journ.*, 1859, p. 479).

THÉRAPEUTIQUE

Du phosphure de zinc dans les névralgies rebelles.

Par le docteur Camille Trubert.

C'est en Angleterre qu'on a signalé pour la première fois l'emploi du phosphure de zinc dans les névralgies. Le docteur Asburthon Thompson, qui a fait de ce traitement une étude spéciale, a signalé une première série de seize cas se divisant en névralgies aiguës primitives, névralgies aiguës récidivées, et névralgies chroniques. Tous les cas des deux premières catégories furent guéris; dans les chroniques, trois furent guéris, deux améliorés, et un ne fut pas modifié. Mais toutes les fois que le succès devait être obtenu, l'amélioration débuta toujours dès les premières doses. Les variétés de névralgies ainsi traitées, furent des trifaciales, cervico-brachiales, occipitales, et sciatiques.

Puis vient une seconde série comprenant vingt-deux cas divisés comme les premiers. Parmi ceux-ci, trois seulement ne présentèrent pas d'amélioration, et encore étaient-ils dans des conditions particulièrement mauvaises.

En France, le phosphure de zinc ne paraît guère avoir été employé dans les névralgies. Cependant quelques observations ont été recueillies, qui nous paraissent tout aussi concluantes que celles de notre confrère de Londres, et en tout cas bien suffisantes pour appeler l'attention sur ce mode de traitement.

Deux faits appartiennent au docteur Dupourqué (de Salies-de-Béarn). En voici le résumé :

Mlle T..., âgée de seize ans, est atteinte dans le cours d'une fièvre continue à forme bilieuse, d'une névralgie occipitale intense qui persiste après la cessation de la fièvre, malgré un traitement approprié énergique; il y avait en même temps une inappétence absolue. Après six jours de traitement par le phosphure de zinc (2 granules de 4 milligrammes chaque par jour), la malade éprouva un grand soulagement; on porta à trois le nombre des granules, et la névralgie disparut complètement, en même temps que revenait l'appétit.

Mlle T..., qui avait des règles très-irrégulières et douloureuses, vit en outre, depuis ce traitement, ses règles revenir avec une régularité parfaite et sans aucune douleur.

La seconde malade dont il s'agit, Mlle X..., guérie d'une otorrhée scrofuleuse à la suite d'un traitement par les bains de Salies, avait continué chaque année l'usage de ces eaux. Pendant une saison, elle fut atteinte d'une névralgie faciale des plus douloureuses. Les bains de Salies qui, dans ces cas, jouissent d'une véritable réputation, ne produisirent aucun soulagement, et il en fut de même des moyens habituellement en usage. Le docteur Dupourqué eut alors recours au phosphure de zinc, trois granules par jour, et dès ce moment la douleur diminua et l'appétit perdu revint ainsi que la gaieté. Mlle X... prit deux flacons de granules, et depuis le mois d'août jusqu'au 5 décembre, date de l'observation, elle ne ressentit aucune douleur.

Comme la malade précédente. Mlle X... avait des règles fort douloureuses. Cet état a également cessé sous l'influence du phosphure de zinc. Et cela ne doit pas étonner, les cas de dysménorrhée et d'aménorrhée guéris par ce médicament sont nombreux, et l'explication physiologique en est facile.

Quatre cas de névralgies rebelles, rapidement guéries par le phosphure de zinc, ont été également signalés par M. le docteur Picon (de Carnoules, Var); nous en abrégerons l'exposé :

Ce confrère habite une localité où les névralgies faciales, à caractère intermittent, sont très-fréquentes, surtout chez les jeunes femmes. Habituellement, le sulfate de quinine réussit à les faire disparaître, mais sur quatre malades, il fut complétement impuissant, de même que toute autre médication.

Le docteur Picon, ayant eu connaissance des succès obtenus par le phosphure de zinc, fit préparer, par un pharmacien, des granules à 2 milligrammes, mais le résultat fut complétement négatif. Quelque temps après, voulant en avoir le cœur net, il administra le phosphure de zinc sous la forme de granules trois cachets, et il obtint, chez ses quatre malades, une guérison instantanée, et qui depuis ne s'est pas démentie.

Ceci est à retenir à propos du phosphure de zinc qu'on devra employer, ce médicament étant fort souvent impur et inerte à cause des difficultés de sa préparation.

Nous pourrions citer encore quatre autres observations dues à divers médecins, mais ce serait nous étendre inutilement. Le point important, c'est qu'en France aussi bien qu'en Angleterre, le phosphure de zinc a donné, dans les névralgies rebelles, des résultats remarquables, et cette médication mérite de se généraliser.

Contrairement aux autres préparations de phosphore, il est absolument inoffensif, très-facile à administrer sous forme de granules, il agit rapidement, on ne saurait donc demander mieux.

REVUE DE LA PRESSE

La thoracocentèse peut-elle transformer une pleurésie simple en pleurésie purulente? par le docteur Dieulafoy. — On a accusé souvent la thoracocentèse (voir *Gaz. hôp.* 1877) de transformer un liquide séreux en liquide purulent; cette opinion repose sur le fait, souvent observé par tous, que, lors de la première ponction, on a généralement un liquide citrin, ni louche, ni suspect, tandis que, trois semaines après, une deuxième ponction donne un liquide purulent ou en voie de purulence.

L'étude *histologique* des liquides de la plèvre, *aux différentes périodes de leur évolution*, a démontré à M. Dieulafoy les faits suivants:

Le liquide de la pleurésie aiguë, même la plus simple, contient au minimum 500 à 600 globules rouges par millimètre cube; la coloration du liquide n'est pas sensiblement changée lorsqu'il y a 1,500 à 3,000 globules rouges par millimètre cube; et pour que le liquide pleurétique ait une coloration assez rosée pour attirer vraiment l'attention, il faut qu'il renferme 5 à 6,000 globules rouges par mètre cube.

M. Dieulafoy croit que tout épanchement aigu qui ne contient que 500 à 2,000 globules rouges par millimètre cube, est une pleurésie simple qui n'a aucune tendance à la suppuration, tandis que les chiffres élevés de 3,000, 4,000 à 6,000 globules rouges, indiquent presque toujours la future purulence du liquide pleural.

La pleurésie purulente serait donc, au début, une pleurésie *histologiquement* hémorrhagique (tout en reconnaissant qu'il y a des

pleurésies *franchement* hémorrhagiques, par plaies, cancer, etc.) La pleurésie aiguë serait donc aussi, dès son début, destinée à être ou à n'être pas purulente. Si l'on croit à la transformation purulente causée par la thoracocentèse, c'est qu'on n'a pas observé, à la première ponction, que ce liquide, en apparence citrin, était déjà suffisamment hémorrhagique pour faire redouter la purulence, n'est que la deuxième phase de son évolution ; mais la thoracocentèse, faite aux deux phases de cette évolution, n'a rien de commun avec cette transformation.

De là donc l'utilité de l'examen histologique du liquide de la première ponction lors même qu'à l'œil nu il paraît citrin et transparent.

Toutes ces considérations, d'ailleurs, n'excluent pas la pleurésie purulente *d'emblée*, qui, d'après M. Dieulafoy, ne se rencontrerait que dans les pleurésies secondaires et non dans la pleurésie aiguë primitive. (*Paris médical.*)

Un cor bovinum. — M. le professeur Tourdes (de Nancy), a recueilli, à l'autopsie médico-légale d'un homme mort subitement, un cœur qui dépasse en volume et en poids tous les faits cités de *cor bovinum*. En effet, à part *un* où le cœur a dépassé 1,000 grammes, les faits varient entre 500 et 680 grammes. Celui-ci a atteint 1,480 grammes, pesé le jour de l'autopsie; il conserve encore 1,250 grammes, préparé et plongé dans l'alcool depuis plusieurs jours. (*Rev. méd. de l'Est.*)

Traitement de l'érysipèle par le silicate de soude. — M. le professeur Alvarenga (de Lisbonne) signale quarante-huit observations d'érysipèle du cuir chevelu, du visage et des membres, tant limités qu'ambulants. Il prétend que la durée de la maladie, à l'aide de ce remède, ne dépasse pas quatre à cinq jours. Le silicate de soude (celui des appareils inamovibles), est étendu de huit fois son poids d'eau distillée, et *neutralisé*, lorsqu'il est acide, *avec de la soude*. On étend avec un pinceau, matin et soir, la solution sur les parties malades, et on doit les laisser sécher à l'air libre. Après quatre à cinq jours, quand la fièvre, la tuméfaction et la rougeur sont tombées, on suspend l'emploi du silicate, et l'on recouvre les parties malades d'ouate trempée dans l'huile d'amandes douces. — (*Abeille méd.*)

Traitement de la coqueluche par l'acide phénique. — M. le docteur Ortille (de Lille) a publié la relation de vingt-cinq cas de coqueluche traités par des inhalations d'acide phénique contenue dans un flaçon à large tubulure.

Il y a contre-indication quand la fièvre dénote une lésion inflammatoire quelconque.

Le flacon est placé près de la bouche des petits malades pendant la quinte, au moment où l'inspiration sifflante, qui suit les expirations prolongées, se produit : l'inspiration des vapeurs phéniques est alors très-énergique. (*Revue de thérap. méd. chir.*)

Perforation d'un diverticulum du jejunum. — A la *Société pathologique de Londres*, le docteur Doran a présenté une pièce sur laquelle on constate une perforation d'un diverticulum du jejunum. Elle provient d'un garçon robuste, de quatre ans, qui fut pris de vomissements et de douleurs abdominales, après avoir mangé des pois. Malgré le traitement suivi, il succomba. La cavité péritonéale très-enflammée contenait des gaz et des matières fécales. Un petit diverticulum, d'une longueur d'un pouce, s'étendait du bord mésentérique du jejunum à sa partie inférieure ; un pois enclavé dedans avait entraîné l'ulcération et la perforation du diverticulum qui, d'origine *congénitale*, était probablement le vestige du conduit vitellin, habituellement situé plus bas sur l'iléon. (*Province méd.*)

Pathologie végétale : putréfaction des fruits. — La putréfaction des fruits, étudiée en 1821 par Bérard (de Montpellier), au point de vue chimique (dégagement d'acide carbonique), vient d'être reprise au point de vue pathologique, par un naturaliste allemand, M. Brefeld.

Il a établi que certaines moisissures peuvent causer la putréfaction des fruits, au sein desquels elles se développent. Il a observé que, partout où la putréfaction marquait sa place, le tissu était épuisé et flétri; les cellules vieilles et vides; les espaces intercellulaires remplis du suc cellulaire extravasé, et sillonnés par des tubes de moisissures qui rampaient à la surface des cellules, sans jamais pénétrer à leur intérieur, et sans jamais occuper les parties du fruit restées saines. Brefeld a prouvé cette relation de cause à effet entre la présence des champignons et la putréfaction du fruit; il a imaginé des inoculations et des ensemencements.

Restait un autre mode de moisissure à expliquer : la moisissure des fruits, sur l'arbre même, et de dedans en dehors. Dans ces fruits, il n'a jamais rencontré de mycélium. Il y a donc des cas de putréfaction sans moisissures.

M. Brefeld admet que, dans les fruits pourris sur l'arbre, la décomposition accompagne la mort naturelle; dans les fruits envahis par les moisissures, elle accompagne la mort accidentelle des cellules. — (*Bord. méd.*)

Deux victimes de l'inoculation des virus en pratiquant des autopsies. — Les journaux de médecine vétérinaire nous ont apporté récemment l'histoire de la mort de deux vétérinaires qui ont succombé aux atteintes d'affections contagieuses des espèces animales à l'homme.

M. Dezoteux est mort du *farcin*, qu'il avait contracté dix-neuf mois auparavant en faisant l'autopsie d'un cheval affecté d'une pneumonie gangréneuse et d'un engorgement farcineux.

M. Moreau (Aisne) a succombé à la *rage*, contractée trois mois auparavant, en faisant, ayant une plaie au doigt, l'autopsie d'un chien enragé. (*Mouvement méd.*)

Procédé pour la conservation du cerveau avec sa forme, son volume, sa couleur. Application de la galvanoplastie, par M. Oré, professeur à Bordeaux. — On peut résumer ainsi les diverses publications auxquelles M. Oré soumet le cerveau, dépouillé de ses membranes avec soin : plonger le cerveau dans de l'alcool à 90 degrés, après quatre jours, passer des mèches de coton entre les circonvolutions; et changer l'alcool tous les cinq jours, pendant vingt ou vingt-cinq jours. Envelopper le cerveau dans trois couches de linge superposées et maintenues par des bandes de caoutchouc, et le placer dans une étuve chauffée à 45 ou 50 degrés pendant quinze ou vingt heures, en ayant soin de placer la pièce dans la partie inférieure de l'étude, assez loin du fourneau à gaz qui chauffe l'étuve. On enlève les linges, puis on enduit le cerveau de plusieurs couches de vernis blanc au caoutchouc. Sur le cerveau ainsi préparé, on fait application de la galvanoplastie. (*Prov. méd.*)

Procréation des sexes à volonté dans l'espèce bovine. — La *Gazette des campagnes* publie qu'un cultivateur de Lignières (Cher) assure qu'il est facile d'obtenir d'une vache le produit que l'on désire, mâle ou femelle. Si l'on veut avoir un taureau, il faut traire la vache et la faire saillir immédiatement après; si l'on désire une génisse, il faut faire saillir la vache lorsqu'elle a le pis plein, c'est-à-dire au moins huit heures après la dernière traite, et ne traire la vache qu'après la saillie.

L'état de la lactation aurait donc une influence sur la production du sexe au moment de la conception? (*Annales de médecine vétérinaire.*)

Occlusion intestinale causée par une luxation de la rate. — M. Barbesin (de Pesth) publie le fait suivant (*Allgem. Wiener Med. Zeit.*) Une femme de trente ans entre à l'hôpital avec tous les symptômes d'une obstruction intestinale ; elle mourut trois jours après. A l'autopsie, on trouva que la rate, de volume normal, occupait la région inguinale, parallèlement à l'arcade crurale. Des brides de tissu conjonctif la reliaient à tous les organes de la région. L'épiploon gastro-splénique, converti en un cordon du volume du petit doigt, et long de 7 centimètres, renfermait les vaisseaux spléniques oblitérés : la rate elle-même était sphacélée : une anse d'intestin grêle se trouvait comprimée entre ce cordon ligamenteux et la colonne vertébrale. — (*France méd.*)

Traitement de l'orchite aiguë par la compression. — Depuis longtemps, dans les hôpitaux de Bruxelles, ce traitement est employé ; il serait suivi de guérison au bout de cinq à six jours,

dans l'immense majorité des cas. Pour appliquer l'appareil compressif, sans produire d'accidents, gangrène, etc., il faut d'abord refouler le testicule sain vers l'anneau inguinal, embrasser avec le doigt indicateur et le pouce, le cordon des vaisseaux spermatiques du côté enflammé, abaisser doucement le testicule pour vaincre la rétraction des fibres de la tunique dartoïde, appliquer sur ce cordon une mince couche de ouate et circonscrire cette partie, ainsi limitée et rétrécie, d'un certain nombre de tours d'une bande étroite, de manière à former une base de compression à l'appareil qu'on applique. On recouvre alors le testicule tout entier par des doloirs successifs, comprimant également: les derniers tours de bande sont recouverts d'amidon. Relever alors le testicule de façon à ce qu'il fasse, avec l'abdomen, un angle obtus; avec une bande large, on fait le spica au testicule, qui circonscrit d'abord le testicule, puis le tronc. Renouveler l'appareil dès la fin du deuxième au troisième jour. Le malade peut marcher et continuer ses occupations ordinaires. — (*Archives médicales belges.*)

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

TROISIÈME LISTE.

Listes précédentes	189	francs.
Conseil municipal de Paris	1,000	—
MM. les docteurs Houel (de la Société de biologie)	50	—
— Dumontpallier —	50	—
— Pouchet —	30	—
— Laborde —	20	—
— Rabuteau —	30	—
— Bochefontaine —	20	—
— Paul Bert —	100	—
— Jolyet —	20	—
A reporter	1,509	francs.
Report	1,509	francs.
MM. les docteurs Hanot (de la Société de biologie)	20	—
— Landouzy —	20	—
— Gréhant —	20	—
— Jules Kunckel —	50	—
— Mathias Duval —	50	—
— Charcot —	100	—
— Moreau —	30	—
— Duret —	5	—
— Bouchereau —	20	—
— Vidal —	50	—
— Javal —	50	—
— Nepveu —	20	—
— Joffroy —	20	—
— Luys —	100	—
— Delore (de Lyon)	100	—
— Galezowski	50	—
— Rigabert (de Port d'Envaux)	3	—
— Amussat	20	—
— Molloy	10	—
Total	2,247	francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Filleau, médecin de l'administration des Archives nationales, professeur à l'Association philotechnique, est nommé officier de l'instruction publique.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Moniez, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de zoologie et de botanique en remplacement de M. Hallez, démissionnaire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Huile de foie de morue
BRUNE-CLAIRE
du DOCTEUR DE JONGH,
de la Fac. de méd. de La Haye, chev. de la Légion d'honneur, chev. de l'ordre de Léopold de Belgique.

M. Chevallier, professeur à l'École supérieure de pharmacie, dit :

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwége, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace.

« Notre avis est que cette huile peut être recommandée, nous pensons qu'elle doit avoir la préférence sur les huiles de foie de morue décolorées, sur celles qui ont été traitées par la potasse à la chaux, sur celles qui ont été obtenues à l'aide d'une chaleur élevée, sur celles qui ont été mélangées d'huile de poisson, sur celles qui ont subi un commencement de fermentation, enfin sur celles dont on ne s'est pas assuré de la pureté. »

L'Huile de Foie de Morue brune-claire du docteur DE JONGH se vend en flacons capsulés *seulement*, prix, 3 fr. 50 c. dans les principales pharmacies de France.

SEULS CONSIGNATAIRES :
ANSAR, HARFORD et Ce, 77, Strand, Londres.
DÉPÔT A PARIS :
Pharmacie ROBERTS, 23, place Vendôme.

Coton iodé préparé par J. THOMAS
pharmacien de 1re classe,

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Vin anti-dyspeptique
ET RECONSTITUANT
A L'IGNATIA AMARA ET AU FER
de **T. F. PAPON**, *ancien professeur suppléant de chimie et de pharmacie à l'École de médecine de Limoges.*

Ce médicament, rigoureusement dosé à 1 milligramme d'alcaloïdes par cuillerée à bouche, est d'une efficacité incontestable dans la *dyspepsie* et l'*anémie*. Stimulant puissant des *fonctions digestives*, il est souverain dans les *pneumatoses.*

Prix du flacon : 3 fr. 50.

Dépôt : Paris, 42, rue Neuve Saint-Augustin, ph. Leroy. Vente en gros à Chalus (Haute-Vienne)

Eau de Luchon.
La plus active de toutes les *eaux sulfureuses* (0 gr. 078 de mono-sulfure de sodium par litre).

L'EAU DE LUCHON transportée se conserve indéfiniment et sans altération. Elle s'expédie par bouteilles entières, demi-bouteilles et quarts de bouteille.

Applications. — Affections rhumatismales chroniques, Dartres, Scrofules. Maladies chroniques de la gorge et du larynx. Catarrhe bronchique. Phthisie sans excitation, etc., etc.

Dépôt : à Paris, 46, boulevard Haussmann, et chez les principaux pharmaciens et marchands d'eaux minérales.

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Pilules du Brésil
(AU JÉQUITIBA).
Contre les accès de **Goutte** et les **Rhumatismes**

Cet agent spécifique (laxatif) élimine vite les produits de ces affections. 4 pilules par jour, à jeun.

Capsules de Hollande
(A L'ÉTHÉROLÉ DE GENIÈVRE)
Contre la **Gravelle.** Cet agent délite les calculs, guérit et prévient les crises néphrétiques. 2 à 4 par jour, matin ou soir.

10 fr. le flac. Ph. Moppert, r. du Temple, 51, *Paris.*

PHTHISIE PULMONAIRE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Vin et Huile de foie de Morue
CRÉOSOTÉS
contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,02.

Exiger la signature du Dr G. Fournier, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux.

Pharm. de La Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

Digitaline
d'HOMOLLE et QUEVENNE
Approbation de l'Acad. de Méd. de Paris
Méd. d'or de la Soc. de Pharmacie de Paris.

« ...... Les médecins feront bien de continuer à « prescrire la *Digitaline* de MM. HOMOLLE et « QUEVENNE, aux malades ne pouvant pas sup- « porter la digitale. »
(*Bulletin de l'Acad. de Médecine de Belgique*, 1874, t. VIII, p. 397.)

Les signatures des Inventeurs en *lettres rouges* attestent l'authenticité de la Véritable Digitaline.

Dépôt : Pharm. COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

Fer Quevenne.
Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

« ...... C'est, de toutes les préparations ferrugi- « neuses, celle qui, à poids égal, introduit le plus de « fer dans le suc gastrique. »
Bulletin de l'Acad. de Médecine, t. XIX.

Pour démasquer les contrefaçons — impures et inactives — exiger la signature : T. A. QUEVENNE et l'étiquette ronde en *petits caractères de quatre couleurs.*

Dépôt : Pharmacie Émile GENEVOIX, 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

Dragées et Sirop dépuratifs
DU Dr GIBERT,
anc. secrétaire de l'Académie de médecine
anc. médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations sont inaltérables. Elles sont employées avec succès depuis 1841 dans le traitement des *affections syphilitiques*, des *maladies rebelles de la peau* et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. Deux dragées équivalent à 1 cuillerée à bouche de sirop.

Exiger les signatures Gibert et Boutigny.

Paris, pharmacie Boutigny, Deslauriers successeur, 31, rue de Cléry.

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*



Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina
et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT-ALIMENT, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique
LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Apiol des Drs Joret et Homolle
Médaille à l'Exposition universelle
de Londres de 1862.

Pour éviter au corps médical tout mécompte qui proviendrait de l'emploi des contrefaçons et imitations infidèles de ce puissant emménagogue, nous rappelons les principaux caractères physiques et chimiques de l'*Apiol* pur des Drs **Joret** et **Homolle**, le seul qui ait été l'objet des rapports favorables, après expérimentation dans les hôpitaux de Paris.

L'**Apiol** pur est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau. La liqueur verdâtre, à odeur térébenthacée, que le commerce délivre sous le même nom, n'a aucune de ses propriétés, et n'offre aucune garantie d'efficacité.

Exiger les signatures : Dr JORET et PUJOL. — Dépôt général : Pharm. Briant, 150, rue de Rivoli.

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Bains térébenthinés de l'Élysée
108, RUE DU FAUBOURG SAINT-HONORÉ.
Hydrothérapie. — Massages exécutés méthodiquement. — Installation très-confortable.

Rhumatismes. Guérison par la
Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. — REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

N° 30. — MARDI 12 MARS 1878. 51e ANNÉE. MARDI 12 MARS 1878. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les signes physiques des folies raisonnantes (1).

II

3° *Anomalies des organes génitaux et perversions fonctionnelles.* L'étude des malformations et des troubles fonctionnels que présentent assez souvent les organes génitaux des raisonnants est extrêmement curieuse. Aucun examen clinique et médico-légal d'un de ces malades ne saurait être sérieux ou complet, s'il ne s'accompagne pas de l'inspection minutieuse des parties sexuelles. Les constatations de l'ordre le plus inattendu attendent parfois le médecin. J'ai plusieurs fois interrogé en 1868 et en 1869, et j'ai refusé de placer comme aliéné un jeune cuisinier, originaire du grand-duché de Bade, âgé de vingt ans, imberbe, exalté, étrange et impulsif, non alcoolisé et non épileptique, qui avait commis chaque fois des actes semi-délirants, et pour la justification desquels il entrait dans des explications très-lucides. Seulement, toute sa logique si opiniâtre était frappée au coin de l'obscurité pathologique. Un jour, plus perplexe que d'ordinaire, je songeai à le faire déshabiller : il était hypospade.

Un autre jour, pendant le siége de Paris, j'ai eu à statuer sur l'identité et l'état mental d'une femme de soixante ans environ, décemment vêtue, arrêtée auprès du donjon de Vincennes dans des conditions un peu mystérieuses, et dont le rôle supposé avait exaspéré la population. Elle avait été huée par la foule et, sans la protection énergique d'une escouade de la garde nationale, je ne sais trop ce qui serait advenu. A plusieurs reprises différentes, elle avait passé un certain nombre d'années à la Salpêtrière, dans le service de M. Mitivié, et on l'y avait considérée comme étant « une maniaque chronique sans délire, avec penchant au vol ». Cette femme, qui était une raisonnante assez bizarre, peu intelligente, mais certainement inoffensive et non coupable, était très-mal conformée. Elle ne possédait aucune trace de développement mammaire ancien et n'avait qu'une fente vulvaire, des grandes lèvres minces et ridées et un méat urinaire normal. Tout le reste de l'appareil génital manquait et l'on ne trouvait chez elle ni vagin, ni utérus. On accusait cette prétendue femme, qui portait passablement de barbe au menton, d'être un homme et un espion déguisé, et l'on avait déjà vaguement parlé de sa comparution devant un conseil de guerre. Mais le dossier antécédent et mon certificat amenèrent purement et simplement une mise en liberté.

Les organes génitaux des imbéciles, des idiots et des êtres les plus dégénérés sont incomplets ou imparfaits, et l'on observe fréquemment l'exiguïté pénienne, le phimosis, la microrchidie, la monorchidie ou l'anorchidie. Or, si M. J. Falret prend un jour le parti de faire connaître toutes les constatations qu'il a faites là-dessus, dans son service d'enfants, à Bicêtre, nous nous trouverons probablement conduits à faire ici le rapprochement que voici : tandis que Pinel et ses élèves ont considéré la manie sans délire comme la plus remarquable et la plus intelligente des aliénations de l'esprit, M. Campagne, au contraire, ne croit rencontrer dans la folie raisonnante qu'une sorte d'idiotie partielle. A en juger par les anomalies assez fréquentes des organes génitaux, et par leurs perversions fonctionnelles chez les raisonnants, l'opinion de M. Campagne ne serait-elle pas plus rapprochée de la vérité que l'appréciation de Pinel et de ses élèves?

Quoi qu'il en soit, disons ceci, c'est que les organes génitaux chez les idiots sont souvent à l'état rudimentaire, qu'ils sont alors congénialement atrophiés et que leur malformation physique explique leur absence de fonctionnement; mais que si, dans les dégénérescences moins graves, et dans la folie raisonnante, par exemple, les organes génitaux présentent un développement normal, il s'en faut du moins que les fonctions génitales s'accomplissent habituellement avec régularité. Tantôt on observe une excitation instinctive du sentiment génésique qui pousse les malades aux plus grands excès d'onanisme ou de coït; tantôt, au contraire, les désirs génésiques font absolument défaut, et c'est chose curieuse que de voir des jeunes gens vigoureux ou des adultes en apparence bien constitués — mais à la voix flûtée et eunuchoïde — privés complétement de l'instinct de la reproduction. Ces malheureux sont morts pour l'espèce, ils sont incapables d'engendrer. Permettez-moi de vous citer la très-intéressante observation d'un de mes malades.

On peut voir en ce moment dans mes salles, à Bicêtre, un sieur D... (Ernest-Victor), né à Paris, âgé de trente-cinq ans, sans profession, ancien soldat, qui descend directement de trois générations d'aliénés : 1° Sa bisaïeule maternelle a été atteinte de folie puerpérale et elle est morte, jeune, à la suite

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 mars.

d'accidents cérébraux mal définis. 2° Son aïeule maternelle, qui a toujours passé pour avoir un caractère extrêmement bizarre, est décédée à la suite d'un délire ambitieux dans un établissement d'aliénés du département de la Manche : « Elle se croyait reine. » — Le mari de cette femme (aïeul maternel de D...) était mélancolique et obsédé par des idées de persécution, par la crainte d'être trompé et par la peur de la mort. Il s'est tiré un coup de fusil, après avoir donné certaines instructions dans une lettre dernière, s'être fait une légère blessure et avoir signé avec son sang ses adieux au monde. 3° Sa mère, atteinte du délire des persécutions, avec hallucinations de l'ouïe, du goût et de l'odorat, craintes d'empoisonnement et refus fréquent d'aliments, est morte à l'âge de trente-cinq ans à la Salpêtrière. Elle avait eu cinq enfants : trois succombèrent au berceau; un autre, devenu sourd très-jeune, était irascible, violent, indisciplinable, vicieux, et a disparu. Le dernier enfin est celui qui nous occupe.

D..., élevé dans une petite école, placé à treize ans comme domestique chez un marchand de vin, préoccupé déjà de la crainte de devenir fou, abandonne au bout de quelques mois sa place et son patron, est arrêté comme vagabond et remis à son père. Un jour, après un accès de colère, il tente de s'empoisonner avec des allumettes chimiques. Il avait alors un peu plus de quatorze ans. Il est placé à Bicêtre et il y reste trois ans et demi. Employé à divers métiers, ne se plaisant nulle part et n'étant bon à rien, il s'engage dans le 71° de ligne, est traduit en conseil de guerre pour insubordination, condamné à un an de prison, puis à l'expiation de sa peine, incorporé dans le 96° de ligne. Là, à la suite de quelques plaisanteries de la part de camarades mal avisés, il s'emporte et met son uniforme en lambeaux. Traduit de nouveau devant un conseil de guerre, il est acquitté pour cause d'aliénation mentale et placé à l'asile de Bourg, où il reste huit mois. De retour à Paris, arrêté pour vagabondage, placé à Bicêtre, transféré à Saint-Alban, il s'évade au bout de quatre ans et revient à pied du département de la Lozère à Paris, en mendiant tout le long de la route. Après beaucoup de péripéties, il est dirigé sur l'asile de Ville-Evrard, refuse de s'alimenter, est nourri pendant quelques jours à l'aide de la sonde œsophagienne, finit par obtenir sa sortie, recommence sa vie aventureuse, se fait arrêter un peu partout et rentre enfin à Bicêtre.

D... est peu intelligent, calme, lucide, raisonnable, bon travailleur. Il est dépourvu de spontanéité, d'initiative et de volonté et il est incapable de se diriger. Il analyse sa situation avec une justesse frappante et ne délire jamais. Lorsque je lui reproche de ne point vouloir recevoir les visites de son père, il me répond invariablement : « Cet homme a causé tout mon malheur en épousant une folle, qui était fille et petite-fille de fous; s'il avait fait un autre mariage, je ne serais pas à Bicêtre. Je ne lui pardonnerai jamais de m'avoir fait naître avec une aussi mauvaise cervelle et je ne veux pas le voir. Dites-lui que je suis sa victime et qu'il me laisse tranquille. On est bon pour moi ici et cela me suffit. »

D... est fort, vigoureux, assez bien conformé, un peu polysarcique. Je suis obligé de convenir que ses dents sont régulièrement implantées et presque belles, que son front est large, que sa tête est bien proportionnée et que ses oreilles sont normales. Il est affecté depuis l'âge de dix ans d'une hernie inguinale droite. Les organes génitaux sont bien développés et ne laissent en apparence rien soupçonner qui soit extra-physiologique. D... est cependant privé de tout désir vénérien, n'a point d'érections, n'est point sujet à des rêves lascifs et n'éprouve jamais de déperditions séminales pendant son sommeil. J'ai soumis les draps de son lit à une surveillance constante, à son insu. Il rapporte qu'il en a eu plusieurs fois, lorsqu'il avait dix-sept ou dix-huit ans et que cela s'est absolument passé. Il n'a jamais recherché la fréquentation des femmes, loin de là. Étant soldat, il a été entraîné trois ou quatre fois par des camarades dans des maisons de tolérance, mais il ressort nettement de tous ses aveux qu'il n'a point eu de rapports sexuels normaux et complets. Quant à la masturbation, elle lui est inconnue. D... est impuissant et stérile. Il représente, lui compris, quatre générations d'aliénés et est incapable de se reproduire. Morel a donc dit vrai lorsqu'il a affirmé que les familles d'aliénés s'éteignaient fatalement, que la folie abâtardissait l'espèce et stérilisait, dès la quatrième génération, les produits déclassés de l'hérédité cérébrale directe.

Les raisonnants, dans d'autres cas, ont des organes génitaux bien conformés et une activité sexuelle régulière, mais pervertie. Ici, l'imprévu n'a plus du tout de limites et l'on peut tout à coup se trouver en face des immoralités les plus révoltantes, les plus monstrueuses ou les plus horribles. Je recule un peu devant le récit des actes inouïs, presque invraisemblables, que je vais rapporter, mais je puiserai mon courage dans cette considération que j'ai en ce moment l'honneur de servir la science, et que la science, comparable au feu, purifie tout ce qu'elle touche.

Voici quels sont les faits les plus saillants dont le souvenir s'impose en ce moment à mon esprit : Ici, c'est Charles D..., du Hâvre, qui se masturbe presque publiquement dans une promenade, tous les jours, vers la même heure, qui s'étend ensuite sur le sol à plat-ventre pour dévorer à l'aise le produit de ses éjaculations, et qui, malgré l'intervention médico-légale de Morel, est condamné correctionnellement; là, c'est un étudiant de onzième année, que j'ai récemment interrogé et qui a été condamné, auquel la prévention reprochait d'avoir été trouvé, en plein hiver, à sept heures du soir, sous un pont, au centre de Paris, alors qu'il se livrait à la masturbation buccale sur la personne d'un musicien ambulant, âgé de cinquante-sept ans; ailleurs, comme aucune barrière n'est infranchissable pour les raisonnants, c'est une jeune fille de quinze ans et demi, d'une constitution très-robuste, déjà polysarcique, exaltée, extravagante, absurde, dépravée, mais sans délire, qui, au sortir de pension, à la campagne, tient à son frère, très-faible d'esprit, âgé de dix-sept ans, des propos obscènes, et qui, pendant deux ans, commet avec lui les plus grands excès sexuels, jusqu'à ce que la mort enlève le jeune homme et que, huit jours après, une tentative de parricide conduise enfin la jeune fille dans un établissement d'aliénés; ailleurs encore, c'est une femme de trente-trois ans, mariée depuis dix ans, sans enfants, un peu obèse, jalouse, romanesque, se disant dégoûtée de la vie, peu intelligente, affublée de toilettes excentriques, emportée, impulsive, incapable de s'occuper sagement à quoi que ce soit, tendant des piéges à son mari et le souffletant, non hystérique, n'ayant aucune retenue dans ses paroles et dans ses actes, ouvrant sa fenêtre et se montrant volontiers la poitrine nue, ne délirant jamais à proprement parler, proclamant sans cesse sa complète intégrité d'esprit; qui, après la perte pour la France de l'Alsace et de la Lorraine, reçoit tout à coup chez elle son jeune frère âgé de dix-huit ans, le comble aussitôt de tendresses choquantes, le séduit et devient pour lui la plus tyrannique des maîtresses, jusqu'à ce que, abreuvé de dégoût et exténué de fatigue, le jeune homme prenne la

fuite et s'engage dans un régiment d'artillerie, et que la malade, tirant vanité de ses écarts incestueux, ait fait maintes fois à son mari la description enflammée de ce qu'elle appelait « ses nuits d'amour, » et qu'une séparation de corps, basée sur des griefs supposés, soit enfin intervenue; et plus loin, c'est une dame titrée, âgée de trente-neuf ans, fort jolie encore, d'une intarissable loquacité et d'un cynisme pathologique, qui déclare qu'elle a un fils unique, âgé de dix-neuf ans, d'une beauté extraordinaire, et que, pour le préserver des tentations faciles, des agaceries du vice, des maladies contagieuses et de l'usage des mercuriaux, elle n'a pas trouvé d'autre moyen, depuis plusieurs années, que de l'initier elle-même progressivement et avec les ménagements voulus à tous les plaisirs sexuels, qu'elle rationnait les élans voluptueux de l'adolescent, qu'elle est descendue ensuite pour lui à toutes les complaisances lubriques et à tous les raffinements du libertinage le plus licencieux, qu'elle adore « ce véritable Apollon, » qu'elle est enceinte de ses œuvres et qu'elle a cherché à se faire avorter, parce qu'elle est veuve, parce que son ventre grossit et qu'elle craint de n'avoir plus autant de charmes aux yeux de celui qui partage son lit, et qui, en cas d'infidélité, la conduirait infailliblement au suicide! En dehors de ses épouvantables révélations, cette malheureuse femme est intelligente, gracieuse, distinguée, très-versée dans les choses de la politique, de la Bourse et du sport; elle a d'elle-même et de « son dévouement pour son fils », une haute opinion, déclare qu'elle sait ce qu'elle dit et ce qu'elle fait, qu'elle n'a jamais perdu la raison un seul instant, discute pied à pied avec le médecin qui lui reproche son crime avec l'énergie de l'indignation et qui finit par la plaindre avec la clémence émue qu'inspire la constatation de la folie, puis elle repousse avec hauteur tout blâme et tout pardon, défie la médecine et la justice, déclare qu'elle se sent intérieurement absoute par Dieu, qui seul est infaillible. Une fuite inopinée à l'étranger, a mis fin aux préliminaires d'une séquestration dans une maison de santé. Qu'est devenue cette malade?

Je ne mentionnerai que pour mémoire ici d'autres perversions génésiques bien autrement fréquentes, mais qui sont loin d'être un indice de folie, et je ne ferai que rappeler les violations de sépultures et les cohabitations avec des cadavres, qui, en termes généraux, ne prouvent absolument rien non plus, et je terminerai ce troisième point de mon argumentation par le résumé sommaire d'un autre fait.

Il y a deux ans à peine, nous avons examiné, M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et moi, un jeune homme de vingt ans, déjà licencié ès-lettres, à l'esprit très-orné, au caractère froid et morne, aux tendances contemplatives, misanthropiques et haineuses, qui recherchait volontiers la solitude, fuyait le monde et témoignait une répulsion frappante pour la femme en général, et pour tout ce qui pouvait trahir une origine, une intervention ou une forme féminine. Il se sentait, au contraire, invinciblement attiré vers l'homme, les images, les tableaux et les statues représentant des nudités masculines; il possédait des planches d'anatomie consacrées aux organes génitaux de l'homme et aux annexes de la virilité, et il cherchait à apercevoir dans la rue une partie du pénis de tout individu qui s'arrêtait pour uriner! Il fut appréhendé un jour à la place de la Bourse, dans un urinoir public, abrité et un peu sombre, alors qu'un vieillard et lui, à une certaine distance l'un de l'autre, se montraient complaisamment toutes leurs parties sexuelles. Ce jeune homme, fils d'une mère hystérique, était affecté de phimosis et de microrchidie légère. Une opération chirurgicale a dû être faite immédiatement, sur notre conseil, mais dans la crainte de quelque nouvelle catastrophe inexplicable, j'ai rédigé et nous avons signé, M. Vidal et moi, une pièce médico-légale, avec date rendue authentique, établissant un état pathologique et une perversion génésiaque de l'ordre le plus anormal. Je dois avouer que je n'ai point dans ce cas, contrairement à toutes mes habitudes cliniques, posé un diagnostic défini, car je n'ai vu ce jeune homme qu'une seule fois et je me suis mis à douter un peu qu'il fut un véritable raisonnant? C'est surtout à cause de son phimosis, de sa microrchidie et de sa perversion génésiaque, que je viens d'être amené à rapprocher son observation de celles qui précèdent.

Un certain nombre de raisonnants, enfin, perdent leurs enfants en bas âge, si bien que leurs familles diminuent considérablement ou s'éteignent, soit par le fait de toutes les causes que j'ai laissé entrevoir et notamment de la stérilité des parents, soit par le fait de l'absence de viabilité prolongée chez les enfants.

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

De la métalloscopie et la métallothérapie (1).

II

Voici une autre malade hystérique chez laquelle tous les phénomènes de la maladie se sont remarquablement amendés sous l'influence du traitement. Elle n'a plus d'hémianesthésie depuis longtemps, il n'y a pas eu de crises convulsives, mais est-elle complétement guérie? A-t-elle cessé d'être sous l'influence de la diathèse? N'est-elle point exposée à voir sous l'action de la première émotion les accidents nerveux reparaître?

Quelques observations que nous avons faites ici récemment, nous portent à croire qu'il existe peut-être un critérium pour juger la question. Il s'agit d'un fait qui, si je ne me trompe, ne manque pas de portée et d'avenir.

Notre malade était sensible à l'or. Nous lui appliquons quelques pièces d'or sur le bras gauche. Le côté gauche du corps était dans le temps tout à fait insensible. Quinze ou vingt minutes se sont écoulées depuis l'application. Vous constatez, qu'actuellement, notre malade se plaint de malaises, d'inquiétude, puis s'engourdit et il s'en faut de peu qu'elle ne s'endorme en notre présence. Nous allons piquer son bras. Vous voyez que la sensibilité qui était tout à l'heure à l'état normal, est présentement complétement abolie.

Il y a lieu de penser que la malade est encore sous le coup de la diathèse, qu'elle n'est pas, en d'autres termes, solidement guérie.

Cela rappelle un peu ce que je vous ai dit de l'action de l'éther, qui se traduit par des phénomènes semblables à ceux de l'attaque hystérique. Lorsque le sujet est, en effet, sous le coup de cet état diathésique, il semble, vous disais-je, que l'éther soit un réactif propre à mettre en relief les phénomènes de l'hystérie restés latents. Par la métalloscopie, dans les conditions indiquées tout à l'heure, c'est un résultat analogue que vous obtenez.

Si, au contraire, la malade est complétement et solidement

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 mars.

guérie, elle cesse de pouvoir être influencée par ces mêmes applications métalliques auxquelles elle était autrefois sensible. Telle est le fait remarquable qui semble ressortir de quelques observations que nous avons recueillies récemment.

Je puis, d'ailleurs, mettre sous vos yeux, un nouveau cas propre à mettre en évidence le singulier phénomène de l'anesthésie métallique.

Je vous présente une jeune fille de la ville, qui est venue nous consulter ici et qui, à la suite de convulsions hystériques vulgaires, a été prise, il y a quatre ou cinq mois, d'hémianesthésie et d'ovarie du côté droit. Elle nous a été adressée par M. le docteur Fieuzal, pour une amblyopie qui, contrairement à ce qui a lieu chez la plupart des hystériques, était double et à peu près aussi prononcée d'un œil que de l'autre. Il y avait diminution de l'acuïté visuelle et elle ne pouvait plus distinguer les couleurs, ce qui l'empêchait d'exercer sa profession de mercière.

M. le docteur Fieuzal avait déjà reconnu que l'application de pièces d'or sur le côté anesthésié faisait revenir la sensibilité, et il nous avait envoyé la malade pour avoir notre avis sur l'opportunité chez elle de l'administration de l'or à l'intérieur. Le médicament a été, en effet, administré depuis un mois et aujourd'hui la malade distingue très-bien toutes les couleurs. L'anesthésie qui occupait le côté droit et les crises ont disparu. C'est un résultat remarquable, mais je ne crois pas à une guérison solidement établie. En effet, nous avons eu recours au critérium que vous savez. Hier, nous avons appliqué sur le front de la malade un bandeau de pièces d'or. Au bout d'un quart d'heure *elle a commencé à s'engourdir*, et, en même temps, nous avons constaté que la perception des couleurs disparaissent dans l'ordre successif que je vous indiquais à l'instant, c'est-à-dire en commençant par le violet et en finissant par le bleu. Nous avons recommencé aujourd'hui cette expérience devant vous, et nous avons constaté de nouveau ce phénomène si curieux de la disparition des couleurs dans un ordre déterminé, et cet autre fait que quand une malade est encore sous le coup de la diathèse, vous pouvez en appliquant le métal même qui autrefois faisait cesser les troubles de la sensibilité, provoquer leur réapparition et mettre, pour ainsi dire, en évidence la diathèse cachée.

En voilà assez sur la métalloscopie ; passons maintenant à la métallothérapie.

Nous avons établi que certaines malades hystériques sont sensibles les unes aux applications du cuivre, les autres aux applications du fer, de l'or, du zinc, etc. Ce sont là des faits dont je crois pouvoir répondre, dont j'ai témoigné avec MM. Dumontpallier et Luys devant la Société de biologie, et dont pour une partie je vous ai rendus témoins vous mêmes. Ils sont curieux et intéressants au premier chef ; mais ils ne nous ont servi jusqu'à présent qu'au diagnostic de ce que M. Burq appelle l'idiosyncrasie métallique. Il s'agit pour nous maintenant d'aborder le problème de la métallothérapie, c'est-à-dire du traitement par les métaux de l'hystérie grave. C'est ici que commencent les difficultés sérieuses, c'est ici qu'existe entre M. Burq et nous un fossé qu'il a essayé de nous faire franchir, dans les conditions que je vais vous dire.

Je ne m'arrêterai pas sur la métallothérapie externe, parce que M. Burq a, je crois, une tendance à la mettre sur le second plan par rapport à la métallothérapie interne et que d'ailleurs, je n'ai à son sujet aucune expérience personnelle.

Autrefois, dans ses premières études, voici comment il traitait l'hystérie. Après avoir reconnu qu'une malade était sensible à un métal donné, il appliquait tous les jours des armatures faites avec ce métal sur les différentes parties du corps, de manière que la malade ressemblait aux chevaliers du moyen-âge, bardés de cuirasses et de brassards.

On s'est amusé, dans le temps, de ce traitement; je ne sais pas pourquoi, car il en est certainement de beaucoup plus singuliers et auxquels on passe condamnation; quoi qu'il en soit, cette application métallique avait pour effet de ramener tout d'abord un peu de sensibilité. Mais lorsque le métal restait appliqué, cette sensibilité disparaissait bientôt et les phénomènes morbides s'exagéraient momentanément. Les malades éprouvaient une sorte de malaise, d'engourdissement, de somnolence, comme dans les cas auxquels je faisais allusion tout à l'heure. Puis on remarquait, au bout d'une quinzaine de jours, que la plupart des phénomènes permanents de l'hystérie s'atténuaient ou même disparaissaient. Il y avait là une guérison temporaire. Au bout d'un certain temps les phénomènes se reproduisaient et il fallait recommencer un certain nombre de fois pour arriver à une guérison définitive.

Cela pouvait durer plusieurs mois. Voilà en quoi consistait la métallothérapie externe. Je ne connais pas bien cette méthode ne l'ayant pas appliquée moi-même et n'ayant pas eu occasion d'en constater les effets thérapeutiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Séance du 9 mars 1878. — Présidence de M. Luys.

COMMUNICATIONS

Urémie. — M. MALASSEZ, au nom de M. Picard, lit une note sur les causes des phénomènes nerveux dans l'urémie. Il résulte, des expériences entreprises sur ce sujet par M. Picard, que c'est la présence en grande abondance de l'urée dans le sang qui est la cause des phénomènes nerveux observés dans l'urémie.

M. ALBERT ROBIN rappelle à ce sujet les expériences de MM. Béhier et Liouville, ainsi que celles qu'il a entreprises lui-même avec M. Gosselin, et qui ont conduit à la même conclusion. Il fait observer, comme M. Picard dans sa note, qu'il faut, dans ces expériences, employer des solutions d'urée très-concentrées.

M. JOLYET a injecté une solution d'urée dans le sang d'un chien chez lequel il avait lié les deux uretères et n'a pas observé de phénomènes convulsifs.

Du bromure d'éthyle et du bromure d'amyle. — M. RABUTEAU continue ses expériences sur ce sujet.

M. BERT, à l'occasion de la communication de M. Rabuteau, présente quelques considérations relatives à l'influence redoutable des éthers et des alcools les plus riches en atomicité dans la série. En Écosse, où l'on apporte un soin tout particulier dans la préparation de certaines liqueurs alcooliques, on conserve pendant un certain temps les déchets qui résultent de ces préparations. Ces déchets sont, en général, très-riches en alcool amylique, et, quoi qu'on fasse, il est impossible d'empêcher les ouvriers d'en boire; or, ces ouvriers périssent très-rapidement après avoir présenté des troubles profonds, bien qu'ils ne dépassent pas habituellement les doses de l'ivresse ordinaire.

M. GRIMAUX fait observer que la toxicité de ces corps n'est pas uniquement en rapport avec la richesse de leurs radicaux atomiques, et qu'il faut tenir compte aussi de leur volatilité.

M. LABORDE rappelle, à ce sujet, les expériences qu'ont faites MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé.

Coliques néphrétiques chez un nouveau-né. — M. ALBERT

ROBIN communique l'observation d'une petite fille de dix-huit mois, élevée au biberon, jusque-là bien portante, qui fut prise tout-à-coup de douleurs vives dans le ventre. Un purgatif et des cataplasmes laudanisés ordonnés par un médecin à plusieurs reprises restèrent sans effet. Les douleurs persistaient, devenaient à certains moments beaucoup plus vives; l'enfant présentait un facies grippé et était prise de convulsions. A la fin de chaque accès, la mère remarqua que l'urine subissait certaines modifications ; elle contenait, en effet, des graviers et une certaine quantité de sang, on avait donc affaire à des coliques néphrétiques. Mais quelle en était la cause? L'examen de l'urine montra que sa densité était de 1028,5, qu'elle contenait 28 grammes d'urée et 10 gr. 20 de potasse. Cette enfant était alimentée avec le lait d'une chèvre qui était nourrie avec de l'avoine. On remplaça ce lait par du lait de vache; huit jours après, l'enfant n'avait plus d'accidents et son urine ne contenait plus que 9 grammes d'urée, et 3 gr. 40 de potasse. Sa densité n'était plus que de 1016. La chèvre fut nourrie avec des légumes; l'enfant fut de nouveau alimentée par son lait et tous les accidents ont cessé.

Du mal télégraphique. — M. ONIMUS fait une communication sur ce sujet. (Sera publié).

Action physiologique de l'ergotine. — M. BUDIN communique, au nom de M. Galippe et au sien, les résultats d'expériences qu'ils ont faites en novembre dernier avec l'ergotinine Tauret. Ils ont opéré sur des chiens et des lapins, et leurs recherches ont eu pour but principal de déterminer si cette substance était toxique. MM. Budin et Galippe font remarquer combien ces expériences préalables sont nécessaires, car bien que M. Tauret ait découvert un alcaloïde dans le seigle ergoté, rien ne prouve qu'il n'y a qu'un seul alcaloïde dans l'ergot, puisqu'on a pu en extraire plusieurs de l'opium, du quinquina, etc. De plus, en supposant qu'il n'existe dans le seigle ergoté qu'un seul alcaloïde, rien n'est venu démontrer jusqu'ici que la véritable substance active du seigle ergoté réside dans un alcaloïde.

Voici les résultats qui ont été obtenus avec l'ergotinine Tauret sur le chien, 8 milligrammes n'ont produit aucun effet apparent; 30 milligrammes n'ont amené non plus aucun résultat; mais en portant la dose à 80 milligrammes, on a déterminé un abaissement de température, des vomissements, des coliques. Enfin, 105 milligrammes ont amené la mort avec un abaissement considérable de température. — Sur le lapin, 4 milligrammes ont légèrement abaissé la température, et 60 milligrammes ont amené des mouvements convulsifs, un abaissement énorme de température et enfin le mort.

On peut donc employer sur les animaux des doses assez consirables.

Mais il ne faut pas, disent MM. Budin et Galippe, se hâter de conclure des expériences à l'espèce humaine, surtout en ce qui concerne la dose. Cette réserve est d'autant plus justifiée que M. le docteur Dujardin-Beaumetz a annoncé que 4 à 5 milligrammes d'ergotinine Tauret injectés sous la peau, amenaient toujours chez les malades des nausées, des vomissements et des coliques très-douloureuses qui persistaient pendant vingt-quatre heures.

Action de l'oxygène comprimé sur les êtres inférieurs. — M. PAUL BERT avait, dans ses précédentes expériences, signalé ce fait, qui était une exception à la loi générale, que les germes vibrioniens n'étaient pas tués par l'oxygène comprimé. Or M. Bert a continué ces expériences, et est arrivé à ce résultat que les corpuscules germes sont tués par l'oxygène comprimé quand ils sont soumis à une compression suffisante et suffisamment prolongée. Les germes vibrioniens n'échappent donc pas à la loi générale commune à tous les êtres vivants. Si, en effet, on soumet du sang charbonneux à l'oxygène comprimé pendant seulement sept ou huit jours, ce sang, après ce temps, conserve sa virulence. Mais le même sang, soumis pendant six mois à une pression de 14 atmosphères, perd toutes ses propriétés virulentes.

Nouveau procédé pour déterminer la situation des objets qui flottent dans le corps vitré. — M. BADAL fait la communication suivante : Il existe, dit-il, deux méthodes pour déterminer la situation exacte des objets qui flottent dans le corps vitré, la plus ancienne repose sur la perception entoptique du corps flottant (méthode subjective).

M. Badal montre que les ophthalmoscopes à réfraction, sans en excepter le sien, cessent de donner aucune indication précise dès que le corps flottant est distant de la rétine de plus de 5 ou 5 millimètres. Il faut alors recourir à la méthode subjective, si toutefois le malade est assez intelligent pour se prêter à une épreuve de cette nature.

Les différents procédés de détermination entoptique indiqués par les auteurs allemands et relatés dans l'*Optique physiologique d'Helmholtz* (p. 223), ne sont pas d'une application clinique facile. M. Badal montre qn'on peut arriver plus simplement et plus rapidement au même résultat à l'aide du *pupillomètre* de Robert Houdin, dont il a exposé les résultats devant la Société (séance du 13 mai 1876).

Cette détermination comprend deux opérations distinctes. La première a pour objet la mesure du diamètre de la pupille; c'est l'affaire de quelques secondes. La deuxième consiste à chercher quelle est la position et l'écartement des ouvertures sténopéiques du pupillomètre pour lesquels l'ombre du corps flottant vient se placer juste à la circonférence des cercles de diffusion formés sur la rétine.

Si on appelle x la distance cherchée du corps flottant à la rétine, D le diamètre de la pupille, E l'écartement des ouvertures du pupillomètre, on a :

$$x = 20\,\frac{E-D}{E}$$

avec une erreur moindre que 1/10.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mars 1878. — Présidence de M. LABRIC.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Localisations cérébrales. — M. LUYS, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Gouguenheim, présente des photographies et des pièces à l'appui des faits qu'il a avancés.

Il montre, par exemple, la photographie du cerveau d'une femme qui avait été amputée de la jambe droite vingt-cinq ans avant sa mort; on voit, sur cette photographie, que le lobe paracentral du côté gauche, c'est-à-dire du côté opposé à celui de l'amputation, est manifestement atrophié. M. Luys possède plusieurs exemples de ce genre. Devant ces faits, il se croit donc autorisé, malgré les dénégations de plusieurs cliniciens, à admettre que chez les anciens amputés, les régions du cerveau correspondant au membre amputé s'atrophient.

Nous avons déjà eu l'occasion d'entretenir plusieurs fois nos lecteurs de ces faits intéressants (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1876-1877).

M. Luys, dans la dernière séance, avait également avancé ce fait que le cerveau de l'homme et celui de la femme, présentent entre eux certaines différences qui permettent de les distinguer. Chez l'homme, le lobe paracentral fait une saillie sur la courbe du cerveau, tandis que chez la femme, sauf dans des cas particuliers sur lesquels reviendra M. Luys, le lobe paracentral ne fait aucune saillie et suit la courbe égale et douce que présente la surface cérébrale à ce niveau. M. Luys présente des graphiques et des cerveaux d'hommes et de femmes, durcis par son procédé, sur lesquels il est aisé de constater ces différences. Voici comment il obtient ces graphiques : prenant un verre dépoli, il l'applique sur la coupe du cerveau dont il veut obtenir le dessin, trace avec un crayon sur le verre les circonvolutions cérébrales, et calque ensuite sur le papier le dessin ainsi obtenu sur le verre dépoli. On obtient ainsi des graphiques parfaitement exacts.

Enfin, M. Luys montre plusieurs de ces graphiques représentant la coupe de cerveaux de femmes hallucinées qui, pendant une

partie de leur vie, ont été continuellement agitées; sur ces cerveaux on constate une turgescence, parfois même une véritable gibbosité des lobes paracentraux.

Léontiasis syphilitique. — M. MAURICE RAYNAUD présente une malade atteinte de cette affection, et dépose sur le bureau la thèse de M. Coutard sur ce sujet ainsi que la planche qui l'accompagne. (Sera publié).

M. LEGROUX, qui a assisté à l'argumentation de la thèse de M. Coutard, a entendu M. Hardy soutenir cette opinion qu'il fallait être plus réservé que ne l'avait été M. Coutard, sur le diagnostic différentiel, dans ce cas, de la scrofule et de la syphilis.

M. BESNIER dit qu'on doit tenir grand compte, en pareil cas, de l'opinion de M. Hardy dont l'expérience et l'autorité, en ces matières sont indiscutables. Il pense, quant à lui, qu'il s'agit là d'une forme de syphilide anormale, devant rentrer dans la classe des syphilides papulo-hypertrophiques décrites par M. Fournier. Il se base, surtout, pour défendre cette opinion, sur l'amélioration obtenue par l'iodure de potassium qui, comme on sait, reste sans effet sur la scrofule.

M. MAURICE RAYNAUD rappelle que cette malade a été d'abord soumise au traitement mixte pendant trois mois, puis au sirop alcalin, qui n'a produit aucun résultat, et enfin à l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. Il est certain, que sous l'influence de ce traitement, il y a eu une grande amélioration, mais non pas guérison complète.

M. DUMONTPALLIER s'étonne d'entendre dire à M. Besnier que l'iodure de potassium reste sans effet sur la scrofule. Il croit, au contraire, qu'on obtient des résultats très-remarquables de l'emploi de l'iodure de potassium dans ces cas que M. Ricord a désignés du nom de scrofulate de vérole.

M. BESNIER a surtout eu en vue, en disant cela, les différences qui existent dans l'action rapide qu'exerce l'iodure de potassium sur les syphilides tuberculeuses et ses effets presque nuls sur les scrofulides tuberculeuses. Il est certain qu'il ne peut être établi aucune comparaison entre cette action extraordinairement rapide et efficace, d'une part, et cette action presque nulle, d'autre part. Cela est si vrai, qu'en cas de doute, c'est précisément l'efficacité et l'inefficacité du traitement par l'iodure de potassium qui permet de trancher la question dans un sens ou dans l'autre. Il est bien entendu qu'il n'est question actuellement que des scrofulides tuberculeuses et des syphilides tuberculeuses qu'il est souvent impossible de distinguer d'autres moyens.

M. Besnier fait observer, en outre, qu'il faut tenir compte de la dose à laquelle est employé le médicament; dans un grand nombre de cas, en effet, on obtient pas de résultats complètement satisfaisants, parce qu'on n'emploie pas des doses suffisantes. Il faut, en effet, donner jusqu'à 4 et 6 grammes, par jour, d'iodure de potassium à certains syphilitiques et de ce que telle lésion syphilitique n'a pas été modifiée par une dose de 2 grammes par jour, il ne faut pas induire qu'elle ne le sera pas par une dose de 4 à 6 grammes.

Anesthésie obstétricale. — M. DUMONTPALLIER fait une communication sur ce sujet. En 1874, dit-il, je fus appelé auprès d'une dame qui, après un premier accouchement, avait eu une attaque d'éclampsie. Prévenu de ce fait, j'eus soin de me munir d'un flacon de chloroforme. J'étais auprès de cette dame depuis plusieurs heures; le col était effacé, aplati sur l'occiput, dilaté comme une pièce de cinq francs, et pourtant le travail ne faisait aucun progrès; aussitôt qu'elle était prise d'une douleur, elle s'arrêtait, ne poussait plus, et les choses en restaient toujours au même point. Ce que voyant, cette dame me pria de lui faire respirer du chloroforme. Comme, en effet, le travail n'avançait pas et que la femme s'épuisait en vains efforts, je consentis à lui donner du chloroforme; mais, comme j'étais seul, je lui en fis respirer seulement de très-petites doses; elle ne perdit même pas connaissance et conserva toujours sa sensibilité; cependant, grâce à cette très-légère administration du chloroforme, tout fut fini en moins de trois quarts d'heure.

Deux ans après, je me trouvais auprès d'une jeune femme, primipare, en travail depuis déjà quelque temps; le col était aplati, largement dilaté, et cependant il y avait manifestement un arrêt dans le travail; cette jeune femme ne pouvait plus pousser et les douleurs restaient sans effet; comme, à cette époque, j'avais un peu perdu le souvenir de la dame que j'avais accouchée deux ans auparavant, à l'aide du chloroforme, j'appelai M. Blot, qui fit une application de forceps. En novembre 1877, je fus de nouveau appelé auprès de cette femme; les mêmes conditions de lenteur, d'arrêt dans le travail se présentèrent de nouveau; je proposai alors de donner du chloroforme; j'en donnai très-peu, et aussitôt cette femme eut des contractions énergiques, soutenues, efficaces; après cinq ou six douleurs, elle accoucha, suivant ses propres expressions, *comme à travers un voile*, et jura qu'on ne l'accoucherait plus sans chloroforme. Depuis, chaque fois que je me trouve en présence d'une femme arrivée à cette période du travail où le col est complétement dilaté et aplati, qu'il y ait seulement quelques heures ou qu'il y ait trente-six heures que le travail soit commencé, s'il se fait lentement, sans progrès, *bien que le col soit dans les conditions que j'ai indiquées*, je n'hésite pas à donner un peu de chloroforme, et au bout d'une demi-heure ou de trois quarts d'heure au plus, tout est fini, sans que la femme ait couru le moindre danger, puisqu'elle n'a même pas perdu connaissance. De semblables expériences, pour avoir une valeur entière, ont besoin d'être faites publiquement, devant tous ceux qui doivent en être témoins; aussi me suis-je empressé d'administrer le chloroforme *à dose analgésiante* à l'hôpital de la Pitié, dans mon service et dans le service de mon honorable collègue et ami le docteur Gombault.

Je fais appel ici à tous mes collègues et les invite à expérimenter cette manière de faire, persuadé qu'ils s'en trouveront bien et ne tarderont pas à apporter ici de nombreux faits à l'appui de ceux que je viens de communiquer. Il faudra bien alors s'incliner devant les faits, et, laissant de côté tout esprit de parti ou de nationalité, reconnaître que nous avons trop longtemps attendu pour imiter la pratique de nos voisins d'outre-Manche.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que cette pratique tend à s'importer définitivement dans nos hôpitaux; M. Lucas Championnière, par exemple, l'emploie journellement à la Maternité de l'hôpital Cochin.

M. LEGROUX dit, qu'en effet, l'intervention du chloroforme est extrêmement favorable à cette période dans laquelle la femme est arrivée à cet épuisement nerveux qui s'oppose au travail. Il affirme, avec M. Dumontpallier, que les doses de chloroforme qu'on emploie dans ces cas, ne peuvent faire courir aucun danger à la femme et rappelle à cette occasion, qu'il a récemment imaginé un petit appareil très-simple à l'aide duquel l'administration du chloroforme se fait très-aisément et sans le moindre danger.

M. DUMONTPALLIER n'hésite pas à autoriser ses internes à faire usage du chloroforme, dans les conditions qu'il vient d'indiquer, auprès des femmes en travail.

M. BUCQUOY rappelle que M. Danyau n'hésitait pas, chaque fois que les choses se présentaient comme l'a dit M. Dumontpallier, à recourir à l'emploi du chloroforme.

M. FÉRÉOL pense, comme M. Dumontpallier, qu'il ne faut hésiter dans certains cas à se servir du chloroforme. Il s'en est servi lui-même un grand nombre de fois et n'y a jamais trouvé que des avantages sans le moindre inconvénient. Les femmes qui ont été soumises une première fois au chloroforme pendant le travail, en redemandent toujours pour leurs couches ultérieures.

M. DUMONTPALLIER dit qu'il voudrait voir la Société médicale des hôpitaux affirmer hautement, que l'emploi du chloroforme dans les accouchements, est une méthode qui n'offre que des avantages.

M. HERVIEUX est entièrement de l'avis de M. Dumontpallier pour les cas dont il a parlé; mais il trouve que M. Dumontpallier a posé la question d'une manière beaucoup trop absolue et qu'il ne faudrait pas laisser croire que ce qu'il a dit est applicable à tous les cas. Il y a, dans l'emploi du chloroforme en obstétrique, des indications et des contre-indications qu'il faut bien connaître. Chaque fois qu'il y a une opération à pratiquer, ou que la femme se trouve arrivée à cet épuisement nerveux qui s'oppose à l'efficacité du travail, il est indiqué de recourir au chloroforme. Mais ce serait un abus d'y recourir dans tous les cas; il y a donc des réserves à faire relativement à la proposition de M. Dumontpallier.

M. DUMONTPALLIER. Que mon honorable collégue M. Hervieux se rassure; loin de moi l'idée de prétendre qu'il convient de donner le chloroforme dans tous les accouchements et à toutes les périodes de l'accouchement.

Et pour qu'il n'y ait point de doutes à ce sujet je rappellerai, que, si l'on accepte que le travail de l'accouchement peut être divisé en trois périodes dites de dilatation du col, de dilatation extrême avec déchirure du col et période d'expulsion, c'est surtout au moment où le col, très-distendu, est sur le point de se rompre, et lorsque la tête est déjà bien engagée dans le petit bassin qu'il convient de donner le chloroforme. C'est surtout à cette période, en effet, que la douleur éprouvée par la femme devient une cause d'arrêt du travail, c'est à ce moment que se manifeste cet énervement qui paralyse les forces de la femme et c'est avec l'intention de diminuer cette douleur paralysante que l'on doit administrer le chloroforme.

Je ne le conseille donc pas dans les périodes des petites douleurs, mais je crois que le chloroforme à faible dose peut encore être donné à chaque grande douleur d'expulsion, à la condition, surtout chez les primipares, d'en suspendre l'emploi dans le cas où il y aurait à craindre une expulsion trop rapide qui pourrait avoir pour conséquence une déchirure étendue de la vulve.

La séance est levée à cinq heures.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

QUATRIÈME LISTE.

Listes précédentes.	2,247 francs.
MM. les docteurs Moretti, médec.-major en retraite.	5 —
— de Wecker.	50 —
— Goujon.	100 —
Revista de Medicina y Cirujia prácticas (de Madrid).	25 —
Total.	2,427 francs.

SOUSCRIPTIONS VERSÉES CHEZ M. BOUCHON-BRANDELY AU COLLÉGE DE FRANCE.

MM. Ogier d'Ivry, capitaine au 9e hussards.	5 francs.
D'Arsonval, préparateur au Collége de France.	100 —
Legrain (élève du Lycée Henri IV).	5 —
le docteur Francis Fesq.	5 —
A reporter. . . .	115 francs.

Report. . . .	115 francs.
MM. Léon Renier, professeur au Collége de France.	20 —
Fouqué — —	10 —
Ed. Laboulaye — —	20 —
Paul Meyer — —	20 —
Levasseur — —	20 —
Berthelot — —	20 —
Foucart — —	10 —
Mascart — —	10 —
le docteur Weber, préparateur au Collége de France.	60 —
le docteur Henneguy.	10 —
Chantran, employé au Collége de France.	5 —
Brillouin, préparateur au Collége de France. .	10 —
Mioche.	5 —
Mme Salomon de Rothschild.	300 —
Mlle Hélène de Rothschild.	100 —
MM. le docteur Hureau de Villeneuve.	50 —
Pavet de Courteille, prof. au Collége de France.	10 —
Gaston Boissier —	20 —
Nourrisson —	10 —
Charles Lévêque —	20 —
Ogier, préparateur au Collége de France. . . .	10 —
le docteur F. Franck —	60 —
Thoulet —	5 —
Giraud —	5 —
Jordan, suppléant au Collége de France.	10 —
Bulbiani, professeur au Collége de France. . .	50 —
Havet —	10 —
Franck —	10 —
Ranvier —	500 —
Chasles, membre de l'Institut.	100 —
Mme Herman Raffalovich.	500 —
MM. Maspero, professeur au Collége de France. . .	20 —
Guillaume Guizot —	20 —
Oppert —	10 —
Bréal —	10 —
Defremery —	5 —
Bischoffsheim.	100 —
Total.	2,270 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 31. — JEUDI 14 MARS 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 14 MARS 1878. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une grande partie de cette séance s'est passée en réclamations à propos du procès-verbal et du compte rendu de la précédente séance. MM. Colin et Pasteur sont revenus à cette occasion sur leurs dissentiments relativement à la question du rôle des bactéridies dans le charbon. Les nouvelles explications échangées n'ayant apporté aucun élément nouveau au débat, nous nous dispenserons de nous y arrêter plus longtemps. La parole sur ce sujet, reste maintenant à la commission.

M. Devilliers a donné lecture du sixième rapport de la commission de l'hygiène de l'enfance. De l'exposé analytique des nombreux documents, manuscrits ou imprimés, qui sont parvenus à la commission pendant l'année 1877, l'honorable rapporteur a tiré des conclusions, dans lesquelles il formule diverses propositions d'améliorations à introduire dans le régime de surveillance et d'encouragement actuellement en vigueur. Ces propositions seront soumises sous forme de vœux, au nom de l'Académie, à M. le ministre de l'intérieur.

M. Bourdon a clos la séance publique par une présentation de pièces anatomiques qui présentent un grand intérêt, au point de vue des localisations cérébrales. On trouvera une analyse du fait qui a été l'objet de cette présentation, dans le compte rendu de la séance.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

De la métalloscopie et la métallothérapie (1).

III

Voici maintenant en quoi consiste la métallothérapie interne. Vous avez pratiqué la métalloscopie et vous avez reconnu la sensibilité des malades à un métal déterminé, fer, or, cuivre, zinc, etc... La métallothérapie interne consiste tout simplement à administrer aux malades ces métaux à l'intérieur, le plus souvent sous la forme soluble. Ainsi, par exemple, pour l'or, nous nous sommes servi d'une solution de chlorure d'or et de sodium, renfermant un centigramme de médicament par vingt-cinq gouttes. C'est une solution d'une belle couleur jaune, transparente, qui n'a pas mauvais goût et que les malades acceptent très-bien. Nous en faisons prendre dix gouttes avant chaque repas dans un quart de verre d'eau distillée. Et l'on augmente progressivement les doses.

Nous ne donnons pas d'autre médicament.

Si la malade a été reconnue sensible au cuivre, c'est à l'acétate de cuivre en solution, par gouttes dans l'eau distillée, qu'on a recours, ou bien à l'eau de Saint-Christau, qui, comme vous savez, contient du cuivre. Si elle est sensible au zinc vous lui administrez de la même manière, du sulfate de zinc, ou une des nombreuses préparations de fer que vous connaissez, si elle est sensible au fer.

Que se produit-il à la suite de l'administration de métaux à l'intérieur ?

Lorsque M. Burq est venu parler de la métallothérapie interne, et me dire qu'il guérissait les malades en donnant le métal à l'intérieur, je n'ai dit ni oui ni non ; j'ai dit : c'est possible, nous le verrons bien.

J'ai à cœur de me tenir éloigné autant que possible du scepticisme arbitraire qui conduit trop souvent à l'ignorance pédantesque, et de la crédulité naïve, la foi de charbonnier, comme disent quelquefois les allemands. C'est entre ces deux écueils également dangereux que l'observateur doit savoir s'orienter.

Si quelqu'un venait me dire qu'il sait guérir le cancer, sans me départir bien entendu de mon devoir de surveillance et de contrôle, je lui donnerais accès dans les salles de la Salpêtrière, où se trouvent en grand nombre les femmes atteintes de cette terrible affection.

Justement, c'est la conduite que j'ai tenue à l'égard de M. Burq, lorsqu'il m'assura qu'il tenait en main un traitement efficace de l'hystéro-épilepsie. Je lui offris de mettre en œuvre sa méthode sur quatre femmes atteintes de cette maladie, admises dans la maison depuis dix ans en moyenne, que j'ai montrées maintes et maintes fois, et dont beaucoup de médecins très-compétents, connaissent parfaitement l'histoire pathologique ; c'étaient en un mot des malades de premier choix atteintes d'hystéro-épilepsie grave au premier chef, et invétérées. Sur ces quatre malades, M. Burq en trouva trois sensibles à l'or et une sensible au cuivre. Aux trois qui étaient sensibles à l'or, nous avons donné, suivant au pied de la lettre les errements de M. Burq, la solution de

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 mars.

chlorure d'or et de sodium; à celle qui était sensible au cuivre, nous avons donné le cuivre, d'abord sous la forme d'oxyde de cuivre en poudre, ensuite sous la forme d'eau de Saint-Christau.

Cela se passait au mois de juillet. J'étais occupé de mon cours à la Faculté. Les vacances sont survenues sans que j'aie prêté grande attention à ces malades, autrement qu'en m'assurant qu'elles prenaient régulièrement leurs médicaments. En reprenant mon service, au mois d'octobre, je commençai à les examiner de plus près et je dois déclarer que j'ai été, non pas étonné, puisque cela aurait été contraire à la déclaration de principes que je faisais tout à l'heure, mais certainement quelque peu ému de voir que, chez ces quatre malades, que j'avais choisies moi-même parmi les cas les plus accentués, et que j'avais offertes à la métallothérapie comme pouvant lui fournir l'occasion d'une épreuve décisive, la situation s'était très-remarquablement amendée, pour ne pas dire plus. Ce résultat doit-il réellement être mis sur le compte de la médication prescrite? S'agit-il là simplement d'une coïncidence fortuite? C'est une difficulté d'appréciation que l'on rencontre bien souvent dans les problèmes de la thérapeutique. Je ne veux pas entreprendre de résoudre la question. Je me bornerai à mettre sous vos yeux tous les documents: vous jugerez par vous-mêmes.

Parmi les quatre malades qui vont passer sous vos yeux, il y en a trois qui sont extrêmement améliorées, mais qu'on doit, je pense, considérer comme placées encore sous le coup de la diathèse hystérique, parce que, précisément, les applications métalliques ont encore pour effet de produire chez elles, cet ensemble de symptômes sur lequel j'ai appelé votre attention et qu'on pourrait appeler l'*anesthésie métallique*, c'est-à-dire que, sous l'influence de l'application du métal particulier, qui, chez elles, autrefois, ramenaient temporairement la sensibilité et la force musculaire, ces malades s'engourdissent, s'endorment et redeviennent insensibles.

La quatrième, s'il est vrai que l'*anesthésie* métallique puisse être considérée comme un criterium, devra être considérée comme complétement guérie.

Elle était autrefois sensible au cuivre; or, après avoir été traitée par le sulfate de cuivre à l'intérieur, elle est devenue incapable d'être impressionnée, même par l'application des plaques qui, autrefois, la mettaient, d'une manière très-prononcée, dans cet état tout particulier de l'anesthésie métallique.

Je vais vous présenter ces malades, et je ferai répéter ensuite devant vous les principales expériences sur lesquelles se fonde la doctrine de la métalloscopie.

Veuillez bien remarquer les termes dans lesquels je me place. Je ne veux, pour le moment, prendre aucun parti définitif, relativement à la métallothérapie interne; je ne la juge pas; je place sous vos yeux quelques-unes des pièces du procès en vous montrant les malades, en vous indiquant les circonstances dans lesquelles elles ont été traitées. Pour pouvoir affirmer rigoureusement l'efficacité de la métallothérapie interne, il faudrait des expériences beaucoup plus multipliées. Mais je ne puis m'empêcher de déclarer, qu'à mon avis, les faits observés sont dignes de fixer l'attention des médecins.

Voici d'abord M..., c'est celle qui, pendant ses grandes attaques, prenait des attitudes passionnelles si remarquables et qui a fait les frais de la démonstration par la méthode des projections à laquelle quelques-uns d'entre vous ont assisté. Elle était hémianesthésique du côté gauche avec ovarie du même côté. Il y a onze ans que je la connais et je déclare que, pendant cette période de onze années, elle n'a jamais cessé d'être hémianesthésique et amyosthénique du côté gauche. J'avais l'habitude de la prendre comme sujet pour démontrer aux élèves les phénomènes hystériques sur lesquels j'avais insisté dans mes leçons. J'avais l'habitude de lui traverser le bras sans plus de façon avec une longue et grosse aiguille, pour faire voir jusqu'à quel degré l'anesthésie était prononcée chez elle, et jamais je ne l'ai trouvée en défaut.

Avant le traitement elle était très-maigre, mangeait à peine et n'avait pas vu ses règles depuis trois ans.

Elle a commencé à prendre de l'or au mois de juillet et, au bout de quelques jours, elle a éprouvé les effets que produit généralement l'administration de ce médicament à l'intérieur.

Le premier effet est une exaltation de l'appétit qui devient vorace. Ce serait déjà un résultat désirable si cela pouvait durer, mais bientôt il survient une certaine fatigue, un sentiment de chaleur dans l'estomac, des démangeaisons à la peau, en un mot des symptômes d'intolérance. Le mieux, dans ce cas, est de suspendre momentanément l'emploi du médicament et de le reprendre au bout d'un certain temps. Chez cette malade, l'effet sur la menstruation et sur la nutrition a été remarquable. Les règles sont revenues, elle a grossi considérablement et a pris de l'embonpoint. Ses attaques n'ont pas disparu complétement, paraissent avoir diminué de nombre et d'intensité. Mais le phénomène le plus saillant est la disparition de l'anesthésie du côté gauche, laquelle ne s'est guère démentie depuis trois mois. Sans doute, elle se produit encore à un certain degré à la suite des attaques.

Mais, tandis qu'autrefois elle était permanente, à présent elle ne vient plus que par moments, à la suite des crises convulsives, et elle ne dure qu'un jour ou deux. La malade est toujours en traitement. Chez elle, l'application de l'or développe très-rapidement, et à un haut degré, les phénomènes de l'*anesthésie métallique*.

Voici maintenant la nommée B..., qui présente un cas moins prononcé et moins invétéré, mais appartenant au cadre de l'hystéro-épilepsie. Elle est hémianesthésique et sujette aux grandes attaques depuis trois ans. C'est toujours de l'hystérie grave (*hysteria major*), qu'il s'agit, ce n'est pas de l'hystérie vulgaire (*hysteria minor*). Mais qui peut le plus peut le moins et il est clair que si l'on parvenait à guérir les formes graves, on réussira *à fortiori* dans l'hystérie vulgaire.

L'hémianesthésie à droite, ainsi que l'ovarie suivant la la règle, les phases classiques de l'attaque, période épileptoïde, contorsions, attitudes passionnelles, délire final, étaient très-accentuées. La malade a été soumise au cuivre à l'intérieur à partir du mois de juillet. Sous cette influence, l'anesthésie et les crises ont disparu.

Les applications extérieures du cuivre qui, autrefois, mettaient la malade dans l'état particulier dont je vous ai parlé, sont aujourd'hui sans action sur elle. La guérison est-elle complète, définitive? d'après ce qui précède, j'incline à le croire. S'est-elle produite sous l'influence de l'action du cuivre? Je vous laisserai porter le jugement.

Voici une autre malade sensible à l'or. Je l'ai connu hémianesthésique à gauche depuis six ans. Elle avait en même temps de l'ovarie gauche et des crises hystéro-épileptiques très-accentuées. Elle a été traitée par l'or à l'intérieur dans le même temps et de la même façon que la première. Au-

jourd'hui elle n'a plus d'attaques que très-rarement ; l'hémianesthésie ne se manifeste jamais que temporairement, pour quelques heures, à la suite des attaques. L'application de l'or sur le côté gauche du corps fait réapparaître chez elle ce que j'appelais tout à l'heure les phénomènes de l'anesthésie métallique.

Voici maintenant la nommée B..., qui vous a présenté un bel exemple de contracture hystérique. Il y a onze ans qu'elle est malade. Elle est atteinte de deux maladies distinctes, l'hystéro-épilepsie (*hysteria major*), et l'épilepsie vraie. C'est cette combinaison qu'on a coutume d'appeler l'hystéro-épilepsie à crises distinctes. L'administration de l'or à l'intérieur n'a produit aucune modification dans l'épilepsie, mais il n'en est pas de même de l'hystéro-épilepsie.

En effet, après l'administration de l'or, faite dans les mêmes conditions que dans les cas précédents, à l'intérieur, l'hémianesthésie droite qui, depuis onze ans, n'avait jamais cessé d'exister, a disparu et les attaques d'hystéro-épilepsie, très-fréquentes et très-complètes, sont devenues très-rares. Cependant, elles existent encore et survivent à l'anesthésie. La malade est donc encore à un assez haut degré sous le coup de la diathèse. Elle a eu l'autre jour une crise, à la suite de laquelle est survenue une contracture. Seulement, cette contracture n'a duré que sept à huit jours, tandis qu'autrefois, avant le traitement, elle persistait, dans la règle, pendant un mois ou deux. J'ajouterai que l'anesthésie qui, autrefois, occupait tout le côté droit du corps, ne s'est montrée à la suite de cette attaque qu'au membre inférieur droit où la contracture s'était développée.

Voilà les quatre malades traitées que j'avais à vous montrer. Je livre ces faits à votre appréciation. Quant à moi, je me borne sommairement à cette conclusion : que la question vaut la peine d'être examinée de très-près.

En terminant, je dois relever qu'on peut, bien que le fait soit assez rare, rencontrer des hystériques qui ne sont sensibles à aucun métal connu. Je dois ajouter encore que chez les malades que je vous ai montrées et qui ont une idiosyncrasie métallique constater l'application du métal appropriée reste sans effet, lorsqu'elle est faite à l'époque des grandes crises, ou, si l'on peut ainsi dire, des grandes marées hystériques. Il faut choisir les temps d'accalmie pour que l'action des métaux puisse être mise dans toute son évidence.

Tels sont les phénomènes principaux de la métalloscopie et de la métallothérapie que j'ai tenu à vous faire connaître.

Je veux cependant vous faire part encore d'un épisode qui ne s'éloigne pas précisément du sujet principal de notre conférence, bien qu'il ne s'agisse plus de l'hystérie.

L'hémianesthésie hystérique n'est pas la seule forme d'hémianesthésie qui puisse modifier les applications métalliques appropriées ; contrairement à ce que Trousseau avait pu croire autrefois, et à ce que M. Burq a cru lui-même jusque dans ces derniers temps. Cela est démontré par les effets obtenus sur deux de nos malades atteintes d'hémianesthésie cérébrale (c'est-à-dire avec participation des sens supérieurs, V... et O...), en conséquence d'une lésion organique du cerveau, laquelle avait produit du même coup l'hémichorée post-hémiplégique.

Chez ces deux malades, l'insensibilité était absolue et datait, chez l'une de onze ans (R...), et chez l'autre de l'enfance, c'est-à-dire depuis une quinzaine d'années (P...).

Une application métallique, de fer chez une d'elles (R...), d'or chez l'autre, a eu pour résultat le rétablissement prompt et complet de la sensibilité générale et spéciale. Ce résultat ne s'est pas démenti depuis quinze mois que les applications ont été faites. Nous ferons remarquer que chez aucune de ces malades, il n'existe la moindre trace de la diathèse hystérique ; l'une est une femme de cinquante-cinq ans, très-calme, presque apathique. L'autre est âgée de vingt-quatre ans, beaucoup plus docile que ne le sont pour la majorité, les sujets de notre service à cet âge.

J'aurais encore à vous parler de l'interprétation physique de ces phénomènes. M. P. Regnard a trouvé ce fait important que des courants galvaniques extrêmement faibles, produisent tous les effets des applications métalliques. De son côté, le docteur R. Vigouroux a découvert plusieurs particularités intéressantes et a même proposé une théorie. Le temps me manque pour traiter cette partie de la question où, d'ailleurs, le dernier mot n'est pas dit.

OPHTHALMOZOAIRE DU CORPS VITRÉ.

Par M. Louis Vignes, élève en médecine.

La présence de cysticerques dans le corps vitré est chose assez rare, du moins en France, et c'est à peine si, dans notre pays, on l'a observé sept à huit fois. Dans le nord de l'Allemagne, cette affection est beaucoup plus fréquente, probablement en raison du genre de nourriture des habitants de ces contrées. Von Graefe, qui, le premier, a diagnostiqué la présence de cet entozoaire dans l'œil, l'a observé près de quatre-vingts fois sur quatre-vingt mille malades. M. Landolt, l'éminent directeur-adjoint du laboratoire d'ophthalmologie des Hautes-Études, m'a dit l'avoir rencontré, parmi les nombreux malades qu'il a eu l'occasion d'observer, deux fois seulement.

Le malade, qui fait le sujet de cette observation, est un jeune homme de vingt-trois ans, de robuste et solide constitution. Il n'a jamais été gravement malade. A trois ans il eut des convulsions qui cédèrent à un traitement anthelminthique. Depuis cette époque l'œil gauche a conservé un certain degré de strabisme convergent.

26 janvier 1878. — Depuis huit mois environ, la déviation de l'œil gauche s'est fortement accentuée, et, depuis trois mois, le malade ressent de la gène dans les mouvements de l'œil, en même temps qu'il a la sensation de papillons se mouvant au milieu d'un nuage opaque dans le lointain. Cet état a toujours été croissant et l'œil, quoique sans avoir changé d'aspect, semble plus mou au toucher et légèrement douloureux à la pression. La pupille est un peu plus dilatée qu'à droite ; le malade distingue à peine les mouvements de la main que l'on agite au-devant de son œil gauche.

Les parties antérieures de l'œil et le cristallin sont parfaitement sains.

A l'éclairage oblique, on aperçoit, en suspension dans le corps vitré et adjacente à la partie postérieure du cristallin, une membrane bleuâtre, à peu près transparente, portant un grand nombre de taches circulaires et blanchâtres. A l'ophthalmoscope, il est impossible de distinguer les parties constituant le fond de l'œil, les rayons lumineux étant interceptés par la membrane. Elle est surtout visible du côté interne et semble flotter si le malade imprime à l'œil un mouvement brusque. Le diagnostic n'est pas douteux, le docteur Landolt affirme la présence d'un cysticerque.

Interrogé par nous, ce malade nous dit avoir remarqué plusieurs fois dans ces fèces des cucurbitins.

28. — Le cestoïde semble s'être déplacé vers le côté externe de l'œil, il est plus visible, du moins. Vers le centre de la membrane, on remarque un point brillant, qui semble être la tête de l'entozoaire sortant de sa vésicule.

1er février. — Aujourd'hui le malade a ressenti des douleurs

assez vives, irradiant dans tout le côté gauche de la tête, douleurs symptomatiques d'irritation du corps ciliaire.

2. — On procède à l'extirpation de l'ophthalmozoaire. Dans cette affection on a généralement l'habitude de procéder à l'énucléation de l'œil, mais le cysticerque étant situé dans la partie antérieure du corps vitré, on pouvait espérer l'extraire en conservant le globe oculaire du malade. Voici, en deux mots, le hardi procédé opératoire du docteur Landolt, procédé que je crois sans précédent dans l'oculistique. Il incise horizontalement la cornée, en ménageant un lambeau inférieur dont le sommet atteint le point de réunion des trois quarts supérieurs et du quart inférieur de la cornée. Après une iridectomie aussi étendue que possible, il pratique l'extraction du cristallin avec sa capsule, mettant ainsi à découvert la partie antérieure du corps vitré, où il saisit, à l'aide d'une pince à iridectomie, la vésicule de l'entozoaire, qu'il attire au dehors. Cette vésicule était très-développée et les taches pigmentaires, régulièrement distribuées, prouvaient qu'elle avait été en grande partie adhérente aux procès ciliaires.

La perte du corps vitré, qui était une conséquence inévitable de l'opération, a été on ne peut plus minime.

Aujourd'hui, au cinquième jour de l'opération, le malade est très-bien, et nous avons eu le bonheur de constater l'absence de tout symptôme inflammatoire. La plaie est fermée, la cornée transparente et l'iris conserve son aspect normal.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. **Étude sur la ménopause**, par le docteur Barié. Paris, Delahaye, 1877. — II. **Étude de physiologie expérimentale sur la ligature du cordon**, par le docteur Hélot, chirurgien en chef de l'Hospice général de Rouen, 1877. — III. **Histoire clinique d'un fibrome utérin**, par le docteur Phélippeaux, *in Archives de tocologie* (février 1878).

I. La ménopause est, sans contredit, une des questions sur lesquelles on a le plus écrit, les uns en font une époque redoutable; d'autres tombant dans l'exagération opposée, ont enlevé, à l'âge de la cessation, tout caractère critique.

M. le docteur Barié a coordonné, dans une remarquable étude, les travaux sur la matière, qui ont une réelle valeur scientifique, et y a joint ses propres observations. Pour lui, comme pour la majeure partie des gynécologistes contemporains, la ménopause n'engendre pas, en général, d'affections réellement sérieuses, ou de maladies mortelles; mais, chez certaines femmes, elle peut donner lieu à des accidents graves. Nous croyons que cette opinion mixte est la seule qu'on puisse logiquement tirer des faits, étant donné l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet si complexe et si délicat.

Le rôle de l'utérus a, depuis les temps les plus anciens, occupé une large place dans la pathologie de la femme. *Propter uterum, mulier tota morbus est,* dit Hippocrate. Cet aphorisme est venu tout entier jusqu'à nous, et presque tous ceux qui ont étudié la femme, tant médecins que philosophes, ont essayé d'en faire un axiome. Aussi, est-il de toute importance lorsqu'on veut étudier la ménopause, de bien connaître l'anatomie et la physiologie pathologiques de l'utérus et de ses annexes, lors de la cessation de la menstration.

Après la cessation, dit M. Barié, ce qui frappe surtout la vue, c'est l'atrophie considérable de l'utérus, qui, du reste, a conservé sa forme. L'orifice interne est extrêmement rétréci, lorsqu'il n'est pas oblitéré; l'orifice externe l'est moins. Parfois, les vaisseaux utéro-ovariens présentent des incrustations calcaires sur leurs parois; les ovaires diminuent notablement de volume; la zone corticale est considérablement amincie, et on constate l'absence de follicules de Graaf.

On sait que le sang menstruel sert à diminuer l'excès de carbone du sang, aussi, quand les règles se suppriment, l'exhalation pulmonaire augmente-t-elle tout à coup, pour décroître ensuite à mesure que la vieillesse approche.

Pourquoi les règles disparaissent-elles à un moment donné? On a fourni bien des explications de ce phénomène.

Quoique des faits, dont le nombre augmente tous les jours, tendent à amoindrir les rapports classiques entre l'ovulation et la menstruation, jusqu'à ce que la lumière soit faite sur ce point, il est sage d'adopter l'opinion de M. Barié et de dire, que les fonctions de l'utérus et des ovaires sont essentiellement limitées et passagères. Ainsi, on ne s'engage point et la question reste réservée.

On conçoit facilement que l'économie de la femme soit troublée lorsque les règles viennent à disparaître, habituée qu'elle était à perdre périodiquement une assez grande quantité de sang; il n'est donc pas étonnant que le retour à l'équilibre s'accompagne d'accidents divers.

Ces accidents peuvent se ranger sous deux chefs : pléthore sanguine et pléthore nerveuse. La pléthore sanguine comprend les phénomènes congestifs et les hémorrhagies; nous ne suivrons pas l'auteur dans l'étude complète et détaillée qu'il a faite de ces états morbides; nous nous bornerons à faire remarquer avec lui, en ce qui concerne les hémorrhagies utérines, que souvent, à l'habitude physiologique se substitue l'habitude morbide. Nous appellerons aussi l'attention sur une observation d'endométrite aiguë consécutive au retour d'âge (Obs. IV); c'est un fait exceptionnel. Un autre point très-important, est l'influence de la ménopause sur la production du cancer utérin. On a émis sur cette question des opinions diamétralement opposées, que M. Barié analyse peut-être à trop grands traits; signalons aussi deux observations très-curieuses, l'une d'hématométrie après la ménopause, l'autre d'hydrométrie à ses approches.

Les troubles du système nerveux sont des plus variés; malgré des observations authentiques d'accès d'hystérie vraie, consécutifs à la cessation des règles, ce sont plutôt des accidents hystériformes que l'hystérie vraie qu'on observe; de même, ce n'est que très-rarement que la ménopause est suivie d'épilepsie essentielle; parfois elle a marqué le terme de ces deux maladies.

Les modifications que la menstruation imprime aux facultés intellectuelles expliquent les diverses formes de folie citées par de nombreux aliénistes, lors de la suppression du flux cataménial. Griesinger a insisté sur l'aggravation de la maladie lorsque la folie est antérieure à la ménopause.

Les paraplégies directement liées à la cessation, quoique rares, existent cependant; M. Barié les groupe fort judicieusement en paraplégies par troubles de la circulation et paraplégies par troubles de l'innervation.

Enfin, la ménopause peut être le point de départ de la goutte et du rhumatisme chronique; elle peut également rappeler certaines diathèses.

Le travail de M. Barié se fait surtout remarquer par une méthode clinique très-rigoureuse et par un véritable esprit scientifique. C'est un livre qui restera.

II. M. le docteur Hélot, chirurgien en chef de l'Hospice général de Rouen, a publié une étude sur la ligature du cordon.

Doit-on faire la ligature hâtive ou la ligature tardive?

Cette question, dont l'intérêt pratique est des plus sérieux, avait déjà été traitée par M. Budin, alors qu'il était interne à la Maternité. Sa conclusion était qu'on ne doit pratiquer la ligature du cordon ombilical qu'une ou deux minutes environ après la cessation complète des battements vasculaires de cette tige. Il résultait, en effet, de ses expériences, qu'en faisant la ligature immédiatement après la naissance, on empêchait l'enfant de puiser dans le placenta environ 92 grammes de sang. Or, si l'on admet avec Welcker, Bischoff et Vierordt, Béclard, que le poids du sang représente environ la treizième partie du poids total du corps, le poids du sang d'un nouveau-né serait, en moyenne, de 270 grammes. Lui en enlever 92 grammes équivaudrait à une saignée de 1,700 grammes chez un adulte du poids de 65 kilogrammes. Les chiffres obtenus par M. Hélot, diffèrent un peu de ceux de M. Budin et de ceux de M. Kohly, qui, lui aussi, a repété les expériences et est arrivé au même résultat que M. Budin. Mais la différence notable persiste néanmoins. Il ne suffisait pas de prouver qu'après la ligature hâtive, la quantité de sang qui s'écoule du placenta est plus grande qu'après la ligature

tardive, il fallait surtout démontrer que l'enfant a bien réellement acquis ce sang.

En faisant comparativement la numération des globules rouges du sang par le procédé de M. Hayem, il était permis de constater si le mode de ligature augmentait ou diminuait la quantité de sang contenue dans l'organisme. De plus, une preuve indiscutable de l'augmentation de cette quantité par la ligature tardive, consistait dans la différence de poids, observée en pesant des enfants immédiatement après la naissance, avant la section du cordon et en faisant une nouvelle pesée, quand ce dernier a cessé de battre. M. Hélot a trouvé ainsi une augmentation de 209,632 dans le nombre des globules, lors de la ligature tardive, et une augmentation moyenne de 53 grammes pour le poids de l'enfant.

En conséquence, et c'est la conclusion de M. Hélot, on doit, dans les cas normaux, rejeter complétement la ligature hâtive et attendre, pour lier le cordon, que la respiration soit parfaitement établie depuis quelques instants.

III. Nous trouvons, dans les *Archives de tocologie* (février), une intéressante observation d'un fibrome utérin du poids de 150 grammes, qui a été opéré par le docteur Phélippeaux (de Saint-Savinien).

Cette tumeur, qui n'avait donné lieu à aucune manifestation jusqu'alors, occasionna une dysurie absolue, qui mit sur la voie du diagnostic. Ce fait vient confirmer l'opinion de Barnes, qui affirme que presque toujours la rétention d'urine chez la femme a une cause en dehors de la vessie, et est due, dans la plupart des cas, à une maladie ou à un déplacement utérin.

Dr V. DE FOURCAULD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre par laquelle M. le ministre approuve les propositions de récompenses formulées par l'Académie à l'occasion du service des épidémies;

2° Une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, des sources d'eaux minérales à Berthemont (Alpes-Maritimes);

3° Un rapport sur le service médical de l'hôpital thermal de Guagno (Corse);

4° Le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Pierrefonds (Oise) (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. Burq sur les effets désastreux de l'application de la loi du silence dans les établissements pénitentiaires.

En 1838, dit M. Burq, le docteur Coindet écrivait dans les *Annales d'hygiène* t. XIX : « *Le silence alanguit le système digestif, débilite les organes respiratoires et prédispose à la phthisie.* » Quelques années plus tard, Fourcaud soutint la même thèse et l'étaya sur une statistique, de laquelle il résultait que, dans certaines maisons centrales où l'on applique le régime cellulaire, la mortalité phthisique s'était élevée à moitié de la mortalité générale, et avait même parfois dépassé ce chiffre : 60 pour 100 à Poissy, par exemple.

Très-désireux de savoir par nous-même à quoi nous en tenir sur ce point, en même temps que d'ajouter un chapitre indispensable à nos recherches faites près de vingt ans auparavant à l'effet d'établir l'influence pernicieuse ou non de la déclamation, du chant et du jeu des instruments à vent, nous avons ouvert une enquête à ce sujet dans les bureaux du ministère de l'intérieur, et des divers documents mis très-gracieusement à notre disposition, il est ressorti ce qui suit :

Le 10 mai 1839, parut un arrêté ministériel ordonnant l'observance du silence dans les maisons centrales. A partir de ce moment, la mortalité générale, qui était restée depuis plusieurs années stationnaire, vers le chiffre de 6,25 pour 100, s'éleva progressivement à 6,85, à 7,95, à 8,38, et enfin à 9,95 pour 100, et cela, malgré les plus louables efforts de l'administration pour améliorer l'alimentation et l'hygiène des prisonniers. Survient la révolution de 1848. La discipline se relâche, l'arrêté de 1839 devient une lettre morte, et la mortalité encore à 9,95 pour 100 en 1847, descend à 6,96, puis à 5,24 pour 100, où elle se maintient à peu près stationnaire, jusqu'au jour où après le coup d'État de 1852, on réapplique la loi. L'on voit alors la mortalité remonter à 6,31 dès 1853, à 7,01 pour 100 en 1854, etc., et pendant tout ce temps, quelles sont les maladies qui faisaient les frais principaux de ces différentes oscillations? Celles de l'appareil respiratoire!

Si, d'autre part, l'on interroge la statistique mortuaire des pénitenciers agricoles de la Corse, où la loi du silence n'est plus appliquée, ou du moins ne saurait l'être avec la même rigueur, qu'y voit-on? La mortalité générale, à peine de 1 pour 100 au-dessus de celle correspondante dans la vie libre, et la mortalité par phthisie pulmonaire seulement de 6,5 pour 100 de mort générale, ce qui est environ moitié moins que dans la population civile du même âge.

M. Burq conclut, de ces chiffres, que la date du 10 mai 1839 fut une fatalité pour les établissements pénitentiaires, et qu'il y a un remède à trouver.

2° Une lettre de M. Gautier, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

PRÉSENTATIONS

M. VERNEUIL présente, au nom de M. Grandesso Silvestri, une monographie sur l'hydrate de chloral (commission du prix Barbier).

M. DEVILLIERS présente le 1er fascicule du tome V du *Bulletin de la Société de médecine légale*.

M. DEVERGIE présente, au nom de M. le docteur Doyon, la traduction du second volume de MM. Hébra et Kaposi sur les maladies de la peau.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. COLIN demande la parole pour faire quelques rectifications au procès-verbal. M. Pasteur, dit-il, dans la dernière séance a formulé deux propositions que je ne retrouve pas au procès-verbal : la première est que les bactéridies charbonneuses ne se développent pas dans le sang sur l'animal vivant; la seconde que les bactéridies ne donneront pas de germes dans l'organisme. Le compte rendu ne contient pas non plus ma réponse aux deux propositions. En outre, M. Pasteur suppose que c'est le germe d'une bactéridie que je cherche dans la pulpe du ganglion; c'est de la recherche des bactéridies elles-mêmes que j'ai parlé et non de celle des germes à laquelle je n'ai fait aucune allusion. J'ai, en effet, parlé des bactéridies entières, complètes, qui, à un grossissement de 5 à 600 diamètres, ont un centimètre de longueur, elles sont par conséquent faciles à reconnaître. J'observe sérieusement, j'expérimente sérieusement et j'ai quelques droits à être traité sérieusement.

M. PASTEUR, également à l'occasion du procès-verbal, déclare ne pouvoir accepter la parité que M. Bouley semble établir entre les expériences de M. Colin et les siennes, en demandant la nomination d'une commission devant laquelle M. Pasteur aurait à répéter ses expériences. Les faits nouveaux que j'ai énoncés, ajoute M. Pasteur, n'ont été contredits par personne, soit en France, soit à l'étranger. Ils doivent donc être considérés comme acquis à la science et je ne reconnais à personne, pas plus à une commission qu'à un individu le droit d'exiger d'autres preuves que celles que j'ai données. Tout autre est la situation de M. Colin qui n'a aucune preuve sérieuse à fournir à l'appui de cette affirmation, que je conteste, qu'il peut y avoir dans la maladie charbonneuse une virulence dans les bactéridies. En effet, une observation microscopique négative n'a, dans l'espèce, aucune valeur.

Un échange d'explications s'établit entre MM. Pasteur et Colin sur quelques points secondaires de la question.

M. BOULEY déclare que sa pensée, en demandant la nomination d'une commission, n'était pas que l'on contrôlât les faits énoncés

par M. Pasteur, mais bien que les faits avancés par M. Colin fussent vérifiés à l'aide de la méthode de culture proposée par M. Pasteur.

Une discussion s'engage de nouveau entre MM. Pasteur et Colin, sur cette question de la virulence sans bactéridies.

M. VERNEUIL demande la parole pour une motion d'ordre : la discussion, dit-il, est mal engagée ; elle pourrait cependant être facilement tranchée par une expérience bien simple : que M. Colin remette à M. Pasteur l'un de ses ganglions virulents sans bactéridies, suivant lui, et que M. Pasteur soumette cette pulpe de ganglion à l'expérience de la culture ; s'il n'obtient aucun développement de bactéridies, ce sera M. Colin qui aura raison; si, au contraire, il développe des bactéridies, ce sera M. Pasteur qui sera dans le vrai.

La commission nommée dans la dernière séance est maintenue.

RAPPORT

M. DEVILLIERS donne lecture du rapport de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance, pour l'année 1877.

De l'exposé des travaux que renferme ce rapport, M. le rapporteur tire les conclusions suivantes, qu'il propose sous forme de vœux adressés spécialement à M. le ministre de l'intérieur.

1° Nous ne devons pas cesser de rappeler à l'attention de M. le ministre de l'intérieur l'inexécution de la loi en ce qui concerne la constatation et la vérification des décès sur la majeure partie du territoire français. Cette lacune déplorable laisse et laissera, tant qu'elle subsistera, ignorer une grande quantité de faits délictueux et criminels concernant la mort des jeunes enfants. Il serait donc urgent de prendre enfin des mesures convenables pour arriver à l'exécution régulière de la loi.

2° Le nombre des morts-nés et des infanticides par omission ou par commission va toujours croissant, et parmi les moyens à opposer à cet état de choses, beaucoup de médecins pensent que le rétablissement des tours libres devient une nécessité, ou bien qu'il serait utile de demander une modification de la loi qui permette la recherche de la paternité.

4° La divulgation des conseils élémentaires, mis à la portée de toutes les mères et nourrices dans plusieurs départements, et par les médecins surtout, y a produit d'heureuses modifications dans le mode d'élever des enfants en bas âge, elle a particulièrement excité beaucoup de femmes à allaiter elles-mêmes leurs enfants. Nous ne saurions donc trop recommander à M. le ministre de l'intérieur, de faire répandre en grand nombre ces préceptes qui devraient être délivrés gratuitement par les mairies, toutes les fois que l'on vient y faire une déclaration de naissance.

4° L'observation journalière démontre l'insuffisance notoire des secours qui sont accordés aux mères nourrices pauvres et aux filles-mères nourrices; ces secours devraient être plus répandus, plus efficaces et mieux surveillés.

5° De tous côtés, enfin, on réclame avec instance la mise en exécution de la loi relative à la protection des enfants du premier âge votée par l'Assemblée nationale dans la séance du 23 décembre 1874. (Adopté.)

COMMUNICATION

M. BOURDON met sous les yeux de l'Académie le cerveau d'un phthisique de son service, qui, dans les derniers temps de sa vie, avait eu une paralysie de la main et de l'avant-bras gauches. Ce cerveau présente sur l'hémisphère droit, deux foyers de ramollissement, situés dans la zone corticale où siégeaient les lésions dans les cas de monoplégie brachiale, réunis dans la dernière communication.

C'est un nouvel exemple de localisation cérébrale, qui vient se joindre aux précédents. Voici en quelques mots l'observation.

Le malade a été frappé subitement d'hémiplégie, sans abolition de la sensibilité ; trois heures après l'embarras de la parole avait cessé; le troisième jour le membre inférieur avait repris toute sa motilité, mais la paralysie du membre supérieur persista vingt jours. Après ce temps, la guérison était complète et se maintint pendant un mois, c'est-à-dire jusqu'à la mort du malade.

Cette marche rapidement décroissante et la persistance de la sensibilité, avaient permis de diagnostiquer une affection corticale et non centrale.

Ce fait vient à l'appui de l'opinion que M. Bourdon a soutenue récemment sur le mode de rétablissement de la motilité, par suppléance, dans ce genre de paralysie. Car la guérison ayant été complète, malgré la persistance des deux lésions destructives, on est bien obligé d'admettre que les mouvements du bras se sont rétablis, à l'aide des cellules voisines restées saines; ce qui est d'autant plus facile à comprendre que la zone motrice, correspondant au membre supérieur, a une plus grande étendue, ce qui ressort des observations citées dans son dernier travail.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Léon Le Fort sur le prix Godard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Troisième trimestre de l'année scolaire 1877-1878. — I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le lundi 1er avril et il sera clos le mercredi 17 du même mois à quatre heures.

Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis de neuf heures à onze heures du matin et de une heure à quatre heures de l'après-midi.

II. *Examens de fin d'année.* — Les élèves autorisés à subir l'examen de fin d'année au mois d'avril, seront consignés du vendredi 15 au samedi 23 mars, de une heure à quatre heures.

Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir cet examen. Aucune consignation ne sera admise passé le 23 mars.

III. *Examens de doctorat.* — Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues le vendredi et le samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures. Toutefois, conformément à la décision prise par l'assemblée de la Faculté, les consignations pour le premier et le deuxième examen de doctorat ne seront plus reçues après les dates ci-après : pour le premier doctorat, après le 30 mars; pour le deuxième doctorat, après le 27 avril.

Pour les autres examens, quatrième et cinquième de doctorat, la limite des consignations sera annoncée ultérieurement.

— Par décision ministérielle du 28 février 1878, M. Guillemart (Baptiste-Ludovic-Marie), médecin de 1re classe de la marine en non activité pour infirmités temporaires, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur sa demande.

— Par décision ministérielle du 2 mars 1878, M. Gueit (Charles-Alexandre), médecin de 2e classe de la marine, a été placé dans la position de non-activite pour infirmités temporaires.

— *Société anatomique de Paris* (Prix Godard). — Le docteur Ernest Godard, dans son testament daté de Jérusalem, des 3 et 4 septembre 1862, a fait, en faveur de la Société anatomique de Paris, un legs dont cette Société a disposé, suivant les volontés du testateur, en fondant un prix qu'elle distribue tous les deux ans.

Sera décerné, en 1878 et 1879, le prix Ernest Godard de 1876 et de 1878.

Le prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire concernant soit l'anatomie normale, soit l'anatomie pathologique, soit la tératologie.

La valeur du prix sera de quatre cent vingt francs.

Seront admises à concourir toutes les personnes françaises ou étrangères qui adresseront à la Société : 1° un mémoire manuscrit ou imprimé sur les sciences ci-dessus désignées; 2° une lettre d'envoi portant la mention spéciale que le mémoire est destiné à concourir pour le prix Ernest Godard. Les ouvrages imprimés devront être envoyés en double exemplaire.

On n'admettra pas, toutefois, les mémoires imprimés qui seraient publiés depuis plus de trois ans, ce délai étant rétrospecti-

vement compté à partir de l'époque à laquelle on décernera le prix.

On n'admettra pas non plus les travaux qui auraient été, antérieurement à la clôture du registre d'inscription, l'objet d'une récompense scientifique. Les candidats devront donc, dans leur lettre, déclarer expressément que leur travail n'a pas été récompensé jusqu'à ce jour.

Sont exclus du concours les membres titulaires et honoraires de la Société anatomique.

Une commission de cinq juges choisie parmi les membres titulaires et honoraires de la Société sera chargée d'apprécier le mérite des mémoires envoyés. Cette commission, nommée dans la première séance de juillet, devra lire son rapport, au plus tard, dans le mois de décembre suivant. La Société fera connaître le résultat du concours dans la séance solennelle du mois de janvier. Le prix Godard, décerné en janvier 1879, sera celui de l'année 1876; le prix à décerner en janvier 1880 sera celui de 1878.

Les travaux et mémoires destinés au concours du prix Ernest Godard, devront être adressés à la Société anatomique (à l'École pratique de la Faculté de médecine). Les travaux destinés au prix Godard de 1876, seront envoyés pour le 1er juillet 1878, terme de rigueur; les travaux destinés au prix Godard de 1878, pour le 1er juillet 1879.

On rappelle aux concurrents qu'ils doivent indiquer très-lisiblement leurs noms, prénoms, résidence et adresse.

— *Cours d'accouchements.* — MM. Budin et Pinard commenceront le vendredi 15 mars, à quatre heures et demie, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et sera divisé en quatre parties : 1° Anatomie, grossesse normale et pathologique; — 2° Eutocie; — 3° Opération et dystocie; — 4° Exercices pratiques, diagnostic, etc. — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser, 29, rue Monsieur-le-Prince.

— *Manœuvres de médecine opératoire* (2e examen de doctorat). — M. Fort commencera ces leçons le 20 mars 1878, à une heure et demie et les continuera tous les jours à la même heure. Ces leçons dureront un mois; elles auront lieu dans l'amphithéâtre n° 7 de de l'École pratique. Les opérations seront pratiquées devant les élèves. Chaque élève les répétera toutes sur le sujet. On s'inscrit, 21, rue Jacob.

— Le cours d'été pour la pratique des analyses d'urine commencera le dimanche 31 mars, à dix heures, à la Clinique, 37, rue Saint-André des Arts, et se continuera les dimanches suivants jusqu'au 1er juillet. Ce cours est complétement gratuit et pour les médecins seuls. — On s'inscrit chez M. Delafosse, professeur, 14, rue Notre-Dame de Lorette.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux, par le docteur Landolt; recueillies par le docteur Charpentier. — 1 vol. in-8° avec nombreuses figures intercalées dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Manuel médical d'hydrothérapie, par le docteur Béni-Barde. — In-18 cartonné avec figures dans le texte. Prix : 6 francs. — — Paris, G. Masson.

Anatomie chirurgicale. Les régions classiques du corps humain, par le docteur Félix Chavernac, avec une introduction historique, par le professeur Bouisson, doyen de la Faculté de Montpellier. — Paris, 1878, 1 vol. gr. in-8°. Prix : 5 francs. — G. Masson.

Études cliniques sur l'ostéosarcome des membres, par le docteur Poinsot. — In-8°. Prix : 2 francs. Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Des procédés et dosage de l'acide urique, procédé gazométrique, par le docteur Esbach. — In-8° de 29 pages avec 9 figures. Prix : 1 fr. 50. — O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 32. — SAMEDI 16 MARS 1878. 51e ANNEE. SAMEDI 16 MARS 1878. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le mal télégraphique.

Dans une des séances de la Société de biologie, du mois de mars 1875, M. Onimus a appelé l'attention sur une forme de spasme fonctionnel, particulier aux employés du télégraphe, et que ceux-ci mêmes désignent sous le nom de *mal télégraphique*. Depuis cette époque, il a eu l'occasion d'observer de nombreux faits, qui viennent confirmer les indications qu'il donnait à cette époque.

C'est avec le télégraphe Morse que cette affection apparaît principalement; et le résultat est toujours la difficulté de coordonner les mouvements qui doivent alternativement former les points et les traits.

Dans le mal télégraphique, plus peut-être que dans n'importe quel autre spasme fonctionnel, on retrouve les caractères qui démontrent d'une façon très-nette, que ces affections dépendent beaucoup du tempérament des individus, et que l'influence des centres nerveux y joue un très-grand rôle.

Quelques employés, naturellement nerveux et excitables, ont la sensation de crampes après un service très-court; leur état général en souffre en même temps. Ce n'est donc pas seulement la répétition fréquente des mêmes mouvements qui amène la crampe, mais bien le plus ou moins d'irritabilité. C'est la même chose pour la crampe des écrivains, qui est surtout fréquente chez les employés de commerce qui, à un moment donné, sont tenus d'écrire précipitamment un certain nombre de pages, ou chez des banquiers, par exemple, qui, avant le départ du courrier, expédient fiévreusement une série de lettres. Ces conditions influent bien plus que la fréquence des mêmes mouvements, surtout lorsque ceux-ci se font d'une façon calme et régulière.

La direction des mouvements a également une certaine influence. Nous avons déjà cité le cas d'un employé qui, successivement, s'est servi du pouce, de l'index et du médius. Chacun de ces doigts put manipuler pendant deux à trois mois, mais, l'un après l'autre, ils furent pris de spasmes. Enfin, il se servit du poignet, qui, au bout de quelque temps, refusa également tout service.

Les mouvements, dans la manipulation du bureau expéditeur, ont lieu de haut en bas, aussi bien pour la main entière, que pour les doigts, et tous ces mouvements verticaux étant devenus difficiles, un des employés eut l'idée de modifier le sens de ces mouvements, au moyen d'un système de transmission très-simple : il faisait mouvoir le levier en déterminant un mouvement horizontal, sur un fil tendu d'un point d'appui au levier. Par ce procédé, il parvint pendant quelque temps à transmettre les dépêches, mais bientôt ces mêmes mouvements devinrent gênés et occasionnèrent des crampes. Ainsi, une fois l'affection bien déclarée, toute espèce de combinaison tendant à modifier la forme des mouvements, permet pendant quelque temps de se livrer au même travail, mais souvent la crampe reparaît également dans ces mouvements ayant le même but. Ainsi, pour la crampe des écrivains, il arrive quelquefois que le spasme se produit pour la main gauche, lorsque primitivement, il n'existait que pour la main droite, et c'est ce qui explique comment la plupart des appareils qui ont été préconisés, n'offrent pas de grands avantages.

Il y a donc des caractères communs pour tous les spasmes fonctionnels; les mêmes symptômes s'observent, en effet, pour les crampes que l'on a signalées quelquefois chez les violonistes. Cependant, c'est surtout chez les employés du télégraphe, que les phénomènes généraux sont plus fréquents et plus considérables, car il y a pour eux une foule de circonstances qui viennent compliquer et aggraver les crampes locales. Il ne faut pas oublier, en effet, que les caractères télégraphiques se forment au moyen d'une combinaison de points et de traits qui exige la contraction et le relâchement intermittent et rapide de toute une série de muscles. Un employé d'une habileté moyenne, transmet ou reçoit alternativement, environ sept mille signaux, à l'heure, soit au total quarante-neuf mille signaux par jour, la durée du service étant de sept heures.

Il faut encore tenir compte du surcroît de travail et d'irritation nerveuse, que causent les discussions et les erreurs qui surviennent inévitablement entre les employés du bureau expéditeur et du bureau récepteur.

Sous peine de faire commettre une erreur à celui qui reçoit la dépêche, les mouvements du manipulateur doivent être cadencés avec une régularité parfaite. En même temps la transmission doit être marquée de temps d'arrêt d'une durée de convention; celle-ci doit être plus longue entre chaque mot qu'entre chaque lettre d'un même mot, et entre chaque lettre d'un même mot qu'entre chaque signal d'une même lettre.

Outre la contraction musculaire, la transmission occasionne par conséquent, en même temps, une grande fatigue par la tension d'esprit continuelle qu'elle exige.

D'après les renseignements que M. Onimus a obtenus, les symptômes nerveux seraient en outre bien plus fréquents et se produiraient bien plus rapidement chez la femme que chez l'homme. Ces symptômes généraux se manifestent surtout par des palpitations, des vertiges, de l'insomnie et peut-être un affaiblissement de la vue; les employés anciens et laborieux font la plupart usage de lunettes. Dans cette affection, comme dans la fatigue cérébrale amenée progressivement par une grande activité du cerveau, il existe à la nuque un sentiment de constriction qui semble maintenir comme dans un étau, la partie postérieure du crâne. Cette sensation est assez fréquente chez des hommes d'affaires, rendus malades ou surexcités à la suite de grandes occupations de commerce ou d'industrie. Elle apparaît surtout lorsqu'on veut forcer les fonctions intellectuelles déjà fatiguées.

A la surexcitation succède l'abattement, la tristesse et une atonie physique et morale. Le sujet perd la mémoire et il paraîtrait, au dire de quelques personnes, que la folie même peut survenir au bout de quelques années de cet état pathologique. N'existait-il pas, dans ces cas, d'autres causes qui aient pu la provoquer? Quelle part faut-il attribuer au mal télégraphique? *à priori*, il ne répugne pas d'admettre cette étiologie comme possible.

Sclérodermie et asphyxie locale des extrémités.

On n'a guère comparé jusqu'ici la sclérodermie et l'asphyxie locale des extrémités, que pour en faire ressortir les différences et leur irréductibilité de l'une à l'autre. Un fait que M. Grasset, agrégé à la Faculté de Montpellier, et M. Apolinario, interne, ont observé et étudié ensemble, tendrait à démontrer, au contraire, qu'il y a de grandes affinités entre ces deux affections qui pourraient bien, au lieu de constituer des maladies distinctes et séparées, n'être que des syndromes cliniques susceptibles de se trouver réunis sur le même sujet.

Voici, en substance, le fait dont il s'agit :

Une jeune fille de dix-sept ans, entre à l'Hôpital général au commencement de l'année 1876, pour une affection dont le début remontait à l'âge de treize à quatorze ans. Elle avait eu, à cette époque, pendant tout un hiver, des engelures à tous les doigts. Au printemps, la rougeur et le gonflement avaient disparu, mais les doigts étaient restés raides et légèrement fléchis; les ongles des pouces étaient bossués, atrophiés et raccourcis; il y avait déjà un commencement d'atrophie des muscles de la main. Lors de son entrée à l'hôpital, il survint sur la face dorsale des mains, surtout au niveau des articulations digitales, de petites bulles pemphigoïdes, auxquelles succédèrent de petites ulcérations qui, en se cicatrisant, laissèrent soit un épaississement de l'épiderme, soit une tache rouge disparaissant sous la pression du doigt. Une plaque d'induration s'est formée peu à peu au bord interne des deux mains, sans douleur.

En mai 1876, après trois semaines passées aux eaux de Balaruc dont l'usage paraissait avoir amené un peu d'amélioration, notamment une diminution de la raideur des mains, il survint sur la face dorsale des deux mains une éruption de petites pustules qui ne dura que deux ou trois jours et qui fut suivie de la manifestation de quelques bulles de pemphigus auxquelles succédèrent à leur tour des ulcérations, puis des durillons.

En juin 1876, on constate, à la main gauche, une atrophie musculaire très-prononcée, diminution de sensibilité de la peau; épaississement de la peau du pouce dont l'ongle est racorni; au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, petite cicatrice rouge disparaissant sous la pression du doigt; petites cicatrices semblables à l'index, au niveau des plis articulaires, au médius, qui sont maintenus à demi-fléchis. La peau rétractée de ces deux doigts aboutit à une induration de la peau au niveau de la tête de leurs métacarpiens, où l'on voit une ulcération assez profonde, comme une sorte de déchirure. L'auriculaire est atrophié et ses deux dernières articulations sont immobilisées dans la flexion à peu près complète, la peau de la face dorsale est légèrement rouge, dure, luisante; celle de la face palmaire est très-rétractée. L'avant-bras est amaigri, la main est à demi-fléchie et ne peut être complétement redressée.

La main droite présente presque partout les mêmes lésions que la main gauche : même atrophie des éminences thénar et hypothénar et des muscles lombricaux et inter-osseux; même tension de la paume de la main; même flexion des phalanges, etc.

De juin à juillet, il paraissait y avoir eu un peu d'amélioration, les brides cicatricielles étaient moins tendues, les taches moins nombreuses, il y avait un peu plus de mobilité dans les articulations, la sensibilité était un peu revenue. A cette époque la malade montre un mal perforant du pied qu'elle avait caché jusque-là.

Mais depuis cet examen, jusqu'à celui qui a été fait à la fin de décembre 1877, la maladie a fait de nouveaux progrès, s'est étendue et a envahi les régions variées du corps. Voici ce qui a été constaté alors :

Main droite : l'éminence thénar est aplatie et recouverte de tissu cicatriciel. Le premier métacarpien, la première et la deuxième phalange du pouce sont diminués de longueur, amincis dans leur partie moyenne et augmentés de volume à leur extrémité. La deuxième phalange est maintenue fléchie à angle droit sur la première, par du tissu cicatriciel placé à sa face antérieure.

La paume de la main est émaciée et envahie dans toute son étendue par du tissu cicatriciel.

L'éminence hypothénar est atrophiée.

Le petit doigt est diminué de longueur dans ses trois phalanges. La première phalange est mobile sur le métacarpe. La deuxième phalange est fléchie sur la première et un peu en abduction vers l'annulaire. La troisième est en flexion sur la deuxième et en forte abduction vers l'annulaire.

Les autres doigts, tout recouverts de tissu de cicatrice et de plaies superficielles, ont tous leurs phalanges amincies dans leur partie moyenne, diminuées de longueur et fléchies les unes sur les autres.

La main gauche présente les mêmes lésions, plus accusées encore qu'à droite. Toute la paume de la main est formée d'un tissu de cicatrice avec épaississement de la peau et forte rétraction. Le petit droit a presque disparu, son extrémité, devenue violacée, amincie, s'est peu a peu pédiculée et a fini par se détacher et tomber, laissant une plaie qui, envahissant la face antérieure, finit, en se cicatrisant, par souder le doigt à la paume de la main. Dans les autres doigts les phalangettes sont atrophiées et effilées à leur extrémité libre.

Les bras présentent de larges plaques de taches brunes, circonscrivant des îlots de peau saine.

Aux membres inférieurs, larges plaques cicatricielles disséminées.

La face présente des bigarrures de couleur.

Dans toutes les parties lésées il y a augmentation d'épaisseur.

Enfin, il y a une anesthésie complète au niveau de toutes les parties altérées.

Cette sclérodermie, remarquable par sa généralisation et par la multiplicité de ses formes anatomiques, réunit, en quelque sorte, sur un même sujet, les trois variétés que M. le professeur Hardy a décrites comme existant séparément, dans la leçon clinique que nous avons publiée (voir les n[os] 78 et suiv. de la *Gazette des hôpitaux*, 1877).

Mais le caractère le plus saillant de ce fait, que MM. Grasset et Apolinario se sont surtout proposé de mettre en relief dans leur observation, c'est la relation intime qui paraît avoir existé dans ce cas entre la sclérodermie et l'asphyxie locale des extrémités.

Au début de la maladie, en effet, ainsi qu'ils le font remarquer, les phénomènes constatés ont reproduit le tableau de l'asphyxie locale : engelures frappant tous les doigts des deux mains et le gros orteil des deux pieds, rouges, très-sensibles au froid, douloureux, phlyctènes et excoriations, cicatrisation des ulcères, rétraction du tissu cicatriciel, effilement du bout des doigts, parcheminement des tissus, desquamation par pellicules épaisses, enfin, chute totale d'une phalange. Et cependant c'était bien à un cas de sclérodermie qu'ils avaient eu affaire. Il n'y avait donc pas d'autre conclusion à tirer de ce fait, si ce n'est qu'il y a entre la sclérodermie et l'asphyxie locale d'étroites affinités.

Pour établir plus solidement cette conclusion, MM. Grasset et Apolinario ont rapproché de leur observation d'autres observations connues dans la science et qui présentent la même coïncidence. Tels sont, notamment, le fait de M. Ball que nous avons fait connaître dans le temps, ainsi que ceux de MM. Dufour, Hallopeau, Liouville et Coliez, qui ont été également reproduits ou résumés dans nos comptes rendus ou dans nos revues cliniques de 1871, 1872 et 1873.

D[r] BROCHIN.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. MAURICE RAYNAUD.

Léontiasis syphilitique.

Le 25 avril 1877 est entrée, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Maurice Raynaud, une malade atteinte de syphilide léontiasique et dont l'observation a fait le sujet de la thèse inaugurale de M. Coutard. Voici le résumé de cette observation :

La femme H..., âgée de cinquante-neuf ans, née de parents bien portants, mariée à dix-huit ans, ayant eu trois enfants qui sont morts l'un à quinze ans, les deux autres à onze ans, a toujours joui d'une très-bonne santé, prétend n'avoir jamais eu ni plaie, ni ulcérations, ni glandes, ni éruption d'aucune sorte ; affirme que son mari, qui est mort après douze ans de ménage, n'a jamais eu non plus la moindre affection cutanée. A l'époque de la ménopause, en décembre 1876, elle est prise d'une perte abondante qui nécessite son entrée à Lariboisière, dans le service de M. Proust. Là, les accidents du côté de l'utérus disparurent assez rapidement et elle fut prise subitement d'un mal de gorge, d'une certaine difficulté dans la déglutition et d'un enrouement de la voix. En même temps apparurent sur plusieurs points du corps de petites tumeurs rondes, solides, qui atteignaient le volume d'un œuf de pigeon. Ces tumeurs, ainsi que le mal de gorge, disparurent cinq semaines après, sous l'influence d'un traitement ioduré. Elle quitta l'hôpital, cessa tout traitement et fut prise alors de maux de tête, d'insomnie ; le mal de gorge reparut et elle s'aperçut que sa face rougissait et augmentait de volume. Elle rentre à Lariboisière, dans le service de M. Raynaud, le 25 avril 1877.

A cette époque, la partie inférieure de la face, chez cette femme, est le siége d'ulcérations profondes : les téguments sont très-hypertrophiés ; ce gonflement donne à son visage l'aspect léonin, décrit sous le nom de lèpre léontine. Cette hypertrophie s'étend de la partie inférieure des orbites, envahit les ailes et le lobule du nez, et s'accentue surtout sur les joues, les lèvres et le menton. De profil, la figure paraît très-allongée ; de face, la malade présente un aspect triste, une expression idiote ; on voit des lobes informes parcourus par des plis verticaux en forme de fissures. Toutes les parties altérées sont d'une coloration brun cuivré, qui cesse brusquement sur les limites du mal.

Ces tissus ne sont pas douloureux et ne sont le siége ni d'anesthésie, ni d'hyperesthésie. Au toucher, ils sont souples, élastiques. La face est, en outre, le siége de cicatrices nombreuses. Sur le côté droit se voit une cicatrice blanc nacré, commençant au niveau de l'angle de la mâchoire jusque vers l'os hyoïde ; cette cicatrice est le point de départ d'autres cicatrices linéaires, plus courtes. D'autres se voient encore dans d'autres parties de la face. Ces cicatrices ont remplacé les tumeurs que nous avons mentionnées. Aucune n'a été précédée d'ulcération. Sur le raphé médian de la voûte palatine, on voit une petite ulcération oblongue, partant de la base de la luette, se dirigeant en avant, à bords nets, taillés à pic, à fond grisâtre, ardoisé. Le voile du palais est le siége de trois ulcérations ; on en voit une également sur le pilier antérieur gauche ; des cicatrices analogues existent aux deux bras et, enfin, sur le côté droit du thorax. Sur aucun point on ne trouve d'hypertrophie ganglionnaire. Orthopnée, céphalée, insomnie.

Pendant plus de trois mois cette malade fut soumise au traitement mixte par le sirop de Gibert, deux ou trois cuillerées par jour. Sous l'influence de ce traitement, l'hypertrophie diminua notablement ; la malade fut soumise alors à un traitement alcalin. En novembre, une nouvelle ulcération apparaît d'emblée sur le voile du palais. Le traitement spécifique fut repris et a été contiuué depuis. Aujourd'hui, cette malade se trouve notablement améliorée.

Cette malade est-elle une syphilitique? La manifestation cutanée dont elle est atteinte, est-elle une syphilide? Telles sont les deux questions que l'on doit se poser en face de cette femme.

M. Coutard, dans sa thèse, n'hésite pas à la considérer comme une syphilitique chez laquelle les accidents primitifs et secondaires ont passé inaperçus, En effet, les lésions qu'elle présente du côté des muqueuses, sont très-manifestement des accidents tertiaires de la syphilis. Quant à la manifestation cutanée, bien qu'elle soit en dehors de ce qu'on observe habituellement, M. Coutard n'hésite pas davantage à la considérer comme étant sous la dépendance de la syphilis. Tout d'abord les cicatrices que la malade porte sur la face, démontrent qu'elle a été atteinte d'une syphilide tuberculeuse, sèche, atrophique. Ensuite l'âge de la malade (cinquante-neuf ans), doit faire écarter toute idée de scrofulide. Enfin, l'amélioration obtenue par le traitement spécifique, est encore une preuve en faveur de la syphilis.

En effet, si l'on considère chez cette malade, non-seulement la lésion cutanée mais encore les lésions concomitantes, c'est-à-dire les cicatrices de syphilides tuberculeuses sèches, les lésions pharyngiennes, les périostoses, les douleurs ostéocopes, la céphalée, etc. le diagnostic syphilis s'impose de lui-même. Mais si on n'envisage que la lésion cutanée, on peut hésiter entre la syphilis, la lèpre et la scrofule. La lèpre ne saurait être admise ici : cette malade, en effet, n'a jamais présenté ces taches jaunes ou blanches, anesthésiques, caractéristiques du début de la lèpre ; jamais elle n'a rien présenté d'analogue au vitiligo lépreux, au stéatome éléphantiasique du tissu cellulaire. Enfin les phénomènes généraux diffèrent totalement de ceux qu'on observe dans la lèpre. On pourrait admettre ici l'existence d'une scrofulide érythémateuse ou d'une scrofulide tuberculeuse. Toutefois, la première débute par des plaques arrondies, bien limitées, d'un rouge luisant ; chez cette malade, l'hypertrophie et la coloration sont apparues graduellement ; il n'y a pas eu de plaques primitives ; la coloration, au début, était d'un

rouge cuivreux caractéristique. La scrofulide tuberculeuse simple et surtout la scrofulide tuberculeuse hypertrophique présentent évidemment, avec la léontiasis syphilitique, si l'on s'en rapporte à l'excellente description qu'en a donnée M. Bazin, de grandes ressemblances. Mais les affections tuberculeuses de la syphilis et celles de la scrofule se distinguent surtout par le cachet particulier que chacune de ces diathèses leur imprime. Or, chez cette malade, se retrouve le cachet même de la syphilis dans la coloration, la consistance, la topographie de la lésion, ses limites et, d'ailleurs, son âge doit faire écarter toute idée de scrofule.

Nous ne saurions mieux faire pour résumer cette observation et les considérations qui l'accompagnent, que de citer, en terminant, les conclusions de M. Coutard, qu'il formule de la façon suivante :

« Il existe une forme de syphilide qu'on ne saurait rattacher à aucune forme jusqu'ici décrite, et dont la seule lésion appréciable semble être l'hypertrophie.

Quoique l'anatomie pathologique fasse défaut, et que par conséquent il soit impossible d'établir d'une façon précise la place nosologique de cette forme, il est cependant croyable que c'est une syphilide tertiaire, c'est-à-dire une syphilide ayant pour lésion anatomique le produit gommeux comme point de départ.

Cette forme ne différerait de la syphilide gommeuse et tuberculeuse qu'en ce que les produits gommeux, au lieu d'être circonscrits sous forme de nodosités ou de gommes, seraient au contraire disséminés sous une étendue variable, qu'ils existeraient à l'état d'infiltrat.

Cette forme, ainsi constituée, semble ne devoir jamais se terminer par ulcération. Elle se rapprocherait donc de la forme tuberculeuse sèche résolutive.

C'est une forme rebelle, en raison de son étendue, en raison de la dissémination de ses productions pathologiques qui, envahissant les parties constituantes des tissus, les altère.

Elle semble avoir certains lieux de prédilection, la face en particulier.

Nous proposons donc d'ajouter dans la classification des syphilides, une nouvelle forme de syphilide que nous appelons *syphilide hypertrophique diffuse de la peau* ou encore *léontiasis syphilitique*, en raison de sa localisation à la face.

REVUE DE LA PRESSE

La ligature avec le catgut. — M. le professeur Pearce-Gould, de Westminster, raconte qu'il y a eu récemment, à la Société clinique de Londres, deux discussions sur la ligature avec le catgut.

M. Bryant y apporta la relation de quatre cas destinés à montrer que cette ligature peut produire et produit souvent la division de toutes les tuniques d'une artère.

M. C. Heath, présenta un malade sur lequel il avait lié l'artère fémorale avec le catgut pour un anévrysme de la région poplitée. Les battements reparurent dans la tumeur en dix-neuf heures et sur toute la longueur de l'artère en vingt-neuf jours. M. J. Smith, ayant eu un insuccès analogue, pratiqua de nouveau la ligature avec un fil de *soie*, comme M. Heath, et eut de même un succès, mais ce succès ne fut pas durable; un autre anévrysme se développa lentement au niveau de la première ligature, qui, par conséquent, avait divisé les deux tuniques artérielles.

Le malade de M. Smith guérit, au contraire, après sa deuxième ligature, parce que la première ligature, au catgut, n'avait pas divisé les tuniques et avait laissé l'artère tout à fait intacte.

L'auteur de cette note conclut qu'il ne faut pas employer le catgut lorsqu'on a pour but de sectionner d'un coup les deux tuniques internes de l'artère et parce que ce lien peut se ramollir rapidement au sein des tissus vivants, et produire, par exemple, un anévrysme. Mais il admet et approuve la ligature au catgut, dans les cas où Lister l'a recommandé au début, c'est-à-dire comme un *compresseur temporaire* de l'artère sans léser aucune de ses tuniques, de manière à arrêter le cours du sang dans le vaisseau, jusqu'à ce qu'une bande de tissu nouveau se développe autour et dans l'intérieur de la ligature et même joue le rôle de *compresseur permanent*. Le danger qu'il faut craindre, c'est le ramollissement trop rapide du catgut, qui le fait céder avant que l'anneau cicatriciel se développe; mais il faut remarquer que si la ligature cède, elle laisse l'artère saine.

On comprendra que, dans ce cas, la ligature doit être serrée très-doucement et la plaie doit être pansée suivant le procédé antiseptique, car le catgut se dissout très-facilement dans les produits de putréfaction animale. — (*Province méd.*)

La plupart de nos lecteurs n'ignorent pas, sans doute, qu'en Angleterre, et à Londres notamment, la pratique de Lister est loin de jouir de la même vogue qu'en France et en Allemagne.

Corps étranger des voies aériennes : trachéotomie, guérison. — A la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, M. Baudrimont lit l'observation d'un enfant de douze ans, qui avait avalé, en s'amusant, un noyau de prune percé de part en part pour servir de sifflet. Le noyau passa dans le larynx, qu'il *traversa rapidement* pour se loger dans la bronche droite. La trachéotomie fut faite, et aussitôt, le noyau fut vivement expulsé. L'enfant guérit très-bien. — (*Gazette médicale de Bordeaux*).

La trachéotomie au moyen du galvano-cautère. — Le docteur Deschamps, de Liége, publie un petit opuscule sur les avantages de ce procédé opératoire.

Il évite les eschares très-grandes que donne le thermo-cautère, tout en bénéficiant du même résultat : cautérisation suffisante pour empêcher une hémorrhagie. Le docteur Amussat (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1876), a employé ce procédé en passant une aiguille armée d'un fil de platine à travers les parties molles et en incisant la trachée avec le bistouri. M. Deschamps a modifié ce procédé en remplaçant l'aiguille par un instrument semblable au trachéotome de Maisonneuve, mais dont la faulx est remplacée par une aiguille tubulée de même courbure, qui sert à passer l'anse galvanique pour inciser les parties molles.

M. Deschamps conseille même de la faire servir à faire la trachéotomie en un seul temps, en ouvrant d'un seul coup la voie aérienne, au lieu d'inciser seulement les parties molles, pour ouvrir ensuite la trachée avec le bistouri. — (*Extrait des Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*).

Traitement des angiomes. — M. Thiersch cautérise ainsi les angiomes qui ne siégent pas à la face : il applique sur la tumeur une petite plaque de cuivre percée de petits trous, puis il introduit à travers chacun des trous une simple aiguille à tricoter, chauffée au rouge à l'aide d'une lampe à alcool et dont le manche est constitué par un bouchon de liége ordinaire. La tumeur est ainsi *très-également* cautérisée ; les aiguilles étant enfoncées perpendiculairement à la peau. L'anesthésie est pratiquée au moyen du chloroforme. — (*Journal de médecine de Bruxelles* et *Archives médicales belges.*)

Mydriatiques et myotiques, par M. Panas. — Dans une intéressante leçon faite à l'hôpital Lariboisière, M. Panas étudie le mécanisme des agents qui dilatent ou rétrécissent la pupille. Il fait d'abord remarquer que l'action de l'ésérine est fort peu durable, comparativement à celle de l'atropine ; pour maintenir le diaphragme irien tendu et l'empêcher d'être refoulé en avant, il faudrait instiller le collyre à l'ésérine toutes les deux heures au moins; c'est pour éviter ces manœuvres répétées chez les opérés, que M. Panas préfère se passer de la calabarine et faire l'iridectomie qui donnera des effets plus sûrs que le collyre à l'ésérine.

M. Panas insiste sur l'influence exercée par ces médicaments sur la *tension intra-oculaire.*

Quelques auteurs, Adamuch, Grunhägen, etc., d'après des expériences faites sur les animaux avec l'atropine, ont conclu que l'atropine diminue la tension intra-oculaire.

Les cliniciens, au contraire, Warthon, Jones, Graefe, etc., ont signalé, par exemple, un glaucome aigu se développant précisément après l'instillation de quelques gouttes d'atropine, et ont prétendu que l'atropine augmente la tension intra-oculaire.

Les deux groupes de faits ne s'excluent pas forcément l'un l'autre : à l'état physiologique, l'atropine diminue la tension; à l'état pathologique, sur un œil glaucomateux, elle augmente la tension. Ce dernier effet s'explique parce que l'atropine resserre les vaisseaux, en dilatant la pupille, et fait refluer le sang de l'iris vers les procès ciliaires.

De plus, l'atropine paralyse les fibres musculaires circulaires des vaisseaux; alors on a un afflux plus considérable de sang et par suite tension exagérée dans l'œil.

L'effet de l'ésérine à l'état physiologique serait, au contraire, de contracter le muscle sphincter de la pupille et le muscle ciliaire : d'où la tension augmente. Mais, dans le glaucome, l'ésérine peut contribuer à diminuer la tension intra-oculaire, parce qu'en resserrant les vaisseaux et en rétrécissant la pupille, elle élargit le canal de Fontana.

A ce propos, rappelons qu'il ne faut pas confondre le canal de Fontana situé dans l'épaisseur même de la grande circonférence de l'iris, avec le canal de Schlemm qui est situé à l'union des procès ciliaires, de la cornée et de la sclérotique. — (*France méd.*)

De la distension de l'estomac comme complication du météorisme intestinal dans la péritonite traumatique, par le docteur Gross, professeur agrégé à la Faculté de Nancy. — Chez une femme, âgée de soixante-huit ans, atteinte de hernie étranglée, avec des symptômes généraux graves et une bronchite chronique généralisée, concomitante, M. Gross avait pratiqué la kélotomie qui fut suivie d'accidents de péritonite peu rassurants.

Outre les troubles bronchiques, le ballonnement du ventre augmenta progressivement pendant les deux jours qui suivirent l'opération : hoquet et nausées, mais pas de vomissements. Le ventre étant de plus en plus dur et tendu, M. Gross eut alors recours à la *sonde œsophagienne* qu'il introduisit dans l'estomac; aussitôt après, un flot de liquide s'écoula spontanément et en abondance (près de deux litres).

Dès lors, l'opérée a commencé à être soulagée, la température est tombée, le soir même, à 37°6; le hoquet persiste encore, mais l'opérée peut avaler, pour la première fois, un bol de lait.

Enfin, après bien des péripéties, le dixième jour après l'opération, la malade se relève peu à peu et sort de l'hôpital le trentième jour.

M. Gross attribue une partie des accidents généraux graves de la péritonite au développement du ventre et au météorisme intestinal, et il insiste sur ce fait qu'il y a eu *une diminution incontestable des accidents à partir du moment où l'estomac a été vidé.*

Il rapporte des faits analogues et tout aussi décisifs, tirés de la pratique de Kœberlé (de Strasbourg), il en conclut que :

1° Dans la péritonite traumatique, le météorisme intestinal peut se *compliquer* d'une distension notable de l'estomac, avec accumulation d'une grande quantité de liquides et de gaz dans son intérieur;

2° Toutes les fois qu'il existe du ballonnement du ventre, le chirurgien ne doit pas exclusivement porter son attention sur le météorisme intestinal, mais il doit encore songer à la possibilité d'une aggravation des effets de ce météorisme par la distension de l'estomac et l'accumulation de liquides et de gaz dans cet organe;

3° Enfin, cette distension et les accidents qui peuvent en résulter sont très-efficacement combattus par le cathétérisme de l'estomac ou par la pompe stomacale. — (*Revue méd. de l'Est*).

Signes précoces de phthisie : abaissement des clavicules. — Le docteur Haenish a remarqué, à l'aide du stéthographe, que l'expansion des deux sommets du poumon est diminuée lorsqu'ils sont malades, et qu'elle est toujours moindre du côté le plus malade.

Il signale, pour diagnostiquer la tuberculose commençante, un caractère déjà montré par Aufrecht. L'extrémité acromiale des clavicules doit se trouver plus élevée que l'extrémité sternale. Si elle s'abaisse, cela signifie que le champ respiratoire se rétrécit de ce côté. Si on trouve les deux extrémités claviculaires sur un même plan, on devra suspecter la tuberculose, surtout s'il y a déjà d'autres symptômes inquiétants. — (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Du traitement de la pleurésie par l'immobilisation de la poitrine, par le docteur Perroud, de Lyon. — Pour pratiquer cette immobilisation, Roberts applique des bandes de diachylon de 8 centimètres de largeur; ces bandes partent de la partie inférieure du thorax, en s'imbriquant, et vont du sternum à la colonne vertébrale; une dernière bande passe par dessus l'épaule. Dans les cas de fractures de côtes, pour obtenir un appareil plus solide, M. Roberts conseille d'appliquer sur la cuirasse de diachylon une ou plusieurs couches de plâtre.

M. Perroud a appliqué ce bandage un certain nombre de fois. Il le conseille dans les cas où la douleur domine (névralgie intercostale, pleurodynie, etc.), dans la pneumonie au début, lorsque l'exsudat n'est point encore liquide, enfin, et surtout, dans la pleurésie.

Il le contre-indique dans tous les cas où l'asphyxie est à craindre, où l'expectoration doit se faire sans difficulté.

Ce traitement employé chez une dizaine d'enfants atteints d'épanchement pleurétique datant de quatre à six jours, avec quantité modérée de liquide, a été suivi d'une guérison plus rapide que par les autres méthodes : en trois ou quatre jours, le liquide était absorbé. En présence de ces faits, on peut se demander, avec Niémeyer, si les vésicatoires n'agissent point en immobilisant simplement les parois de la poitrine. Dès lors, il deviendrait inutile de recourir à un moyen aussi douloureux, la cuirasse de diachylon suffirait et l'on serait à l'abri de la diphthérie, complication si fréquente dans les hôpitaux. — (*Lyon médical* et *Gazette hebdom.*)

Contribution au diagnostic de la hernie étranglée. — M. Dechange, de Gand, rapporte qu'à l'hôpital militaire, il a traité un jeune soldat, pris subitement de coliques très-vives et de vomissements bilieux incoercibles, pouls filiforme, etc., mort le troisième jour. On n'avait observé aucune tumeur au niveau du canal inguinal et on avait cru à un étranglement interne; l'autopsie démontra cependant qu'on avait affaire à une hernie étranglée : une courte portion de l'intestin grêle avait franchi l'anneau inguinal interne, *et s'était allongée en un mince cordon ne faisant aucun relief à l'extérieur.* — (*Archives médicales belges*).

BIBLIOGRAPHIE

I. **Principes de biologie**, par Herbert Spencer; traduits de l'anglais par E. Cazelles. Tome II. — 1 vol. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Germer-Baillière et Cᵉ. — II. **Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris**, par le docteur Gillette, chirurgien des hôpitaux. — In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils. — III. **Les Régions classiques du corps humain**, par le docteur Félix Chavernac. — In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson. — IV. **Dictionnaire de chimie pure et appliquée**, par Ad. Wurtz (de l'Institut). — 25ᵉ fascicule du 3ᵉ volume (TOL-VAN). Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cᵉ. — V. **Les enchaînements du monde animal dans les temps géologiques. Mammifères tertiaires**, par M. Alb. Gaudry, professeur de paléontologie au Muséum. — In-8°. Prix broché : 10 francs. — Paris, F. Savy.

I. L'année dernière (*Gazette des Hôpitaux*, 1877, p. 462), nous présentions à nos lecteurs le premier volume des *Principes de biologie* de Spencer, nous allons parcourir devant eux le second volume de cette œuvre importante, consacrée au développement morphologique, au développement physiologique et aux lois de la multiplication.

Herbert Spencer établit d'abord les problèmes de la morphologie. Il suit, à travers les faits morphologiques, l'opération de l'évolution et montre comment, telle qu'elle se révèle à nous dans ces faits, elle se conforme aux principes premiers auxquels se conforme l'évolution en général. Deux voies s'ouvrent devant lui pour cette étude. L'une permet de parcourir les divers grands groupes d'organismes, en vue d'obtenir, par la comparaison des parties, certaines variétés générales sur les homologies, les formes et les relations

de leurs parties, et ensuite, après avoir traité les phénomènes inductivement, de revenir sur ses pas, dans l'intention d'interpréter déductivement les vérités générales obtenues. L'autre ne sépare pas les deux études, mais les mène parallèlement, en établissant d'abord chaque principe général empiriquement, pour en rechercher ensuite la raison. Cette dernière méthode, à la fois brève et claire, est celle que suit l'auteur.

Il étudie donc d'abord la composition morphologique des plantes, puis celle des animaux. Dans le cours de leur évolution, les végétaux et les animaux se sont intégrés progressivement; il s'est produit des différenciations progressives des agrégats qui en résultaient à la fois dans leur totalité et dans leurs parties. Ces différenciations et l'interprétation que l'auteur en donne forment la seconde classe des procédés morphologiques. Voici les formes générales des végétaux; les formes des branches; celles des feuilles, des fleurs et des cellules végétales. Tous ces faits montrent que, depuis les types végétaux les plus complets jusqu'aux plus simples, les lois de la différenciation morphologique demeurent les mêmes.

Outre les causes plus spéciales de modification dans la forme des plantes et de leur partie, il faut mentionner des causes plus générales, qu'on appelle des conséquences de variations survenues dans la quantité totale des matières et des forces que les plantes reçoivent de leur milieu. Sous l'influence de ces causes, certains changements de forme se présentent dans les plantes, chez les unes dans leur totalité, chez d'autres dans leurs parties.

Chez les animaux, nous avons aussi à tenir compte des différenciations morphologiques. L'auteur étudie les formes générales des animaux, les formes des squelettes vertébrés, les formes des cellules animales, puis présente le résumé de ses observations sur le développement morphologique.

Herbert Spencer aborde alors le *développement physiologique*. Il pose les problèmes de la physiologie, et, comme précédemment, emploie parallèlement l'interprétation inductive et la déductive. Traitant séparément les organismes végétaux et les organismes animaux, il considère, dans chaque règne, d'abord les différenciations physiologiques et les changements concomitants de structure qui s'établissent entre les tissus externes et les internes, ensuite les différenciations qui s'établissent entre les différentes parties des tissus externes, et enfin celles qui s'établissent entre les diverses parties des tissus internes.

L'auteur avait dit quelques mots de l'intégration physiologique des végétaux, il consacre aussi quelques pages à l'intégration physiologique des animaux, puis il présente le résumé du développement physiologique.

Dans la sixième et dernière partie, Herbert Spencer étudie les *lois de la multiplication*. Il établit d'abord l'existence des forces *destructives* et des forces *conservatrices* de l'espèce : il montre les difficultés de la vérification inductive des lois de la multiplication, étudie l'antagonisme entre la croissance et la genèse organique et entre le développement et la genèse gamique et agamique, entre la dépense et la genèse. L'auteur nous expose : la coïncidence d'une nutrition riche et de la genèse; les caractères spéciaux des rapports de la nutrition et de l'activité avec la genèse, et, après nous avoir entretenu de la multiplication humaine, il termine son œuvre par une étude sur la multiplication humaine dans l'avenir.

« Dans l'homme, toutes les équilibrations entre la constitution et les conditions, entre la structure de la société et la nature de ses membres, entre la fécondité et la mortalité, avancent simultanément par une même gradation vers un niveau commun. »

Tel est, en résumé, cette œuvre si digne de toutes nos méditations. Les *Principes de physiologie* de Spencer offriront aux lecteurs une collection très-riche de faits très-intéressants et dans l'ordre végétal et dans l'ordre animal, et nous devons remercier encore une fois M. E. Cazelles, de nous avoir donné une traduction aussi élégante que fidèle de l'œuvre de l'éminent philosophe anglais.

II. Habitué, depuis longues années, à suivre dans les hôpitaux de Paris, le mouvement de la thérapeutique chirurgicale, M. le docteur Gillette a pensé qu'il y aurait un véritable intérêt à ne pas laisser perdre le fruit de l'expérience des maîtres, et à recueillir leurs enseignements pour les praticiens à qui il n'est plus donné de suivre les visites au lit des malades ni d'assister aux opérations d'amphithéâtre.

Sous ce titre de *Chirurgie journalière*, on trouvera les faits qui se rencontrent dans la pratique de chaque jour. Pour chacun des chefs de service, l'auteur a réuni les affections variées qui intéressent tel ou tel organe, et présente le tableau des divers temps de l'opération.

Ce livre est un véritable *Traité de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire*, écrit en quelque sorte sous la dictée de nos chirurgiens contemporains.

III. M. Chavernac est un ancien aide d'anatomie. Habitué à suivre et conseiller les jeunes gens dans leurs études anatomiques, il lui a semblé que nos excellents traités d'anatomie chirurgicale avaient — au point de vue pratique — un certain inconvénient, celui de ne pouvoir se transporter facilement sur une table d'amphithéâtre. Il a donc pensé qu'il rendrait service aux étudiants en leur présentant d'une manière concise les régions classiques du corps humain. C'est ce travail que nous avons sous les yeux.

Ce livre s'adresse très-directement à ceux qui vont chaque jour à l'amphithéâtre. Ils ne tarderont pas à faire le succès de l'ouvrage si l'auteur a bien rempli son excellent programme.

L'ordre suivi dans la description des régions est basé sur la position naturelle, c'est-à-dire l'attitude bipède, en commençant par la tête pour finir par la plante des pieds.

L'auteur n'a pas cru devoir intercaler des figures dans le texte : nous croyons que cette lacune devra disparaître dans une nouvelle édition. En revanche, lorsque le nom d'un chirurgien ou d'un anatomiste arrive sous les yeux du lecteur, une petite note biographique le fait connaître. C'est une chose utile et que les étudiants apprécieront. Combien ignoraient ce qu'étaient Sanctorini, Gimbernat, Meckel ou Hesselbach!

La présomption n'est pas le défaut dominant de notre auteur; il ne se présentait qu'avec un certain tremblement devant le public médical. C'est à cet excès de modestie que nous devons une excellente introduction historique que son maître, M. le professeur Bouisson, a placée en tête du livre.

IV. Ce nouveau fascicule — qui porte déjà à 640 pages le troisième volume du *Dictionnaire de chimie* de Wurtz — s'ouvre par la suite de l'étude des Toluidines.

La Toluidine joue un grand rôle en industrie. Elle fut d'abord confondue avec l'aniline : chaque jour, des millions de kilogrammes de cette substance étaient préparés, vendus, employés sous l'appellation d'aniline lourde. La Toluidine était cependant l'élément nécessaire et le plus abondant de la production des deux principales couleurs fabriquées à cette époque, la mauvéine et la rosaniline.

Voici la Topaze, la Tourmaline, la Triphane, pour les minéralogistes. Puis, le Tungstène, la Tyrosine, l'Ulmine, l'Uranium, l'Urée, l'Urine, le Vanadium, autant d'articles intéressants pour le chimiste ou le médecin.

Encore peu de temps et nous verrons se terminer cet ouvrage, qui a marché avec la plus grande régularité, à la satisfaction de ses nombreux souscripteurs.

V. Il y a une vingtaine d'années, M. Gaudry commençait à s'occuper des animaux fossiles de Pikermi. Il comparait ces animaux avec ceux qui les ont précédés et ceux qui les ont suivis. Plusieurs indices d'enchaînements lui furent alors révélés. A mesure que ses observations s'étendaient, M. Gaudry se trouvait confirmé dans la croyance que les êtres n'ont point paru isolément sur la terre sans liens les uns avec les autres, et que, sous l'apparente diversité de la nature, domine un plan où l'Être infini a mis l'empreinte de son utilité. Dès lors, l'idée de découvrir quelque chose de ce plan a dirigé ses recherches paléontologiques. Suivre l'histoire des animaux à travers les âges en notant leurs enchaînements n'était pas une œuvre sans utilité. M. Gaudry s'y est consacré, mais ce travail demande bien des années. La partie consacrée aux mammifères tertiaires étant terminée, nous avons la bonne fortune de la tenir dans les mains.

M. Gaudry traite de simple essai ce remarquable travail. Ceux qui le liront sauront apprécier.

« Les mammifères de l'époque tertiaire nous offrent des conditions particulièrement favorables pour étudier les questions relatives à l'évolution. A cette époque, ils présentent un contraste frappant avec la plupart des autres classes du monde organique. Alors, les plantes appartiennent déjà aux genres actuels; elles subissent encore des changements d'espèces et de races; mais leurs transformations génériques sont accomplies. Les grands traits des animaux invertébrés sont également presque tous dessinés; leurs espèces varient; leurs genres, leurs familles ne varient plus guère. Les vertébrés à sang froid ont aussi traversé les principales phases de leur évolution; c'est pendant l'époque crétacée que la plupart des poissons ont perdu l'état ganoïde pour prendre l'état télostéen, et que les reptiles ont atteint leur perfectionnement.

Il n'en a pas été de même pour les mammifères; ces êtres, dont la peau est le plus souvent délicate, nue ou couverte seulement de poils, n'ont eu leur complet développement que lors de l'extinction des énormes reptiles secondaires auxquels une peau coriace et quelquefois cuirassée donnait des avantages dans la lutte pour la vie. Pendant la plus grande partie des temps tertiaires, les mammifères ont été très-différents des animaux actuels; ils étaient encore en pleine évolution. »

De là tout l'attrait de leur étude pour le paléontologiste. La découverte des vestiges enfouis dans l'écorce terrestre, nous apprend qu'une constante harmonie a présidé aux transformations du monde organique.

M. Gaudry a trouvé dans son éditeur le meilleur concours pour rendre ce livre tout à fait utile. L'illustration en est des plus remarquables.

Nous ne saurions mieux terminer cette courte analyse, qu'en reproduisant les dernières lignes de ce livre.

« Des trésors de poésie sont enfouis dans l'écorce de notre globe. Combien d'hommes qui ont soif du beau auraient de douces jouissances s'ils se mettaient à la recherche des sources mystérieuses de la vie! Combien s'en vont par des chemins où ils cueilleront des fruits insipides et quelquefois amers, qui seraient heureux en scrutant les merveilles de la nature! A ces hommes, je dirai: venez nous aider, notre science a de quoi charmer les âmes des artistes aussi bien que les âmes des philosophes. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués par leurs services en matière d'épidémies, pendant l'année 1876:

Rappel de médailles d'or à MM. les docteurs Lecadre (du Havre) et Mignot de Chantelle (Allier).

Médailles d'argent à MM. les docteurs Sorel, médecin-major au 2e bataillon de chasseurs à pied. — Allard, médecin principal militaire au camp de Châlons (Marne). — Bernard, médecin de colonisation en Algérie.

Rappel de médailles d'argent à MM. les docteurs Bouteiller (de Rouen). — Daniel (de Brest). — Manouvriez fils (de Valenciennes).

Médailles de bronze à MM. les docteurs Aron, médecin-major au 19e régiment de ligne. — Perroud (de Lyon). — Borius (A.), médecin de la marine à Brest. — Mantel (de Saint-Omer).

— Le professeur Cohneim vient d'accepter la chaire d'anatomie pathologique à l'université de Leipsig. Il est remplacé à Breslau par le docteur Ponfiek (de Göttingen).

— M. le professeur Troost commencera son cours, à la Sorbonne, le lundi, 18 mars, à une heure, et le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure. Il traitera des métaux et de la chimie inorganique.

— M. le professeur Jamin commencera son cours, à la Sorbonne, le mardi, 19 mars, à deux heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'acoustique et de l'optique.

— M. le professeur Milne-Edwards ouvrira son cours, à la Sorbonne, le mardi, 19 mars, à trois heures et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera des fonctions de reproduction, du développement et de l'organisation des principaux appareils de l'économie dans l'ensemble du règne animal.

— Le banquet de la Société médicale des bureaux de bienfaisance aura lieu le mardi 26 mars, à sept heures du soir, dans les salons de Véfour, rue Beaujolais, 17 (Palais-Royal) sous la présidence de M. le docteur Baudouin.

Les médecins titulaires et adjoints des bureaux de bienfaisance de Paris sont invités à y assister.

Le prix de la cotisation est de 15 francs. On souscrit jusqu'au 22 de ce mois chez MM. Baudouin, 54, faubourg Poissonnière; Bonnefoy, 28 bis, boulevard Mazas; Courtaux, 74, rue d'Amsterdam; H. Labarraque, 35, boulevard de Strasbourg; Le Coin, 15, rue Guénégaud; Passant, 39, rue de Grenelle; Paul Richard, 104, rue de Rivoli.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 33. — MARDI 19 MARS 1878. 51e ANNÉE. MARDI 19 MARS 1878. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

—

Traitement de la bronchite chronique chez les enfants.

Les dernières leçons cliniques ont eu pour objet le traitement de la pneumonie franche et de la pneumonie catarrhale. Je vous ai promis de continuer ces études thérapeutiques par celle du traitement de la bronchite, et cela me sera d'autant plus facile, que vous avez sous les yeux, dans ma salle, différentes variétés importantes de cette maladie. Ici, comme partout en médecine, la diathèse joue un rôle considérable, et elle domine le traitement. C'est elle qui fournit la principale indication. Hors d'elle, il n'y a qu'empirisme et iatro-mécanisme. Soyons médecins, c'est-à-dire des hommes sachant utiliser toutes les connaissances dont l'ensemble forme la base de la véritable science médicale.

Les indications thérapeutiques de la bronchite chronique chez les enfants, dépendent : 1° de la nature et de la diathèse du sujet; 2° de l'état de réplétion des bronches ; 3° de l'abondance des sécrétions de la muqueuse bronchique; 4° de la tonicité ou contractilité organique des bronches capillaires; 5° des conséquences de la bronchite chronique sur l'état des poumons.

1° *Indications tirées de la nature du mal et de la diathèse des malades.* — Dans la bronchite chronique des enfants, si l'on ne tient pas compte de l'état diathésique, on ne peut pas faire de thérapeutique rationnelle et qui soit efficace.

Trois diathèses accompagnent la bronchite chronique : la diathèse herpétique, la diathèse scrofuleuse et la diathèse rachitique.

Bronchite herpétique. — Chez les enfants ayant eu ou ayant du lichen et de l'eczéma et du prurigo lorsque existe une bronchite persistante, la guérison est longue à se produire, et elle s'obtient par les sulfureux, les préparations arsenicales, les résineux et les huiles essentielles,

On peut donner l'*électuaire de soufre :*

Miel blanc.	60 grammes.
Fleurs de soufre. . .	5 —

une cuillerée à café matin et soir.

Ou bien : les *pastilles de soufre*, huit à dix par jour; le *sirop sulfureux*, une à deux cuillerées par jour; l'*eau d'Enghien*, un verre; l'eau de Cauterets, l'eau de Luchon, l'eau de Saint-Honoré, l'eau Bonnes, l'eau de Belleville, etc., à la même dose. Ces eaux se prennent froides, à l'état de pureté ou additionnées d'un peu de lait tiède.

Les *préparations arsenicales* sont : le *sirop d'arséniate de soude*, dont j'ai donné la formule il y a douze ans :

Sirop simple. . . .	300 grammes
Arséniate de soude. .	10 centigr.

F. dissoudre.

une grande cuillerée tous les matins à jeun.

Ou bien : les *granules d'arséniate de soude*, à 1 milligramme, dix par jour, et enfin la liqueur de Fowler ou de Pearson, et les eaux minérales du Mont-Dore.

Les *résineux* et les *baumes* que j'emploie sont le copahu en émulsion, à la dose de 2 grammes pour 20 de teinture de saponaire et 60 grammes de sirop de menthe; l'émulsion de baume de tolu ou de goudron végétal; le sirop de goudron, deux à quatre cuillerées par jour; l'eau de goudron, et enfin l'élatine, deux cuillerées par jour.

Bronchite scrofuleuse. — Si la bronchite se rattache à la diathèse scrofuleuse, il faut donner l'huile de foie de morue pure, deux cuillerées par jour, ou associée au sirop de quinquina et à l'élixir de Garus.

Huile de foie de morue.	150 grammes
Sirop de quinquina. . .	50 —
Élixir de Garus.	50 —

Mêlez.

Vous prescrirez également l'iodure de potassium dans le sirop d'écorce d'oranges à la dose de 1 gramme par jour; le sirop d'iodure d'amidon, le sirop de feuilles de noyer.

Bronchite rachitique.—Chez tous les enfants atteints d'ostéomalacie et de rachitisme, il y a ce que l'on appelle la *poitrine grasse*, c'est-à-dire une bronchite chronique permanente accompagnée de toux et de râles muqueux disséminés dans les deux poumons. Ces enfants perdent beaucoup de phosphate de chaux par les urines et ils ont une véritable *inanition phosphatique*. Leurs os se ramollissent, se courbent, et les muqueuses sont sujets à des flux abondants et répétés.

Dans cette forme de bronchite, il faut donner l'huile de foie de morue brune une ou deux fois par jour, à moins de diarrhée; du lait et du beurre salés; du sirop de bourgeons de sapins ou du sirop d'eucalyptus; des potions avec le sirop de Tolu et le chlorure de sodium, 1 gramme par jour. Enfin, la poudre de phosphate de chaux, 50 centigrammes dans du sirop de limon; ou bien le sirop de phosphate de chaux géla-

tineux, mille fois supérieur à tous les sirops de lacto-phosphate inventés par la spéculation. Ces sirops sont trop acides, tandis que le phosphate de chaux gélatineux ne l'est pas.

Chez ces enfants, toute l'alimentation doit être fortement salée.

2° *Indication tirée de l'état de réplétion des bronches.* — Quelle que soit la nature de la bronchite, il y a des cas où la sécrétion des bronches est si abondante, qu'il en résulte une gêne considérable de la respiration et de l'hématose. Cette gêne peut même occasionner l'anoxémie et l'*anesthésie lucide.* Alors, l'émétique et l'ipécacuanha comme vomitifs sont indispensables à faire prendre aux enfants. Je donne alors :

Sirop d'ipécacuanha. . . . . 15 grammes
Poudre d'ipécacuanha. . . 15 à 30 centigr.

Ou bien :

Eau sucrée. . . . . 80 grammes
Émétique. . . . . 2 à 5 centigr.

Faites dissoudre.
à prendre en une fois.

3° *Indication tirée de l'abondance des sécrétions bronchiques.* — Quand la sécrétion est très-abondante, avec ou sans fétidité, et se reproduit très-vite, de sorte que l'embarras des bronches est énorme, il faut essayer de tarir le flux muqueux. On y arrive avec l'eau-de-vie camphrée, 1 gramme dans une potion gommeuse additionnée de 15 grammes de cognac; avec l'acide phénique, 1 à 2 grammes dans une potion gommeuse, mais mieux avec l'*acide thymique.* Je donne alors :

Acide thymique. . . . . . . 2 à 6 gouttes
Élixir Garus. . . . . 20 grammes.

Mêlez et ajoutez à :

Potion gommeuse. . . . . . 100 —

à prendre tous les jours, dans les vingt-quatre heures, pendant un mois.

Je donne aussi :

L'émulsion de baume de Tolu, l'émulsion de goudron; l'élatine; l'émulsion de copahu, d'après ma formule; le sirop de sève de pin maritime; le sirop d'eucalyptus globulus, etc., qui réussissent souvent à diminuer la sécrétion du mucus bronchique.

4° *Indication tirée du défaut de la contractilité des bronches capillaires.* — La réplétion des canaux bronchiques dépend quelquefois autant de l'atonie des bronches et de leur défaut de contractilité que de l'hypersécrétion muqueuse. C'est une circonstance dont le médecin doit tenir compte, et c'est ce qui explique, dans ces cas, les succès de la médication tonique et stimulante.

La nourriture azotée, même malgré la fièvre consomptive et les alcooliques, rendent ici de très-grands services. Il faut donner aux enfants de la purée de viande crue, ou des viandes noires peu cuites, sans se soucier des craintes de tœnia qu'on a inconsidérément fait naître dans l'esprit du public. En choisissant des animaux de bonne qualité qui n'aient pas de ladrerie, on n'a rien à craindre. Avec cela, des bouillons gras, du suc de viande cuite à sec dans un vase clos, du pain avec du beurre et du sel.

Comme boisson, à la place de vin, il faut prescrire du grog à l'eau-de-vie, au xérès, au sherry, au madère, etc.

Enfin, comme médicament, l'huile de foie de morue, les hydro-carbures et des essences oxygénées à la dose de quelques gouttes en dissolution dans de l'alcool et ajoutées à de l'eau sucrée ou du vin. La créosote, dont on a tant parlé il y vingt ans et qu'on remet en usage aujourd'hui, est un produit de cet ordre. Elle est est bonne, mais ne vaut pas mieux que l'acide thymique ou une autre essence parfumée. Elle sent très-mauvais et a un goût des plus désagréables. L'essence de thym, de romarin, de serpolet, l'essence de petits grains, l'essence de santal, etc., avec leur parfum supportable; l'essence de térébenthine, l'essence d'ail qui infectent, l'acide phénique, ont les mêmes propriétés thérapeutiques.

Aux essences, il faut ajouter le baume styrax, le baume de Pérou, le baume de benjoin, dissous dans l'alcool et mis par gouttes dans de l'eau sucrée pour faire des émulsions. Ces préparations, agréables à prendre par les malades, jouissent d'une grande efficacité, pour ranimer la contractilité bronchique et améliorer la situation des enfants atteints de bronchite chronique.

5° *Indications tirées de l'effet des bronchites chroniques sur l'état des poumons et des ganglions bronchiques.* — Par suite de la bronchite chronique et comme conséquence, il se fait chez les enfants de l'emphysème du tissu cellulaire sous-cutané, de l'emphysème pulmonaire, des adénopathies bronchiques et de l'asthme.

L'emphysème pulmonaire et l'asthme peuvent disparaître s'ils ne sont pas très-intenses; mais, chez quelques enfants, la lésion est irrémédiable, et dès le jeune âge, s'établit un asthme pulmonaire qui durera toute la vie.

Dans ces conditions, pour prévenir et pour guérir, tant que les enfants toussent, je fais appliquer tous les deux jours de la teinture d'iode sur la poitrine, ou des vésicatoires volants deux fois par mois. Puis, je prescris les bains d'étuve humide à 35 degrés pendant une heure tous les jours; les séances de vaporarium humide balsamique et résineux à la térébenthine et à l'acide thymique ou phénique; le séjour des pays chauds pour l'hiver, ou des montagnes de Suisse, à 2,000 mètres, pour l'été; l'usage des eaux du Mont-Dore à la source, les bains d'air comprimé.

Tous ces moyens viennent se joindre à ceux que j'ai indiqués à propos de l'hypersécrétion bronchique.

Reste donc l'adénopathie bronchique qui, selon ses degrés, comprime plus ou moins les bronches ou les pneumogastriques, et qui se lie à une forme spéciale de l'asthme infantile.

Ici, ce sont les mêmes moyens généraux, mais pour amener la résolution des glandes bronchiques hypertrophiées et pour empêcher leur transformation caséeuse ou tuberculeuse, il faut, de temps à autre, mettre de la teinture d'iode ou de l'huile de croton dans l'espace interscapulaire. A l'intérieur, on devra, en même temps, prescrire 1 gramme d'iodure de potassium dans du sirop simple ou dans du sirop d'écorce d'oranges amères.

Tels sont les moyens que j'emploie contre la bronchite chronique chez les enfants. Il me reste à présent à vous exposer le traitement de la phthisie caséeuse et tuberculeuse : ce sera l'objet de la prochaine leçon.

HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

Des rétentions d'urine incomplètes.

Je comprends sous le nom de rétention d'urine incomplète cet état décrit aussi sous le nom de stagnation, et dans lequel la vessie se vide incomplétement, bien que la miction volontaire paraisse se produire librement.

Ces rétentions incomplètes se présentent sous deux formes différentes importantes à spécifier au point de vue du diagnostic : la première s'accompagne de la distension de la vessie;

dans la seconde, cette distension n'existe pas. Dans la première de ces formes, le diagnostic est presque toujours facile, parce que le ballon vésical fait dans le ventre une saillie très-appréciable à la palpation. Dans quelques cas, cependant, il y a des déviations de la vessie telles, que malgré sa distension, elle ne vient plus faire saillie au-dessus de la symphise des pubis. C'est ainsi que, dernièrement, vous avez pu voir dans le service un malade dont la vessie pouvait occuper à volonté les deux côtés de la ligne médiane.

On est quelquefois aussi tellement détourné du but par les malades eux-mêmes, qu'on ne pense pas à explorer le ventre. Souvent, en effet, ceux-ci disent qu'ils urinent bien et ne se plaignent nullement de leur vessie. Ils n'en souffrent pas, et ce n'est que bien longtemps après le début de leur maladie, et seulement alors qu'ils ont de l'incontinence d'urine, qu'ils commencent à se plaindre. Jusque-là, ils présentent de la soif, de la perte de l'appétit; ils ne mangent plus de pain ni de viande, parce qu'ils ont de la sécheresse de la bouche; ils ont de la constipation; leurs digestions sont pénibles; en même temps, il y a peu ou même absence complète de fièvre, mais la santé générale décline peu à peu.

Lorsqu'un malade qui a dépassé la cinquantaine consulte le médecin en énumérant ces différents symptômes, ce n'est pas l'estomac ni le tube digestif qui doit être soupçonné, c'est la vessie qu'il faut toujours examiner. On la trouve alors distendue, bien que le malade paraisse uriner librement; de plus, les urines que le patient trouve toujours très-belles à son point de vue, sont presque incolores et de très-faible densité, ce qui tient à ce que les sujets ainsi atteints sont presque tous polyuriques.

Il y a donc, dans ces cas, plus de phénomènes généraux que de phénomènes locaux.

Dans les faits de la seconde catégorie, ceux de rétention incomplète, sans distension de la vessie, il y a, au contraire, plus de phénomènes locaux que de généraux. Les malades ont bien aussi des troubles digestifs, mais ils se plaignent surtout de la vessie, parce qu'ils urinent plus difficilement. Ils sont obligés de faire des efforts, souffrent, et ont des urines troublées qui, quelquefois, contiennent un peu de sang. Mais le symptôme prédominant est la fréquence des mictions qui se produisent aussi souvent le jour que la nuit et à des intervalles presque réguliers, toutes les heures, par exemple. Ces maladies ont donc un certain degré de cystite permanent, contrairement aux premières, qui ne présentent aucun symptôme d'inflammation vésicale.

Dans ces cas, l'attention une fois attirée du côté de la vessie, la palpation du ventre et même la percussion ne suffiraient pas pour faire le diagnostic, car le globe vésical, plongeant complétement dans l'excavation, échapperait à cette exploration; c'est le toucher rectal, combiné avec la palpation, pour maintenir l'organe pendant que le doigt constate son état de plénitude qui permet d'assurer le diagnostic, lequel doit être complété d'ailleurs par le cathétérisme. Mais pour que celui-ci soit réellement explorateur, il faut qu'il soit fait après une miction volontaire, pour qu'on puisse ainsi constater quelle est la quantité d'urine qui reste dans la vessie.

C'est la prostate qui, le plus ordinairement, est la cause de ces rétentions incomplètes. Cependant, ce pourrait être aussi un rétrécissement. Civiale les considérait comme étant dus souvent à l'inertie de la vessie, à une diminution de sa contractilité assez complète pour la produire, même sans qu'il y eût obstacle mécanique au cours des urines. Pour moi, je crois, au contraire, que cet obstacle existe toujours avant la dilatation de la vessie.

Si l'on compare l'état de la vessie dans le cas d'obstacle par la prostate ou par rétrécissement, on constate que, dans le premier cas, il y a augmentation de la capacité vésicale dans les deux tiers des faits; cette augmentation est, au contraire, très-rare dans les cas de rétrécissement. Cela prouve simplement que la vessie des individus jeunes qui figurent dans la statistique des rétrécissements résiste beaucoup plus que celle des gens âgés, dont l'affection consiste presque toujours en une hypertrophie prostatique, et que, lorsque chez ces derniers survient un obstacle au cours de l'urine, la diminution de la contractilité fait que cet organe se laisse distendre facilement. Mais il faut pour cela qu'il existe un obstacle préalable. Ce qui le prouve, c'est que, chez les vieilles femmes, la vessie n'est pas plus grande que chez les jeunes. Cette étiologie est importante à établir, parce que s'il est démontré que la prostate est l'origine principale de la rétention, c'est à elle, bien plutôt qu'à la contractilité vésicale, qu'il faudra s'adresser.

En présence des cas de rétention avec distension, le traitement consiste d'abord dans l'évacuation de l'urine, mais avec certaines précautions. Cette déplétion ne doit, en effet, pas être rapide et complète du premier coup, parce qu'en agissant ainsi, on s'exposerait à produire des accidents de cystite suraiguë, qui gagnerait rapidement l'urèthre et les reins.

Au contraire, en habituant le malade, peu à peu, à un état nouveau, en faisant graduellement plusieurs cathétérismes par jour, on évite ces complications. C'est quelquefois au bout d'un an seulement qu'on permettra au malade de se sonder complétement trois ou quatre fois dans la journée. Il ne faut guère compter, en effet, dans des cas semblables, que la vessie reprenne sa contractilité et puisse se vider complétement d'elle-même. Mais sous l'influence des cathétérismes répétés, on voit l'état général s'améliorer rapidement et la dyspepsie disparaître.

Dans les cas où il n'y a pas de distension de la vessie, on peut aller plus vite dans le traitement; il suffit d'habituer les organes à subir celui-ci. Ces malades n'ont besoin d'ailleurs de se sonder qu'une ou deux fois par jour, puisqu'ils peuvent uriner librement dans l'intervalle, bien qu'incomplétement, il est vrai.

Cette deuxième forme de rétention est, du reste, beaucoup moins grave que la première, parce que les accidents d'inflammation aiguë y sont beaucoup moins à craindre, et aussi parce que les malades qui en sont atteints, souffrant davantage de la vessie, se font traiter beaucoup plus tôt que les autres.

L'électricité a été souvent appliquée à ces vessies qui ont perdu leur contractilité. Mais je ne n'ai jamais vu réussir cette médication; je la considère, en outre, comme très-dangereuse quand on fait pénétrer le courant dans la vessie même Il en est de même des injections stimulantes, et aussi des injections froides. J'ai vu, au contraire, après un cathétérisme longtemps répété et fait d'après les principes que je viens de vous indiquer, des malades récupérer complétement la contractilité de leur vessie, sans avoir présenté le moindre accident inflammatoire.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

—

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

III. En outre, la forme de l'anévrysme a une grande influence sur sa curabilité. Les tumeurs qui communiquent avec l'artère par un orifice défini duquel le sac se détache comme un bourgeon, sont bien plus aptes à être guéris par la compression graduelle ou partielle; par la flexion, il est fort possible d'obtenir l'oblitération de l'orifice par le déplacement d'un caillot, résultat qui amène une guérison rapide, et je crois que la flexion peut réussir dans toutes les formes d'anévrysmes en déplaçant le caillot. La quantité de caillots existant dans le sac, au moment où l'on voit le malade pour la première fois, est aussi un indice précieux de l'efficacité probable des méthodes de douceur.

IV. Une autre considération pratique de la plus haute importance, est la marche de la maladie pendant le temps qu'elle est soumise à l'observation du chirurgien. La rapidité de cette marche dépend en partie, sans aucun doute, des particularités auxquelles je viens de faire allusion, c'est-à-dire de la composition du sac, de la position de la tumeur et de la forme de l'orifice; mais également d'un grand nombre de circonstances qu'il n'est pas possible de préciser, telles que la cause déterminante réelle de l'anévrysme, la structure anatomique intime de la tumeur, le genre de vie du malade et toutes ces particularités individuelles que l'on désigne sous le nom vague de *constitution*, particularités que dans l'état actuel de notre art, il n'est pas possible de prévoir, ni même souvent d'expliquer, mais qui exercent une influence si réelle et si importante sur la marche de chaque cas, que des tumeurs en apparence identiques se conduisent d'une manière différente sous l'influence du traitement chez les malades différents; bien plus même, sur un même sujet ayant deux anévrysmes, l'un de la fémorale, l'autre de la poplitée, dus peut-être à la même cause et ne présentant que des différences imperceptibles dans leurs caractères physiques, l'un a pu se guérir facilement pendant que pour l'autre le traitement a dû se continuer fort longtemps et n'avoir pas abouti. Les seules raisons concevables à l'aide desquelles on puisse expliquer ces différences, sont ou bien des différences dans la structure ou les orifices des anévrysmes échappant à l'examen chirurgical, ou bien des différences constitutionnelles tenant à la durée de l'affection, à la durée de l'alitement ou aux longues souffrances, Quoi qu'il en soit, il faut bien reconnaître que les anévrysmes poplités présentent des allures très-diverses. On a rapporté des cas dans lesquels un repos de quelques jours avait suffi à produire une guérison complète et définitive, et dans des cas semblables un jour ou deux d'observation suffisent, à un chirurgien judicieux, pour se convaincre que le seul traitement nécessaire ne peut consister que dans les moyens les plus doux. Dans d'autres, au contraire, une observation de même durée lui fait reconnaître qu'il doit agir immédiatement et énergiquement s'il veut éviter des accidents sérieux, pouvant même être mortels. On cite plusieurs exemples de guérison spontanée (comme on l'appelle), c'est-à-dire de guérison par le repos. Nous en avons un dans notre table d'hôpital. M. Luke en a publié, il y a longtemps, un cas bien connu. M. Joliffe Tufnell (*Brit. Med. Journ.*, vol. II, 1873, p. 761), a rapporté l'observation d'un anévrysme qui disparut après douze heures de repos. Dans l'une de mes propres observations de guérison par la flexion, j'incline fortement à croire que le malade eût pu guérir spontanément.

V. Ces anévrysmes peuvent encore présenter une différence importante dans la pratique, à savoir: la présence ou l'absence d'autres affections, parmi lesquelles les maladies du cœur, l'athérome ou l'ossification perceptible de l'artère affectée ou de toute autre artère, les maladies du rein sont celles qui se présentent tout d'abord à l'esprit du chirurgien.

On peut dans le plus grand nombre des anévrysmes poplités se faire sur ces différents points une idée suffisamment exacte. Lorsque, comme dans la préparation de Hunter (1703) l'artère passe à la partie postérieure de l'anévrysme, on peut la distinguer (à moins qu'une épaisse couche de graisse ou un œdème considérable n'empêche l'examen de la face postérieure de la tumeur) à une ligne de pulsations qui se distinguent du soulèvement général de la tumeur et qu'il est surtout facile de reconnaître après la compression momentanée de la fémorale, quand le sang se précipite à nouveau dans le vaisseau. La disposition la plus ordinaire dans laquelle la tumeur se développe plus ou moins en arrière, peut être reconnue à l'absence des symptômes dont je viens de parler, à la présence d'un œdème considérable et au développement d'une douleur précoce le long du trajet du nerf. Il est possible cependant que la tumeur enveloppe l'artère, comme on peut le voir dans une préparation de l'hôpital Saint-Thomas.

Il est plus difficile de juger de l'état de l'orifice de la tumeur. J'ai déjà montré, en citant l'opinion d'Astley Cooper, de Ramsden, de Syme et autres, qu'il arrive fréquemment que la tumeur, naissant d'une portion quelconque d'une artère dont la paroi s'est affaiblie sous l'influence de la dégénérescence ou d'une blessure, englobe l'artère à une certaine distance, de telle sorte qu'une certaine portion d'artère saine au-dessus et au-dessous de l'orifice, est enveloppée dans le sac anévrysmal. Mais il est aussi fréquent, en considérant tous les anévrysmes ensemble, de trouver une disposition qui ressemble à la dilatation fusiforme, avec deux orifices d'entrée et de sortie faisant communiquer l'artère avec un sac plus ou moins tubulaire. Cette disposition, cependant, à en juger, je l'avoue, plutôt d'après le vague souvenir de ce que j'ai vu que par des données précises, me semble être moins ordinaire que l'autre dans les anévrysmes poplités. Elle est je crois plus commune sur les grosses artères que sur les petites et elle a moins de chances de se produire au jarret parce qu'ici l'anévrysme dépend le plus souvent d'une rupture de l'artère en un certain point, tandis que l'anévrysme tubulaire dépend d'une dégénérescence d'une portion étendue du vaisseau. Le diagnostic repose sur le caractère du bruit, sur la forme de la tumeur et sur le caractère de l'expansion.

Les phénomènes que l'on observe lorsque la tumeur a été vidée aussi complétement que possible après la compression de l'artère du côté du cœur, et que l'on laisse le sang y pénétrer de nouveau, permettent au chirurgien d'apprécier avec plus ou moins de certitude le degré de solidité du sac dans ses différentes parties, la quantité de caillots qu'il renferme et la situation de l'orifice.

Il est indispensable de s'assurer avec soin des affections concomitantes.

La première chose à faire quand on a à traiter un anévrysme poplité est donc de porter son examen avec toute

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 mars.

l'attention possible, sur ces particularités qui doivent nous guider dans le choix si important de la méthode que nous emploierons la première en commençant. Le choix entre la ligature et un procédé quelconque de compression (y compris la flexion) repose surtout sur la présence ou l'absence d'un sac épais et bien formé, doublé d'une certaine quantité de caillots, sur l'idée que se fait le chirurgien sur les rapports entre le sac et l'orifice, sur l'état aigu ou chronique des symptômes; enfin, sur la présence ou l'absence de maladie du cœur, des artères et des reins. Les cas les plus favorables au succès de la compression sont ceux dans lesquels les symptômes ne marchent pas avec une grande rapidité, dans lesquels le sac est solide et renferme déjà une certaine quantité de dépôts fibrineux et dans lesquels enfin, les caractères du bruit et de l'expansion indiquent que l'anévrysme n'est pas fusiforme. D'autre part, dans les cas où la présence de complications générales fait craindre au chirurgien de s'exposer aux risques d'une opération sérieuse, nous savons que la compression a très-souvent réussi, bien qu'on puisse citer plusieurs succès de ligature de la fémorale, chez des malades atteints d'affection du cœur ou des reins, ou ayant un autre anévrysme dans une autre région.

CLINIQUE LARYNGOSCOPIQUE. — M. Ch. Fauvel.

—

Quelques considérations sur les ulcérations tuberculeuses laryngées (1).

Les ulcérations du larynx sont non-seulement très-variables comme forme et comme siége, mais encore diffèrent les unes des autres, selon la cause qui leur donne naissance.

Depuis l'ulcération amenée par une simple laryngite catarrhale jusqu'aux ulcérations produites par la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole et par les affections constitutionnelles, c'est-à-dire la syphilis à sa période tertiaire, la scrofule à des périodes assez indéterminées et la tuberculose, on est en droit de dire que les muqueuses laryngées et trachéales peuvent être atteintes à toutes les périodes de la vie par un travail ulcératif.

Le plus souvent chacune de ces ulcérations se présente avec une forme particulière; mais que de fois aussi le diagnostic resterait incertain, si l'on n'avait soin de se rendre un compte exact de l'état général du malade, de ses habitudes, de ses antécédents, en un mot, si l'on n'employait toutes les ressources de la clinique sans lesquelles l'observateur le plus habile s'expose à des mécomptes.

Mon intention n'est pas ici de faire, dans un article de fond, le diagnostic différentiel de toutes les ulcérations laryngées, mais de jeter un simple coup d'œil sur les ulcérations produites par l'évolution des tubercules dans la muqueuse laryngée.

Il est nécessaire, auparavant, de passer en revue les divers phénomènes qui précèdent cette évolution, l'accompagnent et la suivent.

Nous ne sommes pas encore très-loin de l'époque où la tuberculose laryngée était l'objet de dénégations formelles de la part de maîtres illustres : à l'heure actuelle, je ne sache pas que qui que ce soit se refuse à reconnaître l'affection dont je parle.

Il est incontestable que bien souvent l'on éprouve une grande difficulté à saisir un lien de cause à effet, entre le développement des productions tuberculeuses dans les poumons et le larynx; mais, d'autre part, je n'ai jamais vu une autopsie pratiquée sur un malade mort de phthisie qui ne démontrât l'existence de tubercules à diverses périodes de développement dans un grand nombre d'organes, et en particulier dans le parenchyme pulmonaire. J'insisterai donc sur ce fait avant de passer en revue les diverses formes décrites dans la tuberculose du larynx : « Rien n'est plus simple que l'évolution du tubercule dans la muqueuse laryngée et cependant plusieurs auteurs se sont torturé l'esprit pour l'embrouiller à plaisir. »

Pour les uns la phthisie n'aurait sans doute pu exister si elle n'eût été vulgaire, granulée; pour les autres, si elle n'eût été *initiale, consécutive, ultime, adéno-ulcéreuse*, etc., que sais-je? Le fait exact, dégagé de toute discussion oiseuse pour le moins, c'est que la muqueuse laryngée peut être le siége de granulations tuberculeuses, que ces granulations, en se développant, viennent faire sous la muqueuse des saillies plus ou moins légères, plus ou moins rapprochées les unes des autres et se distinguant *des saillies formées par les glandes de la région.*

Ces granulations examinées au microscope, ne diffèrent en rien des nodules tuberculeux développés dans les autres organes; mais peu à peu, quand elles sont arrivées à leur période de caséification centrale, elles perdent l'épithélium qui les recouvre, et s'éliminent en laissant à l'endroit où elles étaient situées une ulcération d'autant plus large qu'un plus ou moins grand nombre de granulations sont arrivées en même temps à la terminaison décrite ci-dessus.

La granulation ne s'élimine pas tout d'un coup, mais assez lentement, et quand cette élimination est complète, on a sous les yeux une ulcération irrégulière à bords anfractueux plus ou moins épais, déchiquetés, à base grisâtre, recouverte d'une couche de pus plus ou moins abondante, ou bien encore une ulcération en forme de nappe, ou enfin à une période dernière, une véritable destruction de toute la muqueuse laryngée, laquelle est alors boursouflée. Ce boursouflement, cette augmentation de volume considérable correspondent à une période dernière de la tuberculisation.

Dans cette période, rien n'est plus difficile que de reconnaître, sur des coupes, une véritable granulation, cela se comprend, et cette difficulté n'a pas peu contribué, sans doute, à la négation des granulations, ainsi que quelques auteurs (Rühle, Empis) l'ont fait.

Lorsque les granulations primitives ont disparu par élimination, l'affection continuant son cours, de nouvelles granulations se forment dans la profondeur de la muqueuse; mais ces granulations, rapidement formées, prennent un aspect confluent, elles se pressent tellement que le tissu tout entier de la muqueuse épaissie est transformé en une masse dans laquelle le microscope ne laisse plus découvrir que des cellules rondes, dont les plus superficielles sont en voie de dégénérescence.

Je résume donc cette note en quelques mots et je dis :

1° Que dès les premières périodes de la tuberculose, les granulations isolées de la muqueuse sont faciles à démontrer;

2° Que ces mêmes granulations ne prennent un caractère confluent et ne forment, par suite, des masses que dans une période avancée;

3° Que les ulcérations ont un caractère d'autant plus variable, que l'on veut bien les examiner à la première ou la

(1) Voir le numéro du 7 février 1878.

seconde période du développement de la tuberculose laryngée.

Par cela même, nous sommes amené à conclure que les formes de phthisie laryngée, dite vulgaire, granuleuse, initiale, consécutive, ultime, adéno-ulcéreuse, etc., ne sauraient être conservées sous peine d'abdiquer tout esprit d'observation anatomo-pathologique positif.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Séance du 16 mars 1878. — Présidence de M. Luys.

COMMUNICATIONS

Spasme des muscles de la face. — M. KRISHABER à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance, par M. Onimus, sur le mal télégraphique (voir le numéro du 16 mars), rapporte un cas de crampe limitée à certains muscles de la face. Il s'agit d'un homme de quarante ans qui, par suite de cette affection, éprouve les plus grandes difficultés pour manger et pour parler. Dès qu'il se propose seulement d'ouvrir la bouche, il est pris d'une contraction spasmodique de certains muscles de la face et du cou qui dure pendant tout le temps que la bouche est ouverte et cesse aussitôt qu'elle est fermée ; cette contraction est bilatérale, c'est-à-dire qu'elle se produit sur les muscles des deux côtés de la face ; mais, M. Krishaber croit avoir remarqué une certaine prédominance du côté droit. Les muscles zygomatiques, l'orbiculaire, des paupières, les muscles du nez, en un mot, tous les muscles de la partie supérieure de la face restent immobiles, tandis que toute la partie inférieure est affreusement grimacée. La ligne de démarcation est marquée par la bouche elle-même. Les muscles de la langue, du plancher de la bouche, du voile du palais sont indemnes. La malade peut à peine se nourrir et est condamné à un silence absolu. M. Krishaber n'a pas eu l'occasion de le revoir et ne peut donner aucun renseignement sur les suites de cette étrange affection.

Des cellules géantes. — M. CORNIL a eu l'occasion, récemment, d'examiner un péricarde tuberculeux et il a pu sur cette pièce, vérifier de nouveau l'opinion qu'il a plusieurs fois émise sur l'origine des cellules géantes. Pour se rendre un compte exact du mode de formation de ces cellules, c'est au début qu'il faut voir ce qu'il en est. Etant donnée, par exemple la partie fibreuse du péritoine et sa couche superficielle, on voit en un point une sorte d'élevure au centre de laquelle on aperçoit un vaisseau ; dans ce vaisseau se trouve de la fibrine coagulée ; autour se voient des cellules lymphatiques en grand nombre. Tandis que dans l'intérieur de ce vaisseau il se fait une coagulation fibrineuse, autour s'établit un travail inflammatoire qui détruit jusqu'aux parois elles-mêmes du vaisseau. C'est ainsi que se forment ce que l'on appelle les cellules géantes et le processus est toujours le même dans la tuberculose.

M. MALASSEZ regrette de n'être pas d'accord avec M. Cornil, son ancien maître, mais il croit que les oblitérations vasculaires et les cellules géantes sont deux choses différentes qui doivent être distinguées. En effet, s'il s'agit d'une coagulation fibrineuse intra-vasculaire, on voit sur une coupe une ou deux coagulations ; si au contraire, il s'agit de cellules géantes, on en voit un très-grand nombre. Or, avec l'hypothèse de M. Cornil, comment pourrait-on admettre l'existence d'un aussi grand nombre de vaisseaux? mais ce n'est pas seulement par le nombre que ces deux choses diffèrent, c'est aussi par le volume ; les cellules géantes, en effet, présentent un volume considérable par rapport aux vaisseaux. Les cellules géantes, suivant M. Malassez, sont donc des éléments particuliers, présentant en un grand nombre de leurs points des globules rouges et pouvant, dans le tubercule, être considérées comme des cellules vaso-formatives.

M. DUMONTPALLIER dit que les cliniciens se trouvent souvent en présence de pleurésies avec fausses membranes, sur lesquelles on aperçoit des petites saillies souvent très-difficiles à distinguer du tubercule ; il demande si les histologistes peuvent faire cette distinction.

M. CORNIL répond à M. Malassez qu'en ce qui concerne le nombre souvent considérable de ces éléments, il l'explique de la façon suivante : il pense que le vaisseau primitif a considérablement augmenté le volume ; on sait, en effet, que la congestion précédant le tubercule est souvent très-intense ; or, dans ce vaisseau largement distendu, il peut se former une ou plusieurs coagulations. Quant aux cellules vaso-formatives, M. Cornil en admet parfaitement l'existence dans le tubercule, mais il les regarde comme des éléments indépendants des coagulations dont il vient de parler.

M. MALASSEZ présente à M. Cornil une nouvelle objection, tirée de la structure même des cellules géantes qui sont des éléments organisés.

M. CORNIL ne nie pas que les éléments dont il a parlé soient des éléments vivants.

Il répond ensuite à M. Dumontpallier, relativement à la nature du tubercule. Il est très-difficile, dans l'état actuel de la science, de dire au juste ce qu'est le tubercule. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la conception du tubercule comme un petit grain est aujourd'hui réduite à néant. L'idée générale du tubercule doit être basée sur autre chose que sur la conception de petites tumeurs.

De l'endosmose des gaz à travers les poumons. — M. GRÉHANT a fait une série d'expériences sur l'endosmose des gaz à travers les poumons séparés de l'animal ; il a vu qu'il y avait dans ce phénomène deux phases distinctes : une première phase dans laquelle les poumons se gonflent au point de venir toucher les parois de la cloche dans laquelle ils sont contenus et où le manomètre marque une notable augmentation de pression, puis une seconde phase dans laquelle le poumon revient à son volume primitif et la pression diminue. M. Gréhant a voulu voir si les mêmes phénomènes se produiraient chez l'animal vivant ; voici comment il s'y est pris pour mettre un chien dans les conditions favorables à l'endosmose : il a pratiqué chez un de ces animaux une fistule thoracique, permettant de mettre son poumon en rapport avec une cloche contenant de l'oxygène ; ce chien était en outre muni d'une muselière disposée de telle façon qu'il respirait dans une cloche contenant un mélange d'oxygène et d'hydrogène ; après avoir laissé ce chien faire plusieurs inspirations dans cette cloche, M. Gréhant examina le contenu de la première cloche en rapport avec la fistule thoracique de l'animal ; il ne trouva que quelques traces d'hydrogène ; une très-petite partie de l'hydrogène a traversé les parois pulmonaires pour se rendre au dehors. Il en conclut que si l'endosmose des gaz à travers les poumons détachés de l'animal se fait avec une grande intensité, ce phénomène chez l'animal vivant est très-peu marqué.

De la présence de la leucine dans le suc gastrique. — M. CHARLES RICHET, continuant ses recherches sur le suc gastrique, a découvert qu'il y existe une certaine quantité de leucine et de tyrosine qui peuvent masquer les réactions de l'acide chlorhydrique.

De l'emploi des aimants et de l'électricité statique dans l'anesthésie hystérique. — M. ROMAIN VIGOUROUX rend compte d'expériences faites à la Salpêtrière sur l'invitation de M. le professeur Charcot. En voici les résultats principaux : un barreau d'acier aimanté maintenu à une distance de plusieurs millimètres d'une partie anesthésiée y ramène la sensibilité après un temps qui dépasse rarement dix minutes. Il est indifférent de présenter à la fois les deux pôles de l'aimant ou un pôle seul, n'importe lequel.

Comme contre épreuve on approche le barreau par sa partie moyenne et l'on n'obtient rien.

On a constaté cette action aussi bien pour l'anesthésie cutanée que pour celle des organes des sens.

Les effets observés ont la plus grande analogie avec ceux des applications métalliques de M. Burq (augmentation de la force musculaire, anesthésie de retour, etc.).

Il semble probable que les aimants qui ont joui d'une grande vogue au siècle dernier, doivent être réintégrés dans la thérapeutique sauf à en préciser les indications.

M. Romain Vigouroux rapporte ensuite deux expériences faites sur les mêmes malades au moyen de l'électricité statique. Il s'est servi de la machine diélectrique de *Carré*. Les malades ayant été placées sur le tabouret isolant, on a vu, sous l'influence de décharges modérées, la sensibilité revenir et se généraliser avec une rapidité qu'aucun autre moyen n'a donnée jusqu'à présent. Ce qui confirmerait le rôle attribué par M. Vigouroux à la *tension électrique* dans les phénomènes déterminés chez les hystériques par les métaux, les courants continus, etc. (voir *Gazette des hôpitaux* du 17 novembre 1877).

Ces expériences seront continuées.

La séance est levée.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

CINQUIÈME LISTE.

Listes précédentes	2,427 fr.	»
MM. les docteurs A. Marfan (de Castelnaudary)	5	»
— Victor Bardy (de Belfort)	5	»
— Machelard	10	»
— Lespiau, méd.-major en retraite	5	»
— Roché (de Toucy)	5	»
— Gingeot	20	»
— Boireau (à titre d'ancien condisciple chez Magendie)	10	»
— Pillaud (de Sainte-Hermine)	4	50
Par la Société de Biologie :		
M. le ministre de l'instruction publique	1,000	»
MM. les docteurs Henri Guéneau de Mussy	100	»
— Cyon	100	»
— Onimus	20	»
— Édouard Grimaux	20	»
— Ollivier	20	»
— Hallopeau	30	»
— Poncet de Cluny	26	»
M. les professeurs Ball	100	»
— Sappey	40	»
Société de chirurgie de Paris	300	»
Société de médecine et de climatologie de Nice	100	»
École de médecine d'Angers	200	»
Société de médecine de Strasbourg	100	»
MM. les docteurs Gratiot (Alphonse)	10	»
— Duguet	20	»
— Trasbot	20	»
— Charles Richet	40	»
Total	4,736 fr.	50

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 19 février, ont été nommés :

1° *Médecins-majors de deuxième classe* : MM. Gorsse, Fritz, Forgues, Duprey, Castaing, Mulot et Rivet.

2° *Pharmacien-major de deuxième classe* : M. Bernard.

— *Cours de pathologie médicale.* — M. le professeur Peter commencera ce cours le mardi 19 mars 1878, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (grand amphithéâtre).

— *Cours de pathologie expérimentale et comparée.* — M. le professeur Vulpian commencera ce cours le mardi 19 mars 1878, à deux heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (grand amphithéâtre).

— *Cours d'hygiène.* — M. le professeur Bouchardat commencera ce cours le mardi 19 mars 1878, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (grand amphithéâtre).

— *Cours d'accouchements.* — M. le docteur Charpentier, agrégé suppléant M. le professeur Pajot, commencera ce cours le mardi 19 mars 1878, à midi, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (grand amphithéâtre).

— *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. le professeur Guyon commencera ce cours le mercredi 20 mars 1878, à trois heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure (grand amphithéâtre).

— *Cours d'histoire naturelle médicale.* — M. le professeur Baillon commencera ce cours le mercredi 20 mars 1878, à onze heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure (grand amphithéâtre).

— M. le professeur Wurtz commencera son cours à la Sorbonne, le mercredi 20 mars à une heure trois quarts et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera d'une manière spéciale de la série aromatique, des alcools et des acides organiques, Il exposera ensuite quelques notions de philosophie chimique.

— M. le professeur Duchartre ouvrira son cours à la Sorbonne, le mercredi 20 mars, à midi et quart et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

Il traitera de la méthode naturelle et des principales familles des plantes.

— M. le professeur Hébert ouvrira son cours à la Sorbonne, le mercredi 20 mars à trois heures et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il continuera d'exposer les caractères des périodes géologiques.

— M. le professeur de Lacaze-Duthiers ouvrira son cours, à la Sorbonne, le jeudi 21 mars et le continuera les lundis et jeudis suivants à midi. — Il traitera de l'histoire des vertébrés.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ce n'est qu'hier seulement, à un mois de distance, jour pour jour, que M. Léon Le Fort a pu terminer son argumentation sur la question de la désarticulation de la hanche, ou plutôt, pour rester dans les termes actuels de la discussion, sur la valeur des divers modes de pansements. On se souvient que, dans la première partie de son argumentation, M. Léon Le Fort avait déjà abordé ce point capital de la discussion : quelle est la valeur des divers pansements en usage dans la chirurgie contemporaine? Ce sont surtout les méthodes de Lister et de M. Alph. Guérin, et la théorie sur laquelle elles sont fondées qui avaient fait l'objet de son examen; et de cet examen et de l'étude du fond de la question, il était arrivé à cette conclusion : « Je crois à l'intériorité du principe de l'infection purulente chez certains malades, c'est pour cela que je repousse l'extension à la chirurgie de la théorie des germes qui proclame l'extériorité constante de ce principe. » C'est cette thèse qu'il s'agissait de soutenir. Tel est l'objet de la deuxième partie de cette argumentation.

M. L. Le Fort s'est proposé, en effet, dans ce deuxième discours, de montrer que si la théorie des germes, défendue par M. Pasteur, est applicable à certaines formes de septicémie, en particulier à l'infection putride, elle ne saurait l'être à l'infection purulente. C'est surtout en se fondant sur des considérations d'observation clinique et de pathologie générale, analogues à celles que M. Chauffard avait déjà fait valoir en faveur de la doctrine de l'origine spontanée et spécifique de certaines maladies, à l'occasion de la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde; c'est par l'analyse des conditions organiques, si multiples et si variées, de l'état du système nerveux et des circonstances morales au milieu desquelles est survenue cette grande modification du traumatisme chirurgical, que M. Le Fort a combattu la doctrine de l'extériorité qui a été le point de départ et le fondement des nouvelles méthodes de pansement. Ce n'est pas que ces méthodes de traitement n'aient à ses yeux une valeur pratique, qu'il ne conteste pas, mais c'est à d'autres conditions qu'à la préservation des germes extérieurs qu'il en rapporte le bénéfice. C'est surtout à l'ensemble du régime diététique, à l'usage des toniques, à la réunion immédiate et aux procédés qui s'en rapprochent le plus, surtout aux minutieuses précautions prises, soit pour éviter l'encombrement, soit pour se mettre à l'abri de la contagion, qu'il attribue les améliorations réelles et sérieuses des résultats généraux des opérations de nos jours.

L'argumentation de M. L. Le Fort est trop importante pour que nous puissions la résumer ici en quelques lignes. Nous renvoyons au compte rendu, mais non sans nous réserver expressément d'y revenir quant il s'agira d'apprécier la discussion dans son ensemble.

On trouvera, dans le compte rendu de la séance, une communication très-intéressante de M. Pasteur, relative à des expériences d'inoculation du charbon aux poules, et aux conditions susceptibles de faciliter ou d'empêcher cette inoculation. On y trouvera aussi les conclusions d'une étude clinique faite en commun par MM. J. Regnault et Hayem, sur le ferrocyanure de potassium. Dr BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les signes physiques des folies raisonnantes (1).

III

4° *Des accidents congestifs.* — La pathologie mentale est très-fertile en étonnements, en surprises, selon que l'affection est transmise ou acquise. Nous savons, par exemple, que chez les héréditaires, la paralysie générale suit une marche anormale; que les rémissions ont souvent une durée insolite, que le retour à l'intelligence et à l'activité paraît complet, absolu; que la durée totale de la maladie peut dépasser de beaucoup les limites ordinaires; que le délire revêt au besoin la forme raisonnante; que beaucoup de phénomènes paraissent bizarres, sont inattendus, déroutent toutes les prévisions de la science et donnent lieu à un certain nombre d'erreurs de diagnostic, Les raisonnants, eux aussi, qui, ainsi que je l'ai déjà rappelé, sont nécessairement des héréditaires, peuvent présenter, à toutes les périodes de leur vie, des accidents congestifs, avec ou sans attaques épileptiformes, avec ou sans hémiplégie. Or, lorsqu'ils se produisent, ces accidents en imposent beaucoup, provoquent en général des pronostics très-sombres, qui ne se vérifient pas toujours, et finissent par amener de fâcheuses divergences d'opinions parmi les médecins et de disgracieux quolibets à l'égard de notre degré de compétence et de l'utilité douteuse

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 mars.

de notre intervention dans les questions de l'ordre médico-judiciaire.

Expliquons-nous un instant là-dessus. Lorsque l'on nous oppose l'un à l'autre dans un procès et que l'on exploite contre la médecine aliéniste un désaccord flagrant, ce désaccord, beaucoup plus apparent que réel, ne peut tenir qu'à deux causes : à une erreur toute bénévole de pronostic de notre part ou à un écart plus ou moins considérable dans les dates des diverses pièces médicales invoquées.

Que l'on sache bien ceci, c'est que le public est indulgent pour une erreur de diagnostic, mais qu'il est impitoyable pour une faute de pronostic. Si vous avez promis à un malade sa guérison pour un jour déterminé, il faut de toute nécessité que le rétablissement soit effectué à l'heure dite; sinon, vous perdez sa confiance et celle de son entourage. Si vous avez annoncé que tel congestif ira toujours en s'aggravant et qu'il est absolument incurable, qu'arrivera-t-il si ce congestif se répare, s'il reprend de la force, s'il n'a plus d'embarras de la parole, de tremblement des membres et de sensiblerie? Il arrivera que vous vous serez cliniquement discrédité, pour avoir voulu prédire l'avenir quand personne ne vous en priait. On vous a demandé, en effet, une opinion sur un accident passé ou sur un état actuel, et, par excès de zèle ou de fanfaronade, le médecin a ajouté une conclusion supplémentaire sur l'avenir. Or, cette conclusion est inopportune et imprudente. Je n'ignore pas que la réalisation à point d'une prophétie clinique fait un certain honneur à notre perspicacité, mais pour une satisfaction qu'un heureux hasard accordera à notre vanité, que de blessures pourront être faites à notre amour-propre, si nos appréciations ne se vérifient pas! En restant cliniciens exacts et simples appréciateurs du passé et du présent, en ne portant sur l'avenir que des jugements dubitatifs, sobres et pleins de réserves, les solutions les plus favorables ou les plus calamiteuses interviendront, sans que nous ayons cessé un seul instant d'avoir raison. Il y a là une nuance obligée de tact professionnel qu'il faut savoir adopter et imposer. En ce qui me concerne, je ne sors plus des limites pratiques que je viens de tracer. C'est vous dire que j'en suis sorti et que je n'ai appris qu'à mes dépens le *modus agendi* qui est devenu ma règle de conduite.

L'écart dans les dates des certificats est encore une cause fréquente de désaccord, et, en vérité, il faut que le public soit bien léger ou qu'il possède, à l'endroit de la folie, de singuliers préjugés. Je déposai un jour devant la cour d'assises de la Seine, immédiatement après l'un de mes honorables confrères, et je soutins, paraît-il, une opinion diamétralement opposée à la sienne. Le président, lorsque j'eus terminé et pendant que j'étais encore à la barre, s'adressa au jury et se donna le malicieux plaisir de rapprocher les deux dépositions et d'en tirer *à priori* quelques conséquences assez peu aimables pour moi. « Avez-vous quelque chose à ajouter à votre déposition, me dit-il? — Oui, répliquai-je, j'ai à ajouter que j'ai vu un aliéné alcoolisé et dangereux, le lendemain même du crime qui l'amène ici, mais que M *** n'a pu voir à Mazas, qu'un individu guéri. Veuillez relire les pièces médicales : il y a entre elles un écart de soixante et un jours. Est-ce qu'il ne peut pas survenir bien des choses chez un malade, et surtout chez un alcoolisé, dans l'intervalle de soixante et un jours? Nous avons raison tous les deux, mon confrère et moi. — C'est juste, reprit le président, après vérification des pièces du dossier, je n'avais pas du tout songé à cela. » Et l'accusé fut acquitté.

A Paris, le même malade, par suite des contrôles actuels et de diverses dispositions administratives locales, est vu et interrogé par un certain nombre de médecins. Chaque examen donne lieu à un certificat. Or, j'ai entendu dire que le dossier d'un aliéné était une mosaïque, que les médecins n'étaient point d'accord entre eux et qu'il était vraiment pénible de parcourir tant de pièces disparates concernant le même individu. Je prétends que les différences constatées honorent plus le corps médical aliéniste qu'elles ne le compromettent, qu'elles témoignent d'une excessive bonne foi dans la constatation des symptômes signalés, à la date précise de chaque certificat, et qu'il faut bien peu connaître la folie et les états pathologiques si variables qu'elle peut amener, dans certaines de ses formes, pour faire le procès aux médecins au lieu de l'intenter à l'aliénation elle-même. Il n'y a d'immobile que la routine, et, Dieu soit loué, ce n'est plus chez nous qu'on la trouve. Avec ses sarcasmes contre les médecins, Molière ne gagnerait plus aujourd'hui de quoi vivre!

Un haut fonctionnaire, qui, en 1840, avait été atteint d'un accès de manie aiguë et qui avait été placé pendant six ou sept semaines dans une maison de santé, à Paris, fut reçu aux Tuileries par un grand personnage, le 19 mai 1868, et il osa protester avec acrimonie contre la loi qui avait pu permettre sa séquestration momentanée, vingt-huit ans auparavant. Il demanda avec la plus chaleureuse conviction l'abrogation d'une loi aussi attentatoire à la morale et l'on eut l'extrême bonté de prendre au sérieux ce prétendu apôtre de la liberté individuelle, et de lui promettre que le gouvernement allait avant peu remédier à un état de choses qui réclamait évidemment la plus prompte réforme. Le lendemain, le 20 mai, le grand personnage en question causa longtemps avec un médecin de Paris et lui dit entre autres choses : « M. Duruy m'a présenté hier ce pauvre M***, qui a été victime d'une erreur : on l'a enfermé comme fou! ces choses-là sont bien fâcheuses. » Si je suis bien informé, et je crois avoir de bonnes raisons pour l'être, le médecin de Paris aurait répondu : « C'est vrai, sire, j'ai toujours entendu dire que M*** s'était complétement rétabli et que sa guérison faisait le plus grand honneur à la médecine aliéniste. »

Ainsi donc, l'on ne fait point attention à la date des certificats et lorsqu'un malade est guéri, tout le monde, depuis le plus petit jusqu'au plus grand, pourra nier que ce malade ait été réellement aliéné! Cette opinion préconçue est indigne de notre époque et elle pèse lourdement sur nous. Faisons donc des efforts pour que l'on veuille bien reconnaître que la guérison d'un accès de délire maniaque n'est pas une chose moins durable que la guérison d'une pneumonie.

J'en reviens aux folies raisonnantes et je répète que les malades peuvent avoir, à toutes les époques de leur vie, des accidents congestifs graves ou paraissant l'être; que ces sortes de poussées congestives déterminent des phénomènes inquiétants du côté de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté, de la sensibilité, de la parole et du mouvement; qu'une réparation se fait d'une manière parfois inattendue et peut parfois justifier en apparence les récriminations du malade qui s'est amendé, qui proteste et qui menace d'en appeler à la justice; mais que les accidents congestifs se rapprochent, puis se réparent encore, et qu'un jour enfin la mort arrive subitement par le cerveau. Je suis prêt à fournir des preuves cliniques de ce que j'avance là.

Obs. I. — Vers 1830, un membre de l'Académie française se jeta dans la Seine, du haut du pont des Arts, à peu près sans motifs.

Il laissa un fils, né le 17 mai 1818, et c'est de lui dont il va être question.

A peine âgé de douze ans, A.,., était déjà bizarre, ingouvernable et très-difficile à fixer. Plus il grandit et plus il causa d'inquiétude et de chagrin à sa mère. Paresseux, mais ayant pour les sciences des aptitudes que l'on trouvait remarquables, il fut admis à l'école navale et partit pour Brest. On le savait avide de l'inconnu et amoureux du danger et l'on prédit au futur marin les plus hautes destinées. Mais chassé de l'école pour insubordination, esprit de rébellion et propagande de révolte contre l'autorité, il revint à Paris, étudia le théâtre, essaya de jouer la comédie dans des salons, monta des représentations à domicile, disposa au besoin pour cet objet des tapisseries et des meubles de sa mère, passa son temps à apprendre et à faire répéter des rôles, puis s'affilia à des troupes de spectacles forains et de petits théâtres de la banlieue.

Placé au ministère de l'instruction publique, il s'y montra employé inexact, indocile, fantaisiste, versatile, dépourvu de sens moral, d'une désinvolture choquante, d'un esprit faux et d'une insociabilité absolue. Il n'y rendit aucun service, fut toujours conservé néanmoins, continua de faire des fugues en province, à la remorque de quelques acteurs et actrices de bas étage, dépensant plus que ses revenus et entraîné dans toutes les aventures et tous les écarts de la vie la plus nomade, la plus irrégulière et la plus indigne de son nom et de sa famille.

En 1850, âgé alors de trente-deux ans, il prit tout à coup congé des siens et du ministère de l'instruction publique, et partit brusquement pour la Californie. Là, il tenta différents métiers, ne réussit dans aucun, et cessa d'écrire en France. Au bout d'un certain nombre d'années, sa famille finit par apprendre qu'il avait été ordonné prêtre, en 1855, qu'il avait déjà occupé plusieurs cures en Californie, qu'il jouissait d'une très-haute considération, qu'il exerçait une sorte de suprématie ecclésiastique administrative dans le pays qu'il habitait et qu'il allait certainement être appelé à l'évêché de San Francisco. Il recommença à écrire en France vers 1870, et chaque fois, il exigea des envois d'argent. On lui envoya de la sorte plus de vingt mille francs en deux ou trois ans. En 1873, on lui annonça qu'il venait de faire un héritage. Il répondit aussitôt qu'il était très-heureux de pouvoir quitter l'Amérique et il ne tarda pas à arriver à Paris, accompagné d'une femme jeune, à la mise excentrique et aux allures suspectes. L'un de ses parents, médecin distingué à Paris, obtint le retour de la voyageuse à San-Francisco, puis fut frappé des inconséquences et des étrangetés de A..., qui, le matin, passait deux heures dans une église où il avait été admis comme prêtre habitué, et le soir, se rendait à l'Opéra, dans des petits théâtres lyriques assez mal fréquentés ou dans des cafés-concerts, avec un costume demi-laïque et demi-ecclésiastique!

Notre savant confrère, M. Luys, fut appelé, reconnut des signes sérieux d'une affection cérébrale un peu obscure, apprit que le malade avait eu depuis une vingtaine d'années un certain nombre de poussées congestives, sans perte de connaissance et sans convulsions, mais avec hémiplégie temporaire, tantôt à droite et tantôt à gauche, et qu'il se réparait en général assez promptement. Toutefois, M. Luys déclara qu'il n'y avait pas lieu de placer le malade dans une maison de santé.

En 1874, A..., avait une conversation habituelle paradoxale, étrange, décousue. Il ne manquait jamais d'insister sur ce fait qu'il jouissait de toute sa raison, qu'il n'avait jamais eu l'esprit troublé et qu'il était heureux de posséder une intelligence élevée; puis il racontait, d'autre part, qu'il s'était toujours tenu au courant, en Californie, des choses du théâtre, par la lecture du journal le *Figaro*; qu'il y avait à Paris des femmes très-belles et très-agréables et que l'on pouvait toujours passer son temps chez elles sans s'ennuyer un seul instant. Ses dépenses furent relativement déraisonnables et son inconduite le conduisit à des excès alcooliques, qui jusque-là n'avaient jamais été remarqués.

Du mois de novembre 1874 au mois de mai 1875, il eut trois congestions cerébrales, avec hémiplégie passagère du côté droit et tremblement choréiforme. Dès qu'il était un peu rétabli, il sortait, retournait dans les théâtres et disparaissait quelquefois pendant deux ou trois jours de suite. Il avait alors de l'amnésie et de l'incertitude dans la marche. Il affichait des relations avec une fille perdue, sortait avec elle, demandait et obtenait sans cesse de l'argent et rentrait toujours les poches entièrement vides.

Ne se trouvant pas assez libre, il quitta subitement sa famille, au mois de mai 1875, et vint s'installer dans une petite maison de campagne, à Lagny, avec une vieille servante. On apprit bientôt qu'il venait constamment à Paris et qu'il oubliait souvent de rentrer à Lagny.

Le 20 juillet 1875, dans la soirée, A... tomba dans la gare de Strasbourg et fut porté sans connaissance à l'hôpital Lariboisière. A certaines particularités de ses vêtements, les religieuses qui aidèrent à le déshabiller reconnurent qu'il devait être prêtre. Il fut réclamé et retrouvé par sa famille, soigné en ville et put repartir chez lui, à Lagny, le 26 août.

Le 23 novembre suivant, à dix heures du matin, A..., sans connaissance et en proie cette fois à des accidents épileptiformes, fut porté d'une maison de la rue La Fayette, où il avait passé la nuit, dans un fiacre, avec ordre au cocher de le déposer, à une adresse indiquée, entre les mains de ses parents. Le lendemain, M. le docteur ***, nous raconta, à Bicêtre, à M. J. Falret et à moi, toutes les particularités qui précèdent et réclama de nous un conseil. J'allai voir le malade, je portai un pronostic grave, et, en face de l'hémiplégie alterne qui avait été observée, je pensai à une affection probable du bulbe. La famille confia A..., aux soins éclairés de M. Luys, qui consentit cette fois à le recevoir dans la maison de santé d'Ivry.

Le malade trouva encore la possibilité de se réparer partiellement, de reprendre de la force, de lire les journaux et de jouer aux cartes avec ses compagnons. Le 9 janvier 1876, il s'évanouit tout à coup, eut de la déviation de la face, de la contracture généralisée, des secousses convulsives, de la dysphagie, de la respiration stertoreuse d'emblée, de l'émission involontaire de l'urine et des matières fécales et expira au bout d'une heure. M. Luys, qui était présent, est resté convaincu que A... avait succombé à une hémorrhagie de la protubérance. — L'autopsie n'a point été faite.

Cet exemple n'est pas unique et tout à l'heure j'en rapporterai un autre, très-récemment observé par plusieurs médecins et par moi. Mais je ne dois pas entrer plus avant dans l'étude des accidents congestifs dans les folies raisonnantes, sans faire une halte et sans jeter un coup d'œil rétrospectif sur un événement clinique de quelque importance, qui a passionné la presse et le public, qui a ému les assemblées délibérantes de l'époque, troublé un premier ministre et intimidé un souverain : je veux parler de Sandon et de sa retentissante séquestration à Charenton.

Après la lecture attentive d'un grand nombre de documents authentiques, je vais, en clinicien indépendant, reconstituer chronologiquement toute l'observation de Sandon, de 1868 à 1875, car le procès relatif aux dispositions testamentaires de cet homme ne s'est terminé qu'à cette dernière date. Tout le monde croit être au courant de ce qui s'est passé et de ce que c'était que Sandon, et cependant, à l'exception de plusieurs médecins, nul ne connaît exactement la vérité clinique. Je vais m'efforcer de la mettre en lumière, en ne perdant pas de vue un seul instant que le cas de Sandon constitue une page mouvementée de la médecine légale contemporaine. L'impartialité a ses devoirs, la droiture a ses rigueurs.

Les passions qui ont obscurci le débat se sont éteintes, les hommes ont disparu et les préoccupations sont en ce moment ailleurs. La science peut donc se recueillir et enregistrer en toute franchise, dans ses archives, une observation médicale sincèrement vraie, n'ayant ni le ton d'un acte d'accusation

ni celui d'un plaidoyer, et simplement destinée à servir de document clinique.

L'histoire en fera au besoin son profit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mars 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'intérieur informe l'Académie qu'il met à sa disposition la somme de 2,000 francs, dont le montant doit être employé à des récompenses aux auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport sur les épidémies qui ont régné, pendant 1877, sur le département de l'Ain (commission des épidémies);

2° Des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, une source d'eau minérale située à Lepreste (Pyrénées-Orientales), et la source César, située à Royat (Puy-de-Dôme);

3° Des rapports de MM. les médecins-inspecteurs sur les eaux minérales de Vals et de Saint-Amand (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. E. Hardy, qui se présente comme candidat dans la section de physique et de chimie;

2° Une lettre de M. le docteur Cazenave-Laroche, accompagnant l'envoi de son *Traité pratique des Eaux-Bonnes*, qu'il destine au concours pour le prix Desportes;

3° Une lettre de M. le docteur Ronzier-Joly, qui adresse un mémoire sur les maladies observées dans les environs de Clermont, pour le prix Godard;

4° Une lettre par laquelle M. Corradi, directeur de l'Université de Paris, invite l'Académie à se faire représenter à la cérémonie de l'érection d'une statue d'Alexandri Volta, qui aura lieu le 28 avril prochain.

PRÉSENTATION

M. HÉRARD présente, de la part de M. le docteur Valcourt, une brochure intitulée : *Cannes, son climat et ses promenades.*

COMMUNICATION

M. PASTEUR, en son nom et au nom de MM. Joubert et Chamberland, présente trois poules, l'une morte du charbon après vingt-neuf heures d'inoculation ; elle est morte hier soir à cinq heures; elle avait été inoculée la veille à midi par cinq gouttes d'eau de levûre employée comme liquide nutritif pour une semence de bactéridies parfaitement pures. Ce matin, elle était remplie de bactéridies charbonneuses. Une autre poule, injectée au même moment avec le même liquide, est en parfaite santé, ainsi qu'une troisième, qui n'a pas été inoculée du tout.

En présence de ces résultats, l'idée nous est venue, dit M. Pasteur, que cette différence pouvait avoir pour cause la température plus élevée du corps des animaux qui n'ont pas pu prendre le charbon. Ce serait là peut-être la cause de la difficulté de donner le charbon aux oiseaux en général. Il s'agissait de vérifier cette conjecture.

Nous avons essayé, après l'inoculation d'une poule, d'abaisser de quelques degrés la température de son corps, en la plongeant dans l'eau froide. L'animal est mort le lendemain; tout son sang, la rate, le poumon, le foie remplis de bactéridies charbonneuses, susceptibles de culture ultérieure.

L'idée vient tout naturellement de rechercher si en élevant la température d'un animal auquel a été inoculé le charbon, on n'arriverait pas à empêcher chez lui le développement ultérieur des bactéridies et par suite à lui sauver la vie. Les tentatives se poursuivent en ce moment. M. Davaine avait déjà entrepris quelques expériences dans ce sens; mais il s'était borné à rechercher la température la plus basse qui pût détruire le virus charbonneux et l'ayant trouvée égale à 51° c., il ne pouvait espérer réussir complétement, les travaux de Cl. Bernard ayant prouvé que les mammifères meurent lorsque leur sang acquiert une température de 45° c. Suivant M. Pasteur, ce n'est donc pas la température qui détruit le virus charbonneux qu'il faut déterminer, mais bien celle propre à empêcher le développement de la bactéridie adulte, en voie de reproduction par scissiparité. Or, nous avons reconnu que la température à laquelle la bactéridie ne peut plus se développer dans des liquides inertes et *à fortiori* dans le corps vivant, est inférieure à 44° c.; dès lors nous tombons dans les limites qui probablement seront accessibles à la thérapeutique.

LECTURE

Étude clinique sur le ferrocyanure de potassium. — M. REGNAULT lit, en son nom et au nom de M. Hayem, une note sous ce titre, qui se résume dans les propositions suivantes :

1° Le ferrocyanure de potassium est inactif en tant que médicament ferrugineux, et il ne contribue en rien à la régénération des éléments colorés du sang.

2° Le radical organo-métallique ne se modifie pas dans l'économie ; de même que le fer y reste inerte, les éléments du cyanogène y demeurent absolument inoffensifs puisqu'on peut, sans trouble aucun pour la santé, l'administrer pendant des semaines et des mois à la dose de plusieurs grammes par jour.

3° Plusieurs expériences, exécutées subsidiairement pendant le cours de ces recherches, nous ont prouvé qu'aux doses de 2 à 6 grammes, le ferrocyanure de potassium n'exerce pas d'influence appréciable sur la diurèse, ni sur la production de l'urée.

DISCUSSION SUR LA DÉSARTICULATION COXO-FÉMORALE

M. LE FORT termine l'exposé de son opinion sur les divers modes de pansement. Il répète qu'il ne discute pas la théorie de M. Pasteur. J'accepte, dit-il, les résultats de ses recherches ; je crois à l'influence des germes sur la fermentation putride, alcoolique, acétique; mais je n'admets pas l'application à la pathologie chirugicale de la théorie des germes infectieux; je n'admets pas que l'infection purulente soit causée par l'action directe et unique des germes extérieurs; je n'admets pas, en un mot, la théorie de l'extériorité de l'infection purulente. On a singulièrement abusé des mots septicémie, pansements et méthodes antiseptiques. MM. Lister et Alphonse Guérin, qui admettent tous deux la doctrine de l'extériorité et vont même jusqu'à attribuer à la putréfaction déterminée par les germes toutes les complications des plaies, ont cherché, par des moyens différents, à tuer ces germes. Il est une autre théorie absolument différente de celle de l'extériorité, c'est la théorie de la génération spontanée de ces animalcules qu'on rencontre dans les plaies putréfiées, la théorie de l'auto-infection. Parmi les diverses formes de septicémie, il en est une à laquelle on peut appliquer la théorie des germes défendue par M. Pasteur, c'est l'infection putride, caractérisée, comme on sait, par des accès fébriles le soir, par de la diarrhée, la perte d'appétit, de l'amaigrissement et tous les phénomènes graves qui ont été désignés aussi sous le nom de fièvre hectique.

Mais la clinique n'a pas attendu l'expérimentation du laboratoire pour chercher à mettre le pus à l'abri du contact des agents extérieurs. En effet, en 1841, M. Jules Guérin, pour empêcher l'accès de l'air dans les abcès par congestion préconisait la méthode sous-cutanée; il y a trente-sept ans, Reybart s'efforçait, par la méthode qui porte son nom, d'éviter le contact de l'air dans la pratique de la thoracocentèse.

Il est une autre forme de septicémie, septicémie aiguë, sorte d'empoisonnement général, qui s'observe à la suite des grands traumatismes et amène la mort en quarante-huit heures; cette forme si grave de septicémie s'observe chez des individus jeunes, robustes, mais alcooliques. Il semble, dans cette forme, qu'à l'effet local du traumatisme vienne s'ajouter l'influence sur l'état général, l'effet moral pour ainsi dire, de l'impression très-vive éprouvée par les victimes d'accidents graves. La théorie des germes peut-elle être appliquée à cette forme ? Une troisième forme est celle qui a

été désignée sous le nom de fièvre purulente et dans laquelle on voit du pus apparaître dans toutes les articulations; enfin, une quatrième forme constitue l'infection purulente, proprement dite, ou la pyémie qui débute par un frisson en même temps que l'on constate un arrêt de la suppuration. Il est absolument impossible d'appliquer à ces trois formes la théorie des germes. Nier dans ces cas, l'influence de l'état général, de l'état fébrile, de l'état du système nerveux, de l'état moral lui-même, c'est aller contre l'observation clinique. En effet, tous les chirurgiens d'armée n'ont-ils pas constaté que les résultats des opérations sont, en général, beaucoup moins favorables à la fin qu'au commencement d'une campagne, chez les vaincus que chez les vainqueurs. Que devient devant ces faits la théorie des germes? Admettra-t-on que, violant la convention de Genève, ils prennent parti pour les uns ou les autres des belligérants? Quel rapport peut avoir la théorie des germes avec les différences que l'on constate, suivant qu'à la suite d'un traumatisme, on pratique une amputation immédiatement après l'accident ou seulement à l'époque où le membre lésé est déjà le siége d'un travail inflammatoire plus ou moins intense; suivant qu'on a affaire à un traumatisme direct, primitif ou à un traumatisme secondaire, suivant le lieu même où l'on opère, suivant la nature des tissus sur lesquels on opère; ne sait-on pas, en effet, que les opérations pratiquées dans les tissus érectiles, sur le rectum, par exemple, au voisinage de l'anus, surtout dans les cas où existent des hémorrhoïdes, offrent, au point de vue qui nous occupe, plus de dangers?

Comment expliquer, avec la théorie des germes, les avantages pourtant incontestables, de l'écraseur linéaire, du galvano-cautère? Et l'action du virus cadavérique, qu'a-t-elle de commun avec cette théorie? Notre organisme vivant fait bien de l'os, des muscles, des vaisseaux sans les germes; il fait bien, malheureusement, de l'enchondrome, du sarcome, sans les germes; pourquoi ne pourrait-il faire des globules de pus? Je l'ai déjà dit; la théorie de M. Pasteur ne nous ramène à rien moins qu'à celle de Raspail. Nous avons eu déjà les monades, les vibrions, les bactéries, les bactéridies; de l'autre côté du Rhin, on a les coccobactéries, les dermobactéries, les glioccocos, les strepto coccos, etc. Voilà pourtant où l'on entraine la chirurgie! Au lieu de cette grande école de l'observation clinique s'est élevée une école cherchant dans les infiniment petits les causes de toutes les maladies. A quoi bon les indications et les contre-indications? il n'existe plus aujourd'hui qu'une seule indication, celle de tuer les germes, de trouver le poison des germes. Malgré les patientes recherches des chirurgiens modernes, malgré les méthodes antiseptiques de Lister et d'Alphonse Guérin, on n'a pas encore trouvé le poison des germes. Et cependant, on a passé par le coaltar, les acides thymique, phénique, salycilique, benzoïque, le chlorure de zinc, le thymol, le salycol et la glycérine qui possède en ce moment la faveur, si l'on s'en rapporte aux travaux les plus récents.

Je l'ai dit, il y a un mois, et je le répète aujourd'hui, la pratique est meilleure que la théorie dans la question qui nous occupe, et si je ne puis accepter la théorie des germes, je ne fais aucune difficulté de reconnaître que les moyens pratiques auxquels elle a donné naissance offrent de très-sérieux avantages. En effet, le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin donne incontestablement de bons résultats et peut rendre surtout de grands services dans la chirurgie d'armée; c'est, en effet, le type des pansements rares. Lister, de son côté, directement ou indirectement a fait faire de réels progrès à la pratique des pansements; l'application de ces liquides astringents ou même caustiques, favorise singulièrement les réunions par première intention; elle est également favorable à la cicatrisation des plaies en voie de suppuration.

Dans une dernière communication, j'ai d'ailleurs fait suffisamment ressortir les avantages et les inconvénients de ce pansement, pour n'y pas revenir aujourd'hui. Mais il est bien démontré que ces pansements ne garantissent pas sûrement de l'infection purulente.

Ce n'est pas avec une seule et même substance ni avec un seul et même pansement, que l'on doit chercher à prévenir les accidents redoutables de l'infection purulente. Les indications sont variables. Quelque idée qu'on se fasse de la nature de l'infection purulente, il faut bien reconnaître qu'en même temps qu'apparaît le frisson initial, on constate un arrêt de la suppuration, et que, par conséquent, comme l'avait déjà remarqué Jean-Louis Petit, l'absorption du pus par les veines béantes semble jouer un grand rôle dans la production des accidents, de cet état général grave, avec diarrhée, perte d'appétit, de sommeil, affaiblissement. Quels seront donc les meilleurs moyens d'éviter les cas isolés d'infection purulente? Ce sera d'entretenir le système vasculaire dans un état de replétion constante. Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître aujourd'hui la nécessité de l'alimentation en pareil cas; quant à moi, non-seulement je nourris mes opérés, mais encore je leur donne de 750 à 1,000 grammes de vin par jour, du café, du cognac. Au point de vue du traitement des opérés, il s'est fait une grande révolution depuis vingt ans; lors de mon retour de Londres à Paris, en 1858, j'ai contribué pour ma part à l'accomplissement des progrès hygiéniques dont nous constatons aujourd'hui les bons effets. Les statistiques de nos jours sont, en effet, autrement satisfaisantes que celles d'il y a vingt ans.

Une méthode également favorable pour empêcher l'infection purulente est la réunion immédiate profonde; tous les moyens qui favoriseront cette réunion seront très-avantageux et une partie des bons effets obtenus par Lister, est due certainement à ce qu'il recherche la réunion immédiate profonde. Mais la réunion ne s'obtient pas toujours. Comment alors prévenir l'infection purulente et l'érysipèle?

L'inflammation détruit l'occlusion des petits vaisseaux déjà obtenue; il est donc indiqué de circonscrire, autant que possibie, cette inflammation. Un pansement mal appliqué, un cataplasme qui fermente, l'application de diachylon suffisent parfois pour amener un érysipèle. Il faut, pour le prévenir, tenir la plaie dans un état d'humidité constante.

Si l'on applique à la chirurgie la théorie des germes infectieux, comment expliquera-t-on les résultats si différents que l'on obtient suivant que l'on opère à domicile où à l'hôpital, dans l'intérieur d'une grande ville ou dans la campagne, dans de grands ou de petits hôpitaux? Comment expliquera-t-on qu'à certains moments l'infection purulente ou l'érysipèle prennent une extension telle que l'on croit devoir la désigner sous le nom d'épidémie. Non certes, ce n'est pas la théorie des germes qui permet d'expliquer l'explosion de ces véritables épidémies, c'est la théorie de la contagion de l'infection purulente et de l'érysipèle. Il y a dix-sept ans, j'ai poussé trop loin l'influence du milieu sur ces épidémies; j'ai reconnu depuis que la conduite du chirurgien pouvait avantageusement combattre l'influence du milieu. Il n'y a pas, à proprement parler, de bon ni de mauvais hôpital, et, il y a treize ans déjà, j'inscrivais comme épigraphe en tête d'un livre que je publiai : « L'hygiène hospitalière ne se réduit pas à des questions de bâtiments à orienter ou à espacer, de fenêtres à ouvrir (je pourrais ajouter aujourd'hui d'étages à ajouter ou à supprimer), de mètres superficiels de terrain ou de mètres cubes d'air à donner à chaque malade. C'est la science qui, par l'étude approfondie des causes qui font naître et s'étendre les maladies nosocomiales, apprend à les prévenir ou à les arrêter dans leur développement. » Élève, j'avais pu constater les effets désastreux de l'infection purulente, de la fièvre puerpérale, de l'érysipèle dans les hôpitaux; chirurgien d'hôpital, je crus de mon devoir d'étudier ces complications, et c'est le résultat de ces études que j'apporte ici.

La mortalité générale d'un service d'hôpital serait peu élevée si elle se limitait aux cas primitifs, isolés, d'infection purulente; ce qui l'augmente dans des proportions considérables, c'est la fréquence et l'intégrité des épidémies d'infection purulente. Mais le nom d'épidémie éveille une idée funeste de fatalité dont les malades et les médecins seraient victimes; je m'élève contre l'idée de cet ange exterminateur fondant sur le quartier d'une ville, sur un hôpital ou sur une salle d'hôpital, et suivant partout le chirurgien ou l'accoucheur, jusque dans sa clientèle privée. Ce n'est pas là de l'épidémie, mais bien de la contagion.

Il y a, parmi les maladies miasmatiques, des maladies non contagieuses comme la fièvre paludéenne, il en est de contagieuses comme le choléra, la fièvre jaune, l'infection purulente. J'ai cité le

fait de Grisar l'accoucheur qui, en 1842, en trois mois et demi sur 74 accouchées perdit 15 femmes, qui resta vingt ans ensuite sans en perdre une, et qui, en 1862, en sept semaines, perdit 8 femmes sur 9 accouchées.

Au point de vue de la mortalité des femmes en couches par la fièvre puerpérale, je ne puis que me féliciter d'avoir obtenu de M. Husson qu'on fît accoucher par les sages-femmes de la ville les femmes qui venaient faire leurs couches à l'hôpital. Ce qui existe pour l'infection purulente puerpérale existe également pour l'infection purulente chirurgicale.

Lorsqu'il il y a quinze ans on commença à pratiquer l'ovariotomie en France, on obtint de l'administration de l'Assistance publique une petite maison sur l'avenue de Meudon, dans laquelle plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris pratiquèrent un certain nombre d'opérations. On voyait arriver dans cette maison une femme paraissant enceinte; quelques jours après, un certain nombre de graves personnages qui passaient là quelques heures, puis, le lendemain ou le surlendemain, on voyait emporter un cadavre, si bien que cette maison avait fini par être appelée la maison du crime. Il n'y avait pas de criminel, mais il y avait un meurtrier; c'était le contage hospitalier apporté par le chirurgien, qui venait de son hôpital avec des aides, des vêtements, des éponges, du linge, sortant également de l'hôpital.

Franchement et résolument contagioniste, j'ai pratiqué l'ovariotomie à l'hôpital, en m'entourant de précautions extrêmes et sur cinq opérations, j'ai eu quatre succès.

Toutefois, je ne prétends pas que l'hôpital soit sans influence sur les résultats des opérations. Que faut-il surtout à nos opérés ? Un air pur, du sommeil et de l'appétit. Or, ces trois conditions sont loin de se trouver réunies à l'hôpital où les malades sont encombrés, sont réveillés à cinq heures du matin par le service, et mangent, entre leur urinoir et leur crachoir, des aliments assez reconstituants, mais pas toujours appétissants. Mais ces mauvaises conditions qui suffisent pour expliquer un cas primitif, isolé d'infection purulente, ne suffisent pas pour expliquer l'épidémie ou la contagion. Comment expliquer autrement que par la contagion la différence des résultats obtenus par le même chirurgien à la ville et à l'hôpital. En ville, le chirurgien se sert de ses propres instruments, d'éponges et de linge n'ayant jamais séjourné à l'hôpital et opère un malade isolé. A l'hôpital, au contraire, ce sont pour différents malades les mêmes instruments, les mêmes pièces de pansement, les mêmes éponges; et s'il arrive à un chirurgien de transporter l'infection purulente en ville, c'est par des instruments, des éponges ou du linge empruntés à l'hôpital. En 1870, Nélaton, au Grand-Hôtel, ayant perdu 68 opérés sur 70, Marrey, qui était contagioniste, eut l'idée d'examiner les éponges qui servaient à toutes les opérations, il vit qu'elles fourmillaient de bactéridies.

Les pansements ayant pour but de prévenir l'infection purulente diffèrent beaucoup entre eux. Chassaignac, Laugier et Alphonse Guérin ne craignant pas le séjour du pus dans les plaies, emploient des pansements en conséquence; Jules Guérin et Maisonneuve, au contraire, craignant ce séjour du pus, ont recours à des méthodes toutes différentes.

Lister, voulant éviter les germes, évite la contagion. Rose n'emploie aucun pansement. Quels sont les résultats obtenus par ces différents procédés? Prenant l'amputation de cuisse comme exemple, par les pansements ordinaires, Billroth a 82 pour 100 de mortalité, Syme 44, Spence 31, par le pansement ouaté, Guérin 50 pour 100, Ollier 60; par la réunion intermédiaire, Azam obtient 30 pour 100; par le pansement de Lister, Lister 26 pour 100, Bardeleber 62, Volkman 30; par l'absence de tout pansement, Rose a 28 pour 100 de mortalité.

Quant à moi, en dix ans, jusqu'au 31 décembre 1877, sur douze amputés de cuisse, je n'ai perdu que deux malades, soit 16 pour 100. J'ai donc, heureusement, peu justifié les malédictions que j'avais portées il y a quinze ans sur les hôpitaux. Depuis le 1er janvier, j'ai deux nouveaux cas dont l'un est mort et dont l'autre est en voie de guérison, ce qui porte ma statistique à 21 pour 100 de mortalité.

Comment suis-je arrivé à ces résultats? Quelles précautions ai-je prises pour échapper au germe contage? Dans les salles, je proscris les éponges et la charpie, les pinces à mors cannelés, l'emploi des sondes de femmes; toutes les plaies sont lavées à distance au moyen d'un seau accroché au haut du lit et auquel est adapté un tube en caoutchouc; jamais rien ne touche à la plaie qui n'ait été purifié; j'ai soin de ne pas faire saigner les bourgeons charnus, de ne jamais pratiquer d'exploration sur une plaie enflammée. A l'amphithéâtre, je ne me sers que de mes instruments, je n'emploie que deux ou trois éponges purifiées. Enfin, je ne passe jamais d'un malade à un autre sans me laver les mains.

Telle est ma conduite, tels sont mes résultats. Je termine en disant : guidé par les idées que je viens de développer et bien que pratiquant dans un milieu hospitalier, j'ai à peu près banni de mon service, l'érysipèle et l'infection purulente. J'en ai complétement banni depuis dix ans toutes les épidémies.

M. PASTEUR. Je n'ai pas lu tous les travaux de Lister. Si, comme vient de le dire M. Le Fort, Lister pense que les globules du pus ne peuvent se former que sous l'influence des organismes microscopiques, je crois devoir dire que l'ensemble de nos expériences sur la formation du pus, n'est pas d'accord avec cette opinion; mais il n'est pas moins certain que la formation du pus, sous l'influence des organismes microscopiques, est sans comparaison pour l'abondance de ce pus avec ce qu'elle est s'il y a absence absolue de ces organismes.

Je crois pouvoir ajouter qu'il en est de même touchant l'infection purulente, quant à son danger et à son intensité.

Relativement à l'idée dominante dans le discours de M. Le Fort, sans vouloir la discuter et la juger en ce moment, je ne puis m'empêcher d'ajouter que, il y a huit jours, M. Sédillot a lu devant l'Académie des sciences un travail duquel il résulte que, pour l'éminent chirurgien, la théorie dite des germes peut expliquer les succès comme les revers en chirurgie.

Je ne me permets pas de juger les réflexions de M. Sédillot, mais j'en constate l'existence, et j'oserais dire que M. Léon Le Fort et M. Sédillot sont bien près de s'entendre ou le seront lorsque le contage sera défini.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les épreuves éliminatoires du concours de l'agrégation en médecine terminées, restent en présence les candidats dont les noms suivent :

MM. Debove, Ducastel, Hallopeau, Joffroy, Labadie-Lagrave, Raymond, Rendu et Strauss, pour Paris.

MM. Carrieux, Demange, Laure, Looten, Mairet, Pitres, Spillmann et Teissier, pour les autres facultés.

Ces candidats auront à traiter la thèse suivante :

M. Debove : Du régime lacté dans les maladies. — M. Ducastel : Physiologie pathologique de la fièvre. — M. Hallopeau : Du mercure; action physiologique et thérapeutique. — M. Joffroy : De l'influence des excitations cutanées sur la circulation et la calorification. — Labadie-Lagrave : Le froid en thérapeutique. — M. Raymond : Des dyspepsies. — M. Rendu : Étude comparative des néphrites chroniques. — M. Strauss : Des ictères chroniques. — M. Carrieux : De la fatigue et de son influence pathogénique. — M. Demange : De l'azoturie. — M. Laure : De la médication diurétique. — M. Looten : Des scrofulides des muqueuses. — M. Mairet : Des formes cliniques de la tuberculose du poumon. — M. Pitres : Des hypertrophies et des dilatations cardiaques indépendantes des lésions valvulaires. — M. Spillmann : De la tuberculisation du tube digestif. — M. Teissier : De la valeur thérapeutique des courants continus.

La nouvelle série d'épreuves, consistant en une leçon d'une heure, après vingt-quatre heures de préparation, a commencé lundi.

Lundi, 18 mars : M. Raymond a traité de la « Valeur séméiologique du vomissement. » — M. Looten : « De l'albuminurie temporaire. »

Mardi, 19 mars : M. Rendu : « De l'anasarque. » — M. Labadie-Lagrave : « Des dermatoses scarlatiformes. »

— Mme Chomel, veuve de l'illustre médecin de l'Hôtel-Dieu, a fait don à l'administration générale de l'Assistance publique, de mille volumes de la bibliothèque médicale de son mari ; suivant les intentions de la donatrice, ces livres ont été déposés dans la bibliothèque des internes de l'Hôtel-Dieu.

Mme Chomel a, de plus, offert un buste en bronze, du docteur Chomel, qui sera placé dans une salle de l'Hôtel-Dieu.

— Le concours pour le prix de l'enseignement libre fondé par M. Fort (consistant en une médaille de vermeil de 100 francs et en une somme de 400 francs) a eu lieu le lundi 4 mars à deux heures. Les questions écrites, traités par les concurrents, au nombre de douze, étaient : *Les épithéliums. Distinctions entre nerfs sensitifs et nerfs moteurs; origine des nerfs rachidiens sur la moelle épinière.*

Deux compositions, ayant pour devise : *Audaces fortuna* et *fugit irreparabile tempus,* ont été remarquées par le jury. La première a paru seule mériter le prix. Le lauréat est M. Duflocq, étudiant en médecine de 4e année. La seconde composition possédant des qualités réelles, le jury a décidé qu'il serait accordé extraordinairement une mention honorable à son auteur, Mlle Klumpke, étudiant en médecine de 2e année.

— Contrairement aux prescriptions de l'autorité supérieure, rappelées par une affiche apposée à l'École pratique, un élève a tenté d'emporter une pièce anatomique hors de l'établissement.

Cet élève est exclus de l'École pratique.

— *Cours de médecine légale.* — M. le docteur Rigal, agrégé suppléant M. le professeur Tardieu, commencera ce cours le vendredi 22 mars 1878, à cinq heures, et le continuera les vendredis, samedis et lundis suivants, à la même heur (petit amphithéâtre.

— M. le docteur Reliquet, commencera son cours sur les *opérations des voies urinaires,* le lundi 25 mars à cinq heures, dans l'amphithéâtre no 2 de l'École pratique et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— *Exercices de médecine opératoire.* — Les exercices de médecine opératoire commenceront le lundi, 1er avril prochain, sous la direction de M. le professeur Le Fort, secondé par MM. les prosecteurs et aides d'anatomie de la faculté. Ils auront lieu tous les jours de une heure à trois heures, à l'École pratique (pavillon no 1).

MM. les étudiants qui désirent prendre part à ces travaux, devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté à partir du 25 mars, les vendredi et samedi de chaque semaine de une heure à quatre heures.

En versant à la caisse de la Faculté les droits prescrits par le règlement, ils recevront : 1o une quittance détachée du registre à souche et constatant le versement de ces droits.

2o Une carte spéciale d'admission à l'École pratique.

— *Manipulations chimiques.* — Les manipulations chimiques, sous la direction de M. Will, commenceront le jeudi 4 avril, à une heure et demie.

MM. les étudiants qui désirent prendre part à ces travaux se feront inscrire à l'École pratique de la Faculté (bureau du chef du matériel, du lundi 18 au samedi 30 mars, de une heure à trois heures de l'après-midi. Aucune consignation ne sera perçue pour cet objet au secrétariat.

Il leur sera délivré une carte, qui servira pour l'admission aux laboratoires (École pratique, pavillons nos 5 et 6).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Leçons cliniques sur les teignes faites à l'hôpital Saint-Louis, par C. Lailler, médecin des hôpitaux, etc. — 1 vol. in-8o. avec quatre planches. Prix : 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 35. — SAMEDI 23 MARS 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 23 MARS 1878. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Expériences sur les propriétés thérapeutiques de l'aconit et de l'aconitine.

L'aconit a été considéré alternativement, selon les temps et selon les pays, comme un agent d'une extrême énergie ou comme un agent inerte. Aussi sa fortune a-t-elle été très-diverse. Vanté à outrance chez nos voisins, il est resté assez longtemps frappé d'un véritable discrédit chez nous. Cependant depuis quelque temps l'opinion commence à se faire en France sur sa véritable valeur, grâce aux savantes recherches sur ce sujet faites ou inspirées par M. le professeur Gubler et en particulier aux expériences de MM. Franceschini et Laborde, qui nous ont fait connaître les causes de ces différences notables dans ses effets, soit par la différence même de sa provenance soit par la richesse très-diverse des différentes parties de la plante en principes actifs. M. Oulmont, dont on connaît le zèle pour l'étude des questions de thérapeutique, s'est mis à l'œuvre de son côté, et par une nouvelle série d'expériences sur les animaux et d'épreuves cliniques sur l'homme, qui confirment sur presque tous les points celles de MM. Franceschini et Laborde, il est arrivé à fixer cliniquement les indications, les préparations et les doses de ce puissant agent thérapeutique.

Nous nous attacherons plus particulièrement ici à faire connaître les résultats des essais cliniques faits par M. Oulmont dans son service de l'Hôtel-Dieu. Ses premiers essais ont porté sur l'alcoolature d'aconit des hôpitaux. Il a ensuite essayé successivement l'alcoolature des racines fraîches, les teintures, l'extrait du codex et enfin l'aconitine cristallisée.

Alcoolature. — M. Oulmont a traité par l'alcoolature d'aconit des hôpitaux 3 cas de névralgie faciale, 2 cas de maladie du cœur, 2 cas de phthisie pulmonaire à marche rapide et fébrile, et enfin 3 cas de pleurésie aiguë.

Dans les 2 cas d'affection cardiaque (maladie de l'orifice mitral) et dans les phthisies pulmonaires, la dose n'a pas dépassé 8 grammes pris graduellement par 2 grammes. Il n'a été constaté aucun effet d'aucune espèce, ni sur les battements du cœur, ni sur l'état fébrile, ni sur la violence de la toux.

La dose a été portée, toujours graduellement, jusqu'à 22 grammes dans les deux cas de névralgie faciale, l'une récente temporale et sous-orbitaire datant de 8 jours, l'autre sous-occipitale, datant de 3 mois. Au bout de 25 jours de traitement, il ne s'était manifesté aucun effet physiologique, non plus qu'aucun effet thérapeutique.

La même alcoolature du codex a été administrée dans 3 cas de pleurésie aiguë avec fièvre, sans déterminer autre chose que quelques phénomènes physiologiques légers et passagers (picotements de la face et des membres) qui duraient à peine quelques instants et disparaissaient. La dose, de 4 grammes d'abord, augmentée tous les jours de 2 grammes, a été portée chez l'un des malades à 18 grammes, chez l'autre à 20 grammes et chez le 3me à 45 grammes sans déterminer aucun accident et sans paraître exercer aucune influence sur la fièvre, qui n'a cessé chez l'un que le 20me jour, chez le 2me que le 18me jour, et chez le 3me que le 26me jour. La défervescence a coïncidé dans les 3 cas avec une notable diminution de l'épanchement, qui a disparu du 20me au 30me jour.

De ces faits, ainsi que de ses expériences préalables faites sur les animaux, M. Oulmont croit pouvoir conclure que l'alcoolature de feuilles et de fleurs d'aconit du codex est un médicament sans action aux doses où on le prescrit ordinairement.

L'alcoolature de racines fraîches s'est montrée d'une activité beaucoup plus grande; mais inégale à cause de la proportion d'eau de végétation qu'elle renferme, qui fait varier la proportion d'aconitine.

M. Oulmont l'a administrée deux fois seulement avec quelque apparence de succès à des malades atteints de bronchite aiguë fébrile avec toux spasmodique. Il commençait par huit gouttes dans une potion et augmentait graduellement jusqu'à vingt gouttes, dose qu'il n'a pas dépassée.

Teintures d'aconit. — Les diverses teintures, soit de feuilles, soit de racines, soit de la plante entière, essayées sur les animaux ont été très-énergiques, mais d'une telle irrégularité dans leur action que M. Oulmont n'a pas jugé à propos de les expérimenter sur l'homme. Il est d'avis qu'elles ne devraient être prescrites, en tous cas, qu'avec la plus grande circonspection.

Extraits. — Les extraits que M. Oulmont a expérimentés sont : l'extrait de suc de feuilles d'aconit du codex et l'extrait alcoolique de racines sèches.

L'extrait du codex, expérimenté sur les animaux lui a paru à peu près inerte à faible dose. Il lui a fallu arriver à la dose énorme de 7 grammes pour déterminer quelques symptômes de gravité moyenne.

Il en a été tout autrement de l'extrait de racines sèches, dont l'action s'est montrée très-énergique. Mais il y a encore à distinguer ici la provenance. C'est la racine d'aconit des Vosges qui entre habituellement dans cette préparation. Elle y est quelquefois remplacée par celle du Dauphiné qui a des propriétés à peu près semblables. Celle des Pyrénées est plus active, celle de Suisse produit à petite dose des effets formidables. C'est la racine d'aconit des Vosges dont s'est servi M. Oulmont dans les essais sur l'homme. Il l'a administrée en pilules de 1 centigramme, données par 2, 3 pilules par jour, à 4 ou 5 heures d'intervalle entre chacune d'elles, augmentant graduellement la dose jusqu'à 8 ou 10 pilules, en ayant soin de s'arrêter dès qu'il survenait des accidents ou même des symptômes physiologiques trop accentués. Il a particulièrement employé les pilules d'extrait de racine d'aconit dans la névralgie et le rhumatisme articulaire aigu fébrile. Il a donné l'extrait alcoolique de racines à cinq malades atteints de rhumatisme articulaire ; trois avaient eu déjà des attaques antérieures, les deux autres étaient à leur première atteinte. Le rhumatisme datait chez quatre d'entre eux de 2 à 5 jours, chez le dernier le début remontait à 15 jours ; il avait envahi successivement toutes les articulations, et dans ce cas il existait un léger souffle à la base du cœur. Tous les malades avaient la fièvre à leur entrée à l'hôpital. Le pouls variait de 80 à 108, la température était généralement de 38° 4 le matin et de 39 à 40 degrés le soir.

Chez ces malades, M. Oulmont a débuté, tantôt par 4 pilules, tantôt par 6 dans la journée, augmentant la dose de jour en jour de 2 pilules jusqu'à 8 ou 10; il n'a jamais dépassé cette dernière quantité. Dès le 3e ou le 4e jour, les douleurs articulaires et le mouvement fluxionnaire diminuaient, les douleurs avaient disparu une fois le 4e jour, une fois le 8e, une fois le 10e, une fois le 12e. La fièvre tombait vers le 4e ou 5e jour de 1 degré à 1° 1/2, et la défervescence était complète lors de la cessation des douleurs.

Dans un seul cas, qui a fait exception, les pilules furent administrées pendant 8 jours et portées jusqu'à 8 sans aucun effet sur les douleurs rhumatismales ni sur la fièvre.

M. Oulmont a obtenu également des résultats remarquables de l'emploi de l'extrait dans le traitement de la névralgie sciatique. Dans deux cas qui dataient, l'un de deux mois, l'autre d'un mois seulement, les malades ont guéri, l'un en 19 jours, l'autre en 27 jours; les pilules avaient été prescrites d'abord à la dose de 3 par jour, puis portées graduellement jusqu'à 10.

Malgré ces résultats remarquables, vu la variabilité d'action de ces extraits, dépendant et de la provenance de la racine et du mode de préparation, et de la difficulté de se les procurer toujours aussi purs et aussi bien préparés que celui dont il s'est servi pour ces essais, M. Oulmont en est venu, d'expériences en expériences, à donner la préférence à l'aconitine cristallisée, dont il nous reste à parler.

Aconitine. — L'aconitine cristallisée, produit fixe, qui représente la partie active de l'aconit, et dont les expériences bien connues de MM. Gubler, Laborde, Franceschini, Bochefontaine, ont parfaitement déterminé les actions physiologiques et toxiques, suivant les doses, chez les animaux, a fait l'objet des derniers essais de M. Oulmont. Il l'a employée sous la forme de granules d'azotate d'aconitine, conseillée par M. Duquesnel, à cause de la facilité de sa préparation et de sa solubilité dans l'eau. Ces granules sont de 1/4 ou de 1/2 milligramme. M. Oulmont a presque toujours débuté par des quarts de milligramme, qu'il fait prendre deux ou trois fois par jour, augmentant la dose d'une pilule tous les jours ou tous les deux jours, suivant l'état du malade, et arrivant ainsi, en sept ou huit jours, à faire prendre six à huit granules par jour, dose qui n'a jamais été dépassée. Quand survenaient les phénomènes physiologiques ordinaires (picotement de la face, de la langue, vertiges, etc.), à un degré modéré, il n'augmentait pas la dose ; quand ces effets étaient plus marqués, il rétrogradait d'un ou deux granules, ou même cessait tout à fait. L'administration des doses était distancée de cinq à six heures, de manière à en rendre l'absorption plus facile et les effets plus durables.

M. Oulmont n'a employé l'aconitine que dans un petit nombre de maladies. Dans les névralgies faciales essentielles, sans intermittence ni périodicité bien marquées, elle paraît réussir parfaitement et produit des guérisons d'une très-grande rapidité. Il a vu un cas de névralgie faciale datant de sept jours, qui avait résisté au sulfate de quinine, céder instantanément et définitivement à un granule de 1/4 de milligramme.

Le succès est moins rapide, mais cependant remarquable déjà dans les névralgies anciennes. Les résultats sont moins favorables dans la névralgie sciatique. Sur cinq cas que M. Oulmont a traités par l'azotate d'aconitine, un seul a guéri en dix-huit jours. La maladie datait de quinze jours, et il avait été donné de un milligramme à un milligramme 1/2. Trois sont sortis dans un état d'amélioration assez marquée, après quinze jours, vingt-cinq jours, et deux mois de traitement. La maladie datait d'un à deux mois, et les malades avaient pris jusqu'à deux milligrammes et deux milligrammes 1/2 d'aconitine.

Le rhumatisme articulaire aigu a donné de beaux résultats. Chez quatre individus auxquels ce médicament a été administré à la dose, au début, de 1/2 milligramme par jour, et portée jusqu'à un milligramme et un milligramme 1/2, la guérison est arrivée une fois en huit jours, et la deuxième fois en dix jours. La température de 39 à 38° à l'entrée du malade était descendue à 37° 2, et 36° 1, et le pouls était tombé dans les mêmes proportions. Dans les autres cas, la guérison a eu lieu également, mais seulement au quinzième et au dix-huitième jour, et la dose du médicament fut portée graduellement à deux milligrammes et deux milligrammes 1/2. L'action apyrétique fut également bien évidente et la température descendit, vers le huitième et le neuvième jour, de 1° 1/2 à 2 degrés.

En résumé, il ressort des expériences de M. Oulmont : que les alcoolatures de feuilles fraîches, de tiges, de fleurs, de semences d'aconit à peu près inertes à doses faibles, constituent un médicament infidèle.

Que les alcoolatures de racines fraîches sont énergiques, mais d'une activité inégale et irrégulière et qu'il ne faut les prescrire qu'à doses faibles.

Que les teintures d'aconit sont des préparations énergiques, mais d'une action inégale et par suite dangereuse.

Que l'extrait de feuilles du codex est presque inerte aux doses usuelles.

Que l'extrait alcoolique de racines sèches des Vosges ou du Dauphiné est la préparation officinale la plus régulièrement active. Bien préparée à la dose de 2 à 3 centigr. par jour, elle peut rendre de grands services à la pratique; on peut l'élever sans qu'elle produise d'accident, graduellement jusqu'à 10 et 15 centigrammes.

L'aconit suisse doit être rejeté à cause de la violence de ses effets.

Enfin l'aconitine a une action énergique, sûre et régulière,

mais elle devra être toujours administrée à très-petites doses, par 1/4 de milligr. et en les espaçant par 3 ou 4 heures et en n'augmentant ces doses que graduellement. Avec ces précautions, c'est aux yeux de M. Oulmont la préparation qui mérite la préférence.

Hernie crurale étranglée, à forme insolite, opérée avec succès.

M. le docteur Corcellet, chirurgien en chef de l'hopital de Grenoble, a eu l'occasion de rencontrer un cas de hernie crurale étranglée présentant des conditions tout à fait insolites. Les difficultés en présence desquelles l'opérateur s'est trouvé placé dans ce cas et l'habileté avec laquelle il les a vaincues, nous font un devoir de mettre la relation de ce fait intéressant sous les yeux de nos lecteurs.

Un habitant de la commune de Laffrey, âgé de quarante ans, est entré dans le service de M. le docteur Corcellet le 14 décembre dernier. Depuis deux ans environ, il éprouve de temps à autre des coliques sourdes qui se font sentir dans le bas-ventre, du côté droit, et se dissipent sans traitement. Le mercredi 5 décembre, au retour d'un voyage pendant lequel il avait transporté un fardeau assez lourd, il a été obligé de s'aliter, les coliques sont devenues très-violentes. Il s'est traité lui-même pendant huit jours, par des lavements et une purgation à l'huile de ricin; il s'est ensuite adressé à un médecin qui lui a donné le conseil de se faire transporter immédiatement à l'hôpital, après avoir constaté qu'il était atteint d'une tumeur herniaire étranglée, irréductible par le taxis. Le voyage a été très-pénible, le malade a vomi pendant tout le trajet des matières bilieuses et fécaloïdes. Appelé aussitôt après son arrivée, M. le docteur Corcellet le trouve dans l'état suivant :

Symptômes physiques : Présence d'une tumeur située dans la région crurale droite, *au-dessus* d'un pli de l'aine vers lequel elle est remontée; cette tumeur est rénitente, douloureuse à la pression, elle offre l'aspect et le volume des hernies marronnées si fréquentes chez la femme; elle paraît fixée à un pédicule qui est très peu sensible à la pression.

Symptômes fonctionnels : Vomissements fécaloïdes, absence de garde-robes et d'évacuation gazeuse par l'anus depuis cinq jours; mais souplesse du ventre qui n'est ni sensible ni ballonné, et surtout absence complète d'algidité, de petitesse du pouls et d'expression grippée du facies; phénomènes que l'on observe si fréquemment quand l'étranglement date de plusieurs jours.

Ce défaut de concordance entre les symptômes fonctionnels jette une assez grande incertitude sur le diagnostic et par contre sur le traitement à instituer; cependant la dureté et l'élasticité de la tumeur portent à admettre l'existence d'une *entérocèle crurale étranglée*, et M. Corcellet se décide à entreprendre l'opération pour faire cesser la constriction séance tenante.

Chloroformisation, tentatives infructueuses de réduction par le taxis; incision de la peau; apparition immédiate, au milieu d'une masse de tissu graisseux, d'une tumeur d'une teinte jaunâtre, à parois épaisses, dures, nullement vascularisées et dépourvues de fibres musculaires apparentes. L'opérateur déchire avec la sonde cannelée un anneau du *fascia crebriformis* qui étranglait la base de la tumeur, et malgré le débridement de cet agent de constriction, la tumeur conserve toute sa rénitence. Il pratique alors, avec le bistouri boutonné, trois incisions à l'orifice supérieur du canal, deux en haut et une sur le ligament de Gimbernat; ce deuxième débridement ne permet pas plus que le premier l'affaissement et la réduction de la tumeur, d'où grand embarras.

M. Corcellet fait, selon l'usage, un léger pli en pinçant la tumeur entre le pouce et l'index, le pincement laisse au-dessous des doigts une sensation de vide, il était donc directement sur l'*unique paroi de la tumeur*. Mais avait-on affaire à un ancien sac épaissi, circonstance contraire aux dispositions anatomiques normales, puisque les intestins de cette région reposent directement sur le tissu conjonctif de la fosse iliaque droite et sont rarement coiffés par le péritoine; ou, au contraire, avait-on sous les yeux une anse intestinale notablement modifiée dans sa structure et sans enveloppe péritonéale? Pour élucider cette question d'une importance capitale, M. Corcellet pénètre avec le doigt dans l'ouverture faite par le débridement multiple, détruit de nombreuses adhérences autour du pédicule qui lui sert de fil conducteur et attire à l'orifice abdominal une anse intestinale bombée, sur laquelle le pédicule était implanté. A ce moment le pédicule représente un petit tube aplati, du volume d'une plume d'oie, long de huit à dix centimètres et reliant la tumeur à l'intestin; mais la tumeur est toujours rénitente et irréductible. L'opérateur détruit alors, avec l'ongle et la sonde cannelée, des brides fibro-celluleuses qui maintenaient les parois du pédicule aplaties l'une contre l'autre; et, aussitôt après l'ablation de ce dernier obstacle, le pédicule se dilate subitement sous le doigt, acquiert un volume triple, et, en se pressant sur la tumeur comme sur une boule de caoutchouc, il exprime les gaz qu'elle renferme en produisant du gargouillement, et refoule deux fragments de matière fécale du volume d'un noisette qui cheminent le long du pédicule jusqu'à leur chute dans l'intestin. Alors la tumeur s'affaisse complétement et il devient facile de réduire le tout dans la cavité abdominale.

Suites de l'opération. — Pas de péritonite consécutive, rétablissement du cours des matières le 18, à la suite de lavements laxatifs et de l'administration d'une limonade Rogé.

24, fièvre intense, délire, phénomènes inflammatoires et érysipélateux autour de la plaie, issue d'une quantité considérable de sérosité et de pus, pansements antiseptiques répétés trois fois par jour, régime tonique.

26, issue de quelques lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, fonte purulente du fascia sous-péritonéal. Pouls 92, température 39,5.

28, amélioration, désir de manger; la plaie se couvre de bourgeons charnus.

3 janvier, plaie à peu près complétement cicatrisée, pouls 62. Température normale, constipation permanente.

4, manifestation de symptômes d'hallucination. Le malade est persuadé qu'il va mourir; il refuse de prendre le plus léger aliment; haleine fétide, regard hébété.

5, le malade s'est promené toute la nuit dans la salle en prononçant des paroles incohérentes.

Redoutant l'influence du séjour de l'hôpital, bien souvent fatal aux habitants de la montagne, M. Corcellet le renvoie d'urgence dans son village, et il a eu la satisfaction d'apprendre depuis que les troubles passagers de sa raison s'étaient complètement dissipés et que sa santé s'était tout à fait rétablie vers la fin de janvier.

Ce qu'il y a de particulièrement digne d'intérêt dans cette observation, c'est la double manœuvre qui a fourni à l'opérateur les éléments de diagnostic à l'aide desquels il a pu la mener à bonne fin, le pincement de la tumeur et la pénétration du doigt dans l'ouverture faite par le débridement de l'orifice

supérieur du canal crural, afin d'essayer d'attirer au dehors une partie d'intestin. Grâce à ce procédé, recommandé pour la première fois par le professeur Sédillot, on arrive à peu près sûrement à reconnaître si la hernie a ou n'a pas une enveloppe péritonéale; c'est là, comme le fait remarquer notre confrère, le moment psychologique pour l'opérateur. Tant qu'on est dans le doute il faut explorer avec le doigt et laisser le bistouri de côté, si l'on ne veut pas s'exposer au malheur irrémédiable d'ouvrir l'intestin pris par mégarde pour le sac. M. Corcellet attribue en grande partie à la mise en action de ce procédé et à la rencontre d'un certain nombre de cas heureux, traités de bonne heure, la guérison inespérée des vingt-neuf malades qu'il a opérés jusqu'à ce jour, soit dans la pratique civile, soit dans la pratique hospitalière.

Et maintenant quel était l'organe hernié? A ce sujet, trois hypothèses se sont présentées à son esprit. Nous les laissons développer par M. Corcellet lui-même.

Première hypothèse. — La continuation directe du pédicule avec l'intestin permet de considérer le viscère extra-abdominal comme un diverticulum du cœcum développé en forme de doigt de gant, diverticulum dont la partie moyenne était entourée par des fibres du *fascia transversalis* constituant un large collet, et dont l'extrémité ayant franchi un des orifices du *fascia crebiformis*, agent constricteur, s'est épanouie en formant la tumeur herniaire étranglée. Cette hypothèse rend parfaitement compte de la marche lente de l'affection, et de la physionomie des faits observés pendant l'opération; seulement il faut admettre que le cœcum avait subi dans sa migration des modifications de structure considérables, car sa surface était lisse et n'offrait aucune trace de fibres musculaires. Peut-être cet infundibulum était-il une anomalie analogue aux prolongements du cœcum qui existent à l'état normal chez certains vertébrés?

Deuxième hypothèse. — Le siége et la forme tubulaire des parties herniées faisaient songer à l'appendice vermiculaire, mais il faut encore admettre de grands changements survenus dans les dimensions de ce petit prolongement cœcal, nous en avons insufflé deux à l'amphithéâtre et nous n'avons pas pu produire un développement semblable à celui qu'avait l'organe observé.

Troisième hypothèse. — Au début de l'opération, je croyais avoir la certitude d'être en présence d'un ancien sac. La tumeur en avait l'aspect, et le pédicule, après sa dilatation, ressemblait à s'y méprendre à la tunique péritonéale épaissie que j'ai rencontrée fréquemment; mais, pour expliquer la communication directe du pédicule avec l'intestin, il faut supposer l'existence d'une péritonite locale ancienne à la suite de laquelle le péritoine aurait contracté des adhérences avec l'intestin, et la perforation du segment d'intestin circonscrit par les adhérences, ces phénomènes se produisant dans certaines circonstances pathologiques, cette dernière hypothèse pourrait être la moins invraisemblable. Dr Brochin.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. H. Coursserant.

Hémiopie temporale unilatérale. — Phosphaturie.

Le curieux symptôme connu sous le nom d'hémiopie, phénomène rencontré dans différentes affections du cerveau ou de son enveloppe osseuse, a toujours vivement intéressé les médecins et les ophthalmologistes. Dans les cas publiés, la suppression d'une moitié du champ visuel existait également pour les deux yeux, et suivant les portions des rétines qui se trouvaient frappées d'anesthésie, on était porté à diagnostiquer une lésion siégeant sur telle ou telle partie du trajet des nerfs optiques.

A cet effet, la majorité des observateurs adoptaient et adoptent encore la théorie de l'entrecroisement partiel des deux nerfs optiques dans le chiasma.

Pourtant, certains cas d'hémiopie exigeant pour être expliqués une lésion symétrique soit à l'origine, soit sur le trajet des fibres nerveuses, certains auteurs, Michel, Mandelstamm, etc., se basant: 1° sur des expériences physiologiques instituées sur les animaux; 2° sur des préparations microscopiques; 3° sur un certain nombre de faits cliniques, crurent pouvoir affirmer que la semi-décussation des nerfs optiques n'existait pas, et que, bien au contraire, l'entrecroisement complet était la vérité anatomique vraie.

Nous n'entrerons pas dans la discussion de cette importante question d'anatomie et de topographie cérébrales, d'autant plus que le cas publié ci-dessous est loin d'apporter la lumière dans le débat.

M. le professeur Charcot voyant que les deux théories anatomiques expliquaient mal la répartition de l'hémiopie dans certains cas particuliers et que, de plus, elles ne pouvaient rendre compte d'une façon bien nette de ces cas d'amblyopie croisée chez les hémianesthésiques, créa par les vues de l'esprit un deuxième entrecroisement situé quelque part en arrière des corps genouillés et des tubercules quadrijumeaux.

D'un point situé en arrière des corps genouillés, partiraient, suivant M. Charcot, toutes les fibres nerveuses destinées à la rétine du côté opposé, et le premier contact des filets nerveux aboutissant aux parties homologues des deux rétines, n'aurait lieu que dans la bandelette optique correspondant au lieu d'origine. Arrivées dans le chiasma les fibres nerveuses suivraient la répartition qu'on leur assigne dans la théorie ancienne de la semi-décussation.

Nous verrons, dans un instant, comment cette vue ingénieuse pourrait, jusqu'à un certain point, rendre plus facilement compte du cas curieux qui nous occupe et qui serait, si nous en croyons nos nombreuses recherches, le premier publié jusqu'à ce jour.

Observation. — Mlle P.., âgée de quarante-trois ans, débitante de tabacs, à Cherbourg, se présente pour la première fois à ma clinique, le 18 juillet 1877.

Il y a trois ans, elle a été atteinte de rhumatisme polyarticulaire subaigu. Depuis six ou sept mois elle est sujette à des pertes utérines abondantes, tantôt précédant, tantôt suivant les époques menstruelles régulières. Elle a remarqué que le commencement de ces accidents avait coïncidé avec l'apparition de douleurs profondes et vagues dans la tête, avec une certaine faiblesse dans les reins et les jambes, et avec une diminution considérable de la vue du côté gauche. « Tout travail appliqué, dit-elle, m'est impossible depuis quelques mois. Je ne puis définir le trouble visuel dont je suis affectée. Il me prend sous la forme d'étourdissements apparaissant sur tout pendant le travail. »

Pendant que la malade me racontait ce qui précède, je fus frappé de l'air hébété de sa physionomie, d'un certain degré de difficulté dans la parole, de son débit lent et apathique et d'une recherche assez longue pour certains mots.

Interrogée sur ses facultés intellectuelles, elle m'apprend avoir très-bien remarqué une certaine faiblesse de la mémoire.

Extérieurement le globe oculaire gauche, le seul en question, est absolument normal, la mobilité de l'iris parfaite, les milieux accessibles à l'éclairage oblique transparents. Un premier examen sans atropine ne me révélant aucun trouble de la réfraction ni aucune lésion du pôle postérieur de l'œil, pouvant expliquer la diminution considérable de l'acuïté visuelle accusée par la malade et constatée à l'aide des échelles, je dilate fortement la pupille pour examiner attentivement les parties périphériques.

Ce dernier examen ne m'ayant fourni que des données négatives en face de l'intégrité absolue des milieux du nerf optique et des membranes profondes, je dus conclure à une cause extra-oculaire, et pour cela je passai à l'examen de la vision périphérique de cet œil gauche.

Plaçant la malade à 30 centimètres d'un tableau noir sur lequel est collé un index blanc comme point de fixation central, je trouvai une abolition complète de toute la partie gauche ou temporale de son champ visuel, abolition remarquable par une délimitation verticale passant mathématiquement par le centre de l'index. Toute la partie interne du champ de vision a conservé une intégrité fonctionnelle absolue comme étendue et comme perception visuelle.

Croyant trouver le même phénomène du côté de l'œil droit, je fais le même examen et je ne puis que constater par le miroir aussi bien que par l'exploration subjective, le parfait fonctionnement de cet œil.

Je reportai alors mon attention sur l'état de la sensibilité et de la motilité. Pas d'anesthésie : absence de paralysie, de contracture. La peau de la malade présente des troubles circulatoires cutanés, caractérisés par de petites plaques violacées, disparaissant un instant sous la pression et situées principalement sur les avant-bras, les cuisses, les jambes et la poitrine du côté gauche. Enfin, point important, les urines contiennent une quantité énorme de phosphates : pas d'albumine ni de sucre. La quantité rendue semble normale.

En présence d'un cas aussi rare, je crus devoir soumettre la malade à l'examen de quelques-uns de mes confrères.

MM. les docteurs Armaignac, Bouland, G. de Grammont, voulurent bien examiner cette dame et ne purent que constater comme moi, l'hémiopie temporale unilatérale et l'absence absolue de lésions oculaires accessibles à l'ophthalmoscope.

Il y a donc une lésion extra-oculaire. Où peut-on la placer et à quel ordre pathologique peut-elle se rattacher ?

Si on admet la théorie de la semi-décussation, elle doit de toute nécessité choisir soit dans le nerf, le chiasma ou la bandelette, les fibres nerveuses exactement destinées à la partie interne de la rétine de cet œil gauche.

Or, en présence d'une hémiopie aussi tranchée, cette hypothèse d'une dissection, d'une élection aussi minutieuse nous paraît peu acceptable dans un cordon nerveux au milieu duquel toutes les fibres sont enchevêtrées.

La lésion exigerait la même précision dans la théorie de l'entre-croisement complet adoptée et défendue par Michel. La preuve macroscopique en a été donnée pourtant une fois, croyons-nous, par Saemich.

La théorie de M. Charcot résisterait mieux à l'explication, si à l'origine réelle du nerf optique destiné à l'œil gauche, les fibres nerveuses destinées aux deux moitiés de cette rétine gauche pouvaient offrir une certaine indépendance, un certain degré d'écartement permettant ainsi à la lésion de s'isoler.

Sommes-nous en présence d'un de ces diabètes phosphatiques ayant amené un petit foyer hémorrhagique ou bien la présence de phosphates dans l'urine n'est-elle que la manifestation d'une lésion encéphalique primitive ? (Voyez Duguet. *École de médecine* p. 6).

La malade étant rhumatisante, est-ce une embolie capillaire à l'origine réelle du nerf ? L'examen du cœur ne nous a rien appris. Les palpitations causées par l'émotion d'un examen prolongé, ainsi que l'intensité des battements cardiaques nous ont empêché de mettre à profit cet examen. Est-ce un cysticerque cérébral ? Le fait a été signalé déjà. Nous repoussons bien entendu la possibilité d'une intoxication névro-rétinienne par les émanations nocives du tabac auxquelles elle est exposée. Est-ce une tumeur cérébrale? Pas de perte de connaissance, pas de convulsions, pas de vomissements, jamais de diplopie ni de strabisme. Pour nous, nous pencherions vers un diabète phosphatique ou une plaque de sclérose.

Nous avons prescrit l'arsenic, l'hydrothérapie, l'exercice et un régime tonique destiné à relever les forces de la malade, nous réservant d'administrer l'iodure de potassium et les préparations mercurielles lorsque la phosphaturie aurait diminué.

Nous avons été tenu au courant de cette malade. L'état de la vision n'a point changé. La faiblesse générale est de plus en plus accusée. Enfin, les pertes utérines qui n'existaient pas depuis plusieurs mois ont reparu ces temps derniers avec une grande intensité.

REVUE DE LA PRESSE

Perforation de la voûte crânienne par arme à feu; expérience sur les battements du cerveau. — M. Oudin a fait ses expériences sur un blessé « qui avait perdu une partie de sa voûte crânienne et dont la dure-mère avait été mise à nu et violemment écartée de la paroi osseuse, dans une certaine étendue, par une balle qui était sans doute allée se loger entre elle et le crâne. »

Voici comment M. Oudin a été amené à entreprendre ces expériences : « Un jour, en faisant le pansement et en faisant couler de l'eau dans la plaie pour la laver, on constate que ce liquide est violemment agité et exécute des mouvements rhythmiques isochrones à ceux du pouls. Leur amplitude est assez étendue pour que le liquide disparaisse presqu'au fond de la plaie pendant la diastole, pour venir en affleurer les bords à chaque sytole artérielle. Si le malade tourne, toute l'eau est aussitôt rejetée en dehors. Dans l'expiration forcée, elle s'écoule aussi immédiatement et, dans les grandes inspirations, elle disparaît au début pour venir à la fin déborder de la plaie. »

M. Oudin eut alors l'idée de placer, dans la plaie, un tube de verre rempli d'eau afin de voir ce qui se reproduirait. Les mêmes oscillations se renouvelèrent. De ces expériences M. Oudin conclut :

1° L'existenc des battements du cerveau isochrones à ceux du pouls;

2° L'existence de battements dus à l'influence de la respiration : élévation de la colonne liquide pendant toute la durée de l'expiration *et à la fin des grandes inspirations;* abaissement pendant l'inspiration normale;

3° Sous l'influence du sommeil produit par le chloral, l'amplitude des oscillations était beaucoup diminuée. (*Rev. mens.* et *Prov. méd.*)

Angiome caverneux intra-musculaire. — M. Ollier a présenté à la *Société des sciences médicales de Lyon*, un angiome caverneux intra-musculaire qu'il a extirpé. Cette tumeur siégeait dans l'épaisseur du muscle grand pectoral, au niveau des troisième et quatrième côtes, à deux travers de doigt en dehors du sternum, sur la moitié gauche du thorax. L'enfant qui la portait était un garçon de douze ans. Il y a deux ans seulement, on a constaté la présence de cette tumeur dans la région indiquée. On n'y avait rien remarqué jusque-là, ni l'enfant, ni les personnes qui lui donnent des soins. A aucun moment cette tumeur n'a été douloureuse. La tumeur ayant été prise pour un kyste, avait été incisée par un praticien qui y introduisit ensuite une flèche de pâte de Canquoin. Au bout de quelque temps la tumeur s'était reproduite, et, depuis deux mois environ, elle augmentait considérablement de volume. Le malade fut alors amené à M. Ollier qui porta le diagnostic de tumeur veineuse sacciforme intra-musculaire du grand pectoral, et fit une ponction exploratrice qui confirma le diagnostic. Avant la ponction la tumeur avait la grosseur d'un gros œuf de poule; elle se réduisit à celui d'une noix après la sortie du sang qui était absolument pur. Mais, le lendemain, elle avait repris son volume primitif. Le développement rapide de la tumeur indiquait l'opération. L'extirpation fut pratiquée : tous les vaisseaux furent liés à mesure. On n'en rencontra aucun de volume anormal.

La tumeur fut énucléée sans encombre du milieu des fibres du grand pectoral. Les poches sanguines vidées, la tumeur se réduisit au volume d'une petite noix. La structure est identique à celle des tissus érectiles normaux.

On ne peut établir si cet angiome caverneux était congénital? Le jeune garçon raconte avoir reçu un violent coup de poing d'un de ses camarades d'école. On ne remarqua cependant pas d'ecchymose. La tumeur est-elle la conséquence de ce coup? On ne pouvait l'avancer, mais on sait que des auteurs : Bell, Paget, Dupuytren, Lücke citent des cas de tumeurs caverneuses consécutives à des coups.

L'angiome des muscles est encore une rareté pathologique. Ar-

mand Desprès (thèse d'agrég., 1866) cite neuf faits cliniques d'angiomes musculaires opérés. Hénocque, dans son article : *Maladies chirurgicales des muscles*, in *Dictionnaire encyclopédique*, raconte un cas inédit de Demarquay (angiome du muscle soléaire, 1869). L'observation de M. Ollier porterait donc à onze le chiffre des angiomes intra-musculaires opérés jusqu'à ce jour. (*Lyon méd.*)

Glace dans le rectum pour combattre la narcose chloroformique. — Selon le docteur Baillée, il n'y a pas de moyen plus actif dans la narcose causée par le chloroforme, que l'introduction d'un morceau de glace dans le rectum. Une pression modérée suffit pour surmonter la résistance du sphincter. La glace fond dans l'intestin et immédiatement il se produit une respiration profonde, précurseur de la respiration naturelle et du rétablissement des fonctions cardiaques. M. Baillée recommande le même moyen dans les cas de mort apparente des nouveau-nés. (*Revue thér. méd. chir.* et *Arch. méd. belges.*)

Convulsions déterminées chez un enfant par la présence d'un cheveu dans le canal alimentaire. — La *Lancet* rapporte la curieuse observation suivante :

Un enfant âgé de moins d'un an souffrait depuis plusieurs semaines de « convulsions » plus ou moins graves qui se répétaient fréquemment, sans que sa santé parût autrement altérée. On avait épuisé tous les moyens usités quand, par hasard, la mère remarqua le bout d'un cheveu logé entre les deux incisives de l'enfant. La mère, en tirant dessus, constata qu'un cheveu de près de 90 centimètres de longueur pendait dans la gorge de l'enfant. Dès que le cheveu fut enlevé, les convulsions cessèrent comme par enchantement. — (*Journ. des sciences méd. de Louvain* et *Arch. méd. belges.*)

Pourquoi les rétrécissements organiques siégent-ils le plus souvent dans la portion bulbeuse de l'urèthre, par A. Pearce-Gould (de Westminster). — Laissons de côté les rétrécissements dus aux traumatismes et ne considérons que les rétrécissements consécutifs à une uréthrite chronique. L'uréthrite débute presque invariablement au méat externe et gagne en arrière vers la vessie; elle est, par suite, plus fréquente et aussi plus intense (dans sa période d'acuité) dans la portion pénienne; et cependant l'induration qui en résulte se rencontre plus ordinairement dans la portion bulbaire. Cela paraît un paradoxe, mais M. Henri Thompson en a donné l'explication suivante : « C'est la durée de l'inflammation subaiguë qui doit être regardée comme la cause des dépôts plastiques dans et au-dessous de la membrane muqueuse, et ces dépôts, en revenant ensuite sur eux-mêmes, produisent la corrélation. » M. Guérin explique le fait par le volume plus grand et la vascularité plus marquée du corps spongieux au niveau du bulbe que dans la portion située en avant, et il en résulte une exagération de l'exsudation plastique. Mais il est évident que le rétrécissement, formé d'un tissu induré et comme cicatriciel, est le résultat d'une inflammation *chronique* et non pas d'une inflammation *aiguë*, et si la vascularité, l'activité nutritive plus marquées d'un organe favorisent une exsudation plus abondante dans les cas d'inflammation aiguë, elles favorisent, du même coup, une guérison rapide; ce sont les parties les moins vasculaires qui sont surtout sujettes aux inflammations chroniques avec induration. Une autre cause de l'inflammation chronique, qui est de beaucoup la plus fréquente, c'est une *irritation prolongée*. L'auteur croit donc qu'un *agent irritant, fixé en un point*, est la véritable cause de la marche chronique que prend l'uréthrite dans la région bulbaire. On peut, en effet, distinguer trois parties dans l'urèthre : une *verticale supérieure*, comprenant les régions prostatique et membraneuse; une *horizontale*, formée par la région bulbaire; une *verticale inférieure*, ou portion pénienne. C'est la portion horizontale qui est le siége de l'uréthrite chronique; cela tient uniquement à ce que toute sécrétion, provenant de la muqueuse de la portion supérieure, s'écoule jusque dans la région horizontale, tandis que celles de la portion inférieure s'écoulent par le méat. Donc il restera, dans la portion horizontale, les sécrétions de cette portion, et celles de la portion supérieure; d'où une stagnation qui irritera la surface enflammée et déterminera le travail inflammatoire *chronique*.

Telle est, d'après A. Pearce-Gould, la cause pour laquelle les rétrécissements siégent dans la région bulbaire. Le traitement qu'il préconise, d'après cette théorie, devra donc avoir pour but de laver, fréquemment, cette région. La miction, quatre à cinq fois par jour, ne suffisant pas, il prescrit des injections fréquentes, faite de façon que le malade redresse la verge vers l'abdomen pour faire disparaître la courbure péno-scrotale, et en injectant le liquide lentement, tout en pressant en arrière du périnée avec l'autre main. Le choix du liquide importe peu, le but essentiel étant un lavage fréquent (six ou huit fois par jour), pour empêcher la rétention des produits irritants. On pourrait prendre une solution de 5 centigrammes de chlorure de zinc dans 500 grammes d'eau. Il est intéressant de remarquer que les rétrécissements sont, dit-on, plus fréquents dans les pays chauds que dans les pays froids. Cela ne peut-il dépendre de la fréquence moins grande de la miction et de la concentration plus marquée de l'urine des premiers? (*Prov. méd.*)

Recherches sur la non-inoculabilité syphilitique du sperme, par le docteur H. Mireur (de Marseille). — L'auteur, en 1867, avait déjà soutenu dans sa thèse inaugurale que : « il est probable que le sperme, pas plus que les autres sécrétions de l'économie, ne participe aux propriétés contagieuses du chancre, du sang et des lésions secondaires syphilitiques. » Mais il n'avait alors aucune indication positive. Sans doute, Hunter avait déjà affirmé la même opinion, mais sans fournir lui-même, pour soutenir ses convictions, aucun argument positif.

D'un autre côté, en 1857, Porter publia un mémoire où il affirme que la semence d'un homme syphilitique pourrait, sans intervention de grossesse, développer l'infection chez une femme saine en dehors de toute espèce d'accident primitif; il admet donc la contagiosité pleine et entière de la liqueur séminale. A l'appui de son opinion, il cite des faits qui ne sont pas très-concluants, ou, du moins, qui sont très-complexes.

C'est pour élucider la question que le docteur Mireur croit utile de publier une tentative expérimentale à peu près concluante. Un sujet syphilitique, vingt-six ans, *en pleine évolution secondaire*, n'ayant encore suivi aucun traitement spécifique au moment de l'expérience, quoique son chancre cicatrisé eût laissé à sa suite une induration des plus caractéristiques, consentit à fournir l'élément de l'inoculation.

Le sperme de cet individu, maintenu avec un soin minutieux à une température légèrement tiède, fut inoculé, immédiatement après sa production, à quatre personnes absolument indemnes d'antécédents syphilitiques. Tous les instruments employés étaient neufs et, par conséquent, d'une propreté irréprochable sur les deux premiers sujets : l'inoculation est pratiquée au moyen de l'aiguille cannelée, trois piqûres sur chaque bras. Sur la jambe droite de la troisième personne, on produit avec du coton imbibé d'ammoniaque, suivant le procédé de Trousseau pour l'absorption cutanée des médicaments une vésication de la dimension d'un dé à coudre. L'épiderme enlevé, on place sur le derme, mis à nu, un petit plumasseau de charpie imbibé de la liqueur séminale. Un pansement est fait et laissé soigneusement en place pendant vingt-quatre heures.

Pour la quatrième personne, le sperme est déposé dans une plaie béante, consistant en trois incisions transversales, pratiquées vers l'insertion du deltoïde et avec un pansement analogue au précédent.

On n'a observé, sur aucun des opérés, aucun phénomène perceptible ni local, ni constitutionnel, outre les constatations minutieuses et régulières auxquelles ces quatre personnes ont été soumises journellement pendant plus de dix semaines, elles furent encore l'objet d'une surveillance attentive pendant six mois environ. Deux des individus, examinés une fois encore un an après l'inoculation ont confirmé, par leur bon état de santé, le résultat absolument négatif de l'expérience. — (*Annales de dermatol. et de syphil.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Avis. — Volontariat d'un an. — Le doyen de la Faculté porte à la connaissance de MM. les étudiants les dispositions suivantes prises par M. le ministre de la guerre :

« Tous les jeunes gens qui, à un titre quelconque, demandent à jouir du bénéfice du volontariat doivent déposer une demande écrite à la préfecture du département où ils veulent s'engager. Ce dépôt doit être effectué du 1er juillet au 31 août. Passé cette époque aucune demande ne sera admise et les jeunes gens qui appartiennent par leur âge à la classe de 1878, qui ne se seront pas fait inscrire dans les délais fixés seront tenus, suivant leur numéro de tirage, à toutes les obligations du service imposées par la loi.

Les examens prescrits par l'article 54 de la loi du 17 juillet 1872 auront lieu du 16 au 30 septembre.

Les engagements seront reçus du 25 octobre au 25 novembre. La mise en marche aura lieu le 8 novembre.

— *Concours pour l'agrégation en médecine.* — A la séance de mercredi 20 mars, M. Joffroy a eu à traiter « de la syncope ». — M. Hallopeau : « des accidents cérébraux dans les maladies du cœur. »

A la séance de jeudi 21 mars, M. Spillmann : « du délire lié aux maladies aiguës ». — M. Laure : « de l'hémoptysie. »

— M. le docteur P. Ménière (d'Angers) professeur libre de gynécologie a commencé aujourd'hui vendredi 22 mars la deuxième partie de son cours de *thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus et annexes* et le continuera les vendredis suivants de quatre à cinq heures (amphithéâtre n° 2 de l'École pratique).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'étiologie des avortements à répétition, par le docteur Goubert. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

Inoculabilité de quelques affections cutanées, par le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. — Prix : 50 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur la mort subite dans la fièvre typhoïde, par le docteur Rabère. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les pleurésies hémorrhagique, néomembraneuse, tuberculeuse et cancéreuse, par le docteur R. Moutard-Martin. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude clinique et expérimentale sur les différences que peut présenter la symptomatologie de la méningo-encéphalite de la convexité du cerveau suivant le siége des lésions, par le docteur Viel. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude de la goutte, par le docteur Pouzet. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'ictère hémaphéique, principalement au point de vue clinique, par le docteur Dreyfus-Brisac. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Traité de géologie et de paléontologie, par Credner, professeur à l'université de Leipzig, traduit sur la troisième édition allemande par Monniez.

Ce traité sera publié dans le courant de l'année 1878 en quatre fascicules de dix feuilles chacun. — Prix de l'ouvrage complet, 1 vol in-8° de 640 pages avec 448 gravures dans le texte, 16 francs. — Paris, 1878, F. Savy.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 36. — MARDI 26 MARS 1878. 51e ANNÉE. MARDI 26 MARS 1878. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Hystérie à forme vésicale.

Nous avons actuellement, dans le service, une jeune fille extrêmement intéressante, car elle présente une affection assez obscure, pour que plusieurs médecins aient diagnostiqué successivement chez elle des tubercules pulmonaires, un ulcère simple de l'estomac et une péritonite tuberculeuse.

Cette jeune fille, ayant des antécédents de phthisie dans sa famille, a présenté, dans son enfance, quelques engorgements ganglionnaires, puis des migraines et aussi des vomissements, surtout pendant les exercices un peu violents. Circonstance importante à noter, elle a été élevée dans un ouvroir jusqu'à dix-huit ans. A cet âge elle fut réglée. Il y a quatre ans, elle eut une affection pulmonaire aiguë accompagnée de crachements de sang. Il lui resta, de cette maladie, des hémoptysies auxquelles s'ajoutèrent des hématémèses; la nature de ces hémorrhagies est très-évidente, d'après les renseignements qu'elle donne. En outre, les vomissements dont elle continuait à souffrir, cessaient lorsque ses règles paraissaient; ils augmentaient et contenaient plus ou moins de sang lorsque les règles manquaient. Dernièrement, pendant ces vomissements, elle eut des symptômes qui firent penser à une péritonite. Son état s'est un peu amélioré mais les vomissements ont persisté. Depuis qu'elle est dans le service elle a présenté de nouveaux symptômes de péritonite avec douleurs violentes dans le ventre, mais sans aucune fièvre. Aujourd'hui les phénomènes se sont bien amendés; il persiste seulement des vomissements. Le ventre est tendu, résistant, surtout dans le flanc gauche, mais rien n'y peut faire supposer une tumeur. Dans le poumon, bien qu'il y ait un peu d'affaiblissement du murmure respiratoire à l'un des sommets, il est impossible de rien affirmer pour ou contre une lésion de cet organe; la malade est tourmentée également par une toux fréquente, mais quinteuse et ayant tous les caractères de la toux nerveuse.

On voit que, chez cette jeune fille, les organes respiratoires, digestifs et intestinaux, présentent des phénomènes morbides dont il faut expliquer la cause.

L'état d'intégrité du poumon permet difficilement d'admettre chez elle des tubercules produisant une hémoptysie qui date déjà de loin; si l'on considère qu'elles ont commencé à une époque où les règles sont devenues irrégulières et que depuis elles ont souvent alterné avec elles, on acceptera plus facilement l'idée d'hémoptysie supplémentaire. Toutefois, il faut bien savoir que, chez les phthisiques, c'est souvent au moment où les règles devraient avoir lieu que se produisent les hémoptysies.

La même cause est applicable aux hématémèses qui ne peuvent se rattacher à un ulcère simple; dans cette affection, en effet, le changement de régime, le régime lacté, notamment, amènent toujours une amélioration plus ou moins temporaire. Dans ce cas, il n'en a pas été ainsi. Enfin, il faut ajouter que le jour où ce phénomène hématémèse a cessé, il a été remplacé deux fois par des accidents abdominaux très-douloureux, qu'on a rapportés à la péritonite la première fois, mais que l'absence de fièvre dans la seconde a démontré n'en être pas. Ces derniers accidents peuvent se rapporter à ce que les Anglais ont appelé la fausse péritonite, et qui consistent dans des tympanites très-douloureuses, survenant brusquement, avec sensibilité exagérée du ventre et vomissements. Dans ce cas, il est vraisemblable qu'il s'est produit, au moment où les vomissements ont cessé, une hématocèle rétro-utérine très-peu abondante, ainsi que l'indique le toucher rectal, le toucher vaginal ne pouvant être fait suffisamment parce que la malade est vierge. Cette petite hématocèle est probablement l'origine de la distension énorme qui s'est produite, ainsi que cela se voit chez les femmes hystériques, chez lesquelles le moindre phénomène matériel amène des accidents d'ordre nerveux considérables, à tel point que cette lésion peut passer inaperçue et qu'on dit alors le phénomène essentiel. Le tympanisme assez prononcé souvent pour faire croire à des tumeurs abdominales, la toux nerveuse semblable à celle du début de la phthisie, les vomissements remarquables en ce que, malgré leur fréquence, ils n'amènent pas un amaigrissement trop considérable, sont des phénomènes hystériques qui paraissent bien nets chez cette malade. Elle a, de plus, l'hyperesthésie de la peau qui est douloureuse un peu partout; elle a, enfin, peu de sensibilité de l'épiglotte, symptôme signalé chez les hystériques et d'autant plus remarquable que chez cette femme, si sujette aux vomissements, on peut impunément toucher le pharynx et l'épiglotte sans provo-

quer de nausées. Chez elle, la mobilité des symptômes et la substitution des uns aux autres, l'importance des manifestations fonctionnelles hors de toute proportion avec les lésions qu'on rencontre, doivent être rattachées à l'hystérie à forme torpide, froide, viscérale, qui naît dans les conditions d'ennui, de vie retirée, de *tœdium vitæ* dans lesquelles s'est trouvée cette malade, et qu'on observait autrefois si souvent chez les femmes renfermées malgré elles dans les couvents.

Dans des cas semblables, la médication devra être conduite avec prudence. Beaucoup d'hystériques ne se trouvent pas bien de la médication perturbatrice. Ainsi celle-ci ne pourrait sans danger prendre beaucoup de fer qui serait susceptible de provoquer des poussées vers le poumon. L'exercice et l'hydrothérapie pourraient également provoquer des accidents du côté du ventre. Pour le moment, on devra la maintenir immobile et employer des palliatifs contre la douleur. Plus tard, on la soumettra à la médication tonique et au lieu du fer, qui est toujours excitant, on lui donnera du manganèse qui, dans ce cas, est très-bien supporté. On le donne sous forme de pilules composées selon la formule de Vallet, en substituant le manganèse au sulfate de fer.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Polype utérin de forme bilobée. Indication opératoire. — II. Conduite du chirurgien dans les cas de mutilation de la main.

I. J'ai eu récemment l'occation d'enlever un polype utérin chez une dame, âgée de quarante-six ans ; cette extirpation ayant présenté une circonstance particulière assez curieuse, je m'empresse de la rapporter à ma clinique, afin de vous éclairer pour l'avenir, si pareil fait se représentait.

Le polype utérin sortait en grande partie de la cavité utérine et faisait saillie dans le vagin, quoiqu'il eût son point d'insertion dans la cavité même du *corps* de l'utérus. Ordinairement, les polypes utérins ont un pédicule effilé, beaucoup moins gros que le corps du polype; dans ces cas, l'application de la chaîne de l'écraseur linéaire se fait avec une grande facilité. L'anse ayant franchi le corps du polype, qui est la partie la plus renflée, la chaîne glisse, comme sur un plan incliné, sur le pédicule et s'y place pour ainsi dire d'elle-même.

Il n'en a pas été ainsi chez cette malade : après avoir fait passer la chaîne sur le corps du polype et l'avoir fait glisser aussi loin que possible, j'ai remarqué que l'anse de l'écraseur était encore très-large, ce qui me faisait supposer que le pédicule avait une énorme circonférence, ou plutôt que je n'avais pas encore atteint ce pédicule. Ayant de nouveau introduit le spéculum, j'arrivai à apercevoir, *au-delà de l'anse de l'écraseur*, une nouvelle portion du polype aussi volumineuse que celle qui proéminait à l'orifice du vagin. J'aurais pu sectionner le polype au niveau où se trouvait alors l'anse de l'écraseur : la portion restante du polype ne serait sphacélée après quelque temps; mais, comme il était inutile d'exposer la malade aux accidents septicémiques que pouvait engendrer la décomposition de ce corps étranger dans l'utérus, je voulais enlever tout le polype. Je plaçais donc la chaîne au delà du nouveau lobe découvert, pour arriver, cette fois, sur le pédicule, quand soudain, le pédicule s'est rompu et le polype est tombé sans que nous eussions employé l'écraseur linéaire. Je pus immédiatement constater que le polype était composé de deux lobes séparés par un sillon (en forme de brioche); c'est sur ce sillon que ma chaîne s'était arrêtée lors de la première application, au lieu de glisser directement sur le pédicule comme cela arrive lorsque le polype a la forme d'une poire.

La conclusion à tirer de ce fait est que : si, dans une extirpation de polype utérin, on s'aperçoit que l'anse est trop grande, que le pédicule est trop volumineux et mal séparé de son point d'insertion, il faut songer à la possibilité d'un polype bilobé, comme dans le cas précédent, et essayer de porter plus loin l'anse de l'écraseur linéaire pour chercher un pédicule plus étranglé,

II. A propos de la petite opération que je vais faire à un jeune malade entré dans notre service, il y a trois mois, pour un écrasement de la main, je tiens à insister, une fois de plus, sur la conduite que doit tenir le chirurgien dans les plaies de la main.

Lorsque vous aurez à traiter un blessé atteint d'un écrasement quelconque de la main, prenez pour règle absolue de ne rien exciser, de ne rien régulariser avec le bistouri. Dans ces cas, le chirurgien ne doit songer qu'à prévenir et combattre les accidents primitifs; mais il doit laisser à la nature le soin de sauver tout ce qu'elle peut sauver; elle conservera plus que le chirurgien et fera au mal une part toujours moindre. On ne s'imagine pas assez nettement combien des tissus dilacérés, et condamnés au premier jour, peuvent reprendre de vitalité et se réparer. Laissez donc faire la nature, attendez. Plus tard, après des semaines ou des mois même, quand la cicatrisation sera faite, alors seulement le chirurgien doit intervenir et régulariser la plaie, de façon à rendre au malade l'usage du membre plus facile.

Le jeune garçon que nous allons opérer, est entré au mois de novembre pour un écrasement de la main qui comprenait les trois derniers doigts jusqu'au métacarpe. L'index portait aussi une plaie assez vaste, et une partie du métacarpe était endommagée. Si j'avais opéré dès le premier jour pour régulariser la plaie, certainement j'aurais été tenté d'enlever, sinon le métacarpe, au moins l'index. Nous nous sommes bornés à des applications d'eau froide, au pansement ouaté que nous avons été obligés d'enlever et que nous avons remplacé par des pansements antiseptiques.

Nous avons laissé tomber les phalanges d'elles-mêmes et nous avons laissé la cicatrisation se faire spontanément. Aujourd'hui l'index est sauvé, tout le métacarpe est intact. Il nous reste à inciser la cicatrice pour extirper les premières phalanges restées, pour régulariser la cicatrice sur l'extrémité des métacarpiens. Cette désarticulation des phalanges nous permet ainsi de reporter la cicatrice sur la face dorsale de la main; nous attendrons la réunion par seconde intention, que nous favoriserons par des lavages antiseptiques, et, plus tard, quand la plaie sera couverte de bourgeons charnus, par des bandelettes de diachylon. Dans un mois, nous pouvons être certains de trouver un bord cubital tout à fait régulier; et nous aurons évité certainement toute complication.

L'utilité de cette manière d'agir dans les cas d'écrasement de la main, est encore rendue plus évidente par un autre malade aussi mutilé. A celui-ci, un chirurgien de la ville a régularisé sa plaie après l'accident; on lui a pratiqué des amputations partielles, et il est venu à l'hôpital atteint d'accidents formidables, phlegmons de l'avant-bras, arthrite

suppurée du carpe, etc. Ce fait vous montre la différence immense que j'établis entre les opérations faites à la main pendant la période aiguë de l'accident, et les opérations faites tardivement dans l'état de calme absolu de la région.

On rencontre journellement dans la pratique des faits analogues; le médecin doit avoir une opinion bien nette, une conduite rigoureusement arrêtée à cet égard : ne jamais porter le bistouri dans une plaie récente de la main, ne régulariser la plaie que deux ou trois mois après.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Brochard.

Hygiène des nourrissons. Allaitement maternel. Allaitement mixte.

Nous avons établi, dans les cours précédents, l'importance de l'*allaitement maternel*, on peut en résumer ainsi les règles pratiques : faire téter le nouveau-né deux à trois heures après l'accouchement; et pour cela mettre la mère à son aise. On a dit qu'elle se trouverait généralement mieux de rester couchée et le nourrisson couché aussi à côté d'elle; cette pratique préférée aux colonies par les créoles qui ont l'habitude de rester dans cette situation, n'est guère adoptée en France, où la femme se tient levée pour donner le sein à l'enfant. Il faudra alors la faire asseoir sur une chaise basse, dite chaise de nourrice, disposée de façon que les genoux soient peu élevés et le dos bien soutenu par un appui assez haut.

Pendant les premières semaines, l'enfant ne devra prendre absolument aucune autre nourriture que le lait de sa mère; les tétées devront être fixées à des heures régulières; toutes les trois heures environ, de façon à reposer la mère d'une part, et d'autre part à laisser la digestion du contenu de l'estomac, se terminer. On éloignera les heures peu à peu et progressivement.

On pourra ensuite ajouter le lait de vache à l'alimentation du nourrisson : cette précaution devient très-utile, et même nécessaire à l'âge de quatre mois. A cette époque, en effet, soit pour cause de nouvelle grossesse, soit pour cause de maladie, de départ, etc., de la nourrice, on peut être privé de lait maternel et obligé de s'en passer. Il faudra donc toujours habituer l'enfant à prendre un peu de lait de vache, au biberon, avant qu'il soit arrivé à l'âge de quatre à cinq mois au plus tard.

Nous conseillons le biberon dans ce cas, de préférence à la tasse, à la cuiller, etc., parce que, plus tard, quand l'enfant fera des dents, il ne voudra pas boire dans le verre ou la cuiller, pendant ses crises, parce que ces objets sont trop durs, tandis qu'il supportera mieux le biberon qui est plus mou; il sera donc alimenté plus complétement.

Quand la mère n'a guère de lait, ou quand elle craint de se fatiguer, on a recours à l'*allaitement mixte*, c'est-à-dire qu'on nourrit l'enfant au biberon dans l'intervalle des tétées de la mère. En le commençant de bonne heure, avant que le nourrisson ait atteint l'âge de quatre mois, il faut agir avec une grande prudence. Le lait sera coupé avec de l'eau pure; il est inutile et même nuisible d'employer, pour ce mélange, les diverses infusions, eau d'orge, etc., qui sont tant à la mode. De même, on met généralement trop d'eau dans le lait destiné au nourrisson : il est bon d'ajouter de l'eau pendant les deux premiers mois, mais à trois mois l'enfant doit boire le lait pur, lait de vache ou de chèvre. Ce dernier est un peu plus astringent. C'est par le lait seul qu'on doit suppléer à la pénurie du lait maternel. Le médecin devra donc rejeter absolument toutes les substances qui sont tant vantées par les industriels comme valant autant, ou même mieux que le lait maternel, comme donnant plus de fraîcheur aux chairs, plus de gaieté, etc.

C'est à l'emploi de tous ces produits malfaisants qu'on doit la mort des trois quarts des nourrissons. Une seule préparation de ce genre peut être utilisée : c'est le « lait concentré Suisse ».

Nous avons constaté plusieurs fois de bons effets de l'emploi de cette préparation : on en délayera quelques cuillérées dans l'eau pure, et on fera boire la solution au biberon. Quand l'enfant sera plus âgé, on lui en fera des tartines ou des panades, sans y ajouter d'eau.

La « viande crue » est aussi devenue, par un abus regrettable, un succédané du lait maternel.

Quant au *régime des nourrices*, tout le monde sait qu'il ne convient pas de les priver de ce qu'elles aiment, et que, si l'on change à la ville le régime des nourrices campagnardes, la sécrétion du lait tarit rapidement. Les « maux d'estomac » dont se plaignent souvent les nourrices, sont dûs à ce que leurs repas ne sont pas réglés, et qu'elles donnent le sein trop souvent. Dans ce cas, il faut éviter l'erreur souvent commise par les médecins qui prescrivent des eaux de Vichy, eaux qui sont d'une trop grande alcalinité et dont l'usage peut diminuer la sécrétion mammaire : elles peuvent être remplacées avantageusement par les eaux de Vals, par exemple.

La « constipation » des nourrices tient simplement à leur vie sédentaire : pour les mêmes raisons, éviter l'emploi de l'eau de Pullna qui ne doit encore être prescrite qu'à l'époque du sevrage.

Il est réel que les « émotions morales » colère, ivresse, etc. peuvent avoir leur retentissement sur la sécrétion du lait : on devra recommander de ne donner le sein que quelque temps après ces émotions.

Ici se pose une question très-importante : « A quel âge doit-on donner au nourrisson des aliments autres que le lait? » En dépit de tous les préjugés de l'opinion publique nous répondrons qu'on ne doit jamais alimenter ainsi le nourrisson avant le cinquième ou le sixième mois. On commencera alors par des petits potages de fécule, très-légers, pendant le jour, ou encore par des bouillies de croûte de pain cuites dans du lait.

Ceux qui ont recours à l'allaitement mixte demandent généralement qu'on donne le biberon à l'enfant dès le premier jour : c'est là une décision difficile et délicate à prendre : on ne le permettra qu'après le premier mois, et le plus ordinairement qu'après le troisième. A ce sujet, nous devons nous élever contre l'insouciance de tant de mères : ce n'est pas le lait de femme qui manque en France, c'est le sentiment maternel qui n'est pas suffisamment cultivé dans beaucoup de familles : réveiller ce sentiment, telle doit être la mission du médecin.

Les « heures » des tétées doivent être réglées pour la nuit, on peut les fixer ainsi : sept à huit heures du soir, onze heures, puis quatre à cinq heures ou six heures même. Pour assurer encore mieux le repos de la mère; après le troisième mois, on pourrait supprimer l'heure de onze heures du soir, et donner le biberon.

Le médecin ne devra pas permettre que l'enfant couche dans une chambre autre que celle de sa mère.

Nous venons d'étudier les règles de l'allaitement maternel;

c'est évidemment celui qu'on doit préférer à tous les autres, et celui que trop de mères négligent de pratiquer, alors qu'elles le pourraient.

Je dois toutefois vous signaler une exception à cette loi générale : je ne conseillerai jamais l'allaitement maternel pour les enfants issus de mariages consanguins; ces enfants prospèrent généralement beaucoup plus, lorsqu'ils sont élevés par une nourrice étrangère.

Je voudrais aussi signaler à votre attention un passage extrait de l'opuscule intitulé : *Conseils élémentaires aux mères et aux nourrices*, que l'Académie de médecine répand à profusion dans le public. Ce petit recueil est excellent, et il serait à désirer qu'il arrivât à la plupart des mères et des nourrices; toutefois, il y est indiqué que « en cas de grossesse *présumée*, la femme doit cesser *immédiatement* d'allaiter. »

Cette opinion est aussi très-répandue dans le public; je la crois trop exclusive. Je ne pense pas que le lait d'une femme enceinte soit nuisible à l'enfant, et je conseillerais, en cas de grossesse, non *présumée*, mais *déclarée*, de se préparer *progressivement* à cesser l'allaitement. Il est bien entendu que je ne veux pas faire allaiter les nourrices devenues enceintes jusqu'au septième ou huitième mois de leur grossesse, comme beaucoup de femmes le demandaient pour continuer à gagner ainsi leur salaire.

Enfin, j'insisterai encore sur une question, la statistique publiée récemment pour la ville de Paris; on y trouve, en chiffres ronds : 54,000 naissances et 48,000 décès. On conclut à une augmentation au bénéfice des naissances.

On oublie, comme dans toutes les grandes villes, de tenir compte des 20,000 nourrissons, nés à Paris, qui sont placés en province et vont mourir chez les nourrices. Leur mortalité est de 51 pour 100 pendant la première année, donc environ 10,000 décès à ajouter à ceux constatés à Paris. Le mouvement de la population parisienne se traduira, dès lors, par un excédant de 4,000 décès sur les naissances! On voit que nous sommes loin de Londres où il y a un excédant des naissances de 50,000 sur les décès.

Ces quelques questions réservées, continuons l'étude de l'allaitement sous une autre forme : l'allaitement *mercenaire*.

L'allaitement mercenaire peut être exercé de deux façons :

A domicile ou chez la nourrice;

Ou bien *sur lieu* ou chez la mère de l'enfant.

1° L'enfant est emporté par la nourrice. Tout ce qu'on a dit des nourrices de la campagne est encore au-dessous de la vérité. Je ne veux pas rappeler ici ce que tout le monde sait, je dirai seulement que c'est une industrie véritable, surtout pour certains cantons et même certains départements. La mortalité de ces enfants est de 51 pour 100 au lieu de 20 pour 100.

Quant au *choix d'une nourrice*, outre les caractères décrits dans les divers traités classiques, il faudra tenir compte des qualités morales; toutefois, le plus souvent, on fera comme on pourra. Les bizarreries de cette statistique viennent encore, tout récemment, de se manifester dans un travail de l'Académie de médecine : on a trouvé, avec la statistique, que les nourrices qui ont les dents cariées sont meilleures que celles qui ont de belles dents! Les nourrices de Normandie, qui boivent du cidre, sout de bonnes nourrices quoiqu'elles aient de mauvaises dents; mais je comprends difficilement que celles qui ont de bonnes dents leurs soient inférieures. La même statistique établit que les brunes doivent être placées après les blondes. C'est une simple question de climat : les nourrices du nord sont blondes, et les châtaines sont en Bourgogne, etc. Il n'y a pas à comparer la couleur.

Vous n'aurez pas non plus la moindre confiance dans les certificats que vous présenteront les nourrices : elles trompent généralement sur leur âge, sur l'époque de leur accouchement, etc. Vous ne croirez pas davantage leurs lettres sur l'état de leur nourrisson; il faudra toujours voir vous-mêmes; sachez bien que toutes les fois qu'une nourrice dit la vérité, c'est qu'elle se trompe. Le médecin, en les surveillant avec vigilance, les obligera à devenir meilleures, parce qu'elles craindront de se voir retirer leur charge qui leur est si lucrative. La loi Roussel paraît devoir être prochainement mise en vigueur; son application, attendue depuis trois ans, pourra sans doute remédier à beaucoup de maux.

Le médecin devra exiger que la nourrice non-seulement ait un garde-feu, mais qu'elle l'emploie et le mette constamment devant sa cheminée. Les brûlures sont, en effet, les accidents les plus fréquents chez les nourrissons.

Ajoutons-y encore les chutes, que les nourrices cachent le plus souvent aux familles, les parents ou les médecins ne les apprennent que lorsqu'ils cherchent à découvrir les causes de ces maladies des articulations, si fréquentes aujourd'hui chez les petits enfants. Ces chutes sont aussi produites souvent par l'emploi de ces petites chaises, à pieds très-hauts, sur lesquelles on place généralement les enfants, surtout pour les mettre à table, elles ne doivent être tolérées que pour les jeunes nourrissons, parce que souvent l'enfant, devenu plus fort, arc-boute ses pieds sur la table et se renverse de cette hauteur considérable.

2° L'allaitement mercenaire *sur lieu* se fait lorsque la nourrice vient dans la maison du nourrisson. On a cru ainsi remplir toutes les conditions physiologiques; on a beaucoup trop oublié la supériorité du lait de la mère. Telle mère, qui paraît bien maigre, a cependant de beaux nourrissons quand elle les allaite elle-même. Ce qu'on oublie trop surtout, dans cette pratique, c'est l'enfant de la nourrice qu'on amène à la ville. On ne se demande jamais ce qu'est devenu cet enfant, abandonné par sa mère, aussitôt que cette dernière a pu se placer. La nourrice, elle aussi, a mis son propre enfant en nourrice, le plus souvent elle l'a confié à une vieille femme du village qui l'élève, tant bien que mal, au biberon, jusqu'à ce qu'il meure. C'est le sort le plus probable. J'ai, autrefois, cherché quelle était la mortalité des enfants des nourrices dans le Morbihan et aux environs de Strasbourg, où s'exerce cette industrie, j'ai trouvé 62 et 84 pour 100 de décès. Que tout praticien demande à ces nourrices ce qu'est devenu leur enfant, le plus souvent elles vous répondront qu'il est mort. On ne fait que *déplacer la mortalité;* l'enfant né à la ville vivra pendant que celui de la campagne périra. Il y a donc une certaine immoralité dans ce mode d'allaitement des enfants; et, à ce sujet, je ne veux que signaler l'abandon du ménage, de la famille, du mari que la nourrice laisse à la campagne, tandis qu'à la ville, elle devient bientôt la maîtresse du valet de chambre ou du cocher de la maison.

Tout le monde sait qu'il ne faut pas changer le régime des nourrices venues de la campagne, sinon l'on verra leur lait diminuer rapidement. On devra soupçonner que le lait diminue quand on verra la nourrice chercher à faire croire que le nourrisson ne veut plus se passer du sein, quand elle fait constamment téter l'enfant; dans ce dernier cas, l'enfant

a les lèvres et la langue rouges, par l'effet des succions répétées et inutiles. Cette coloration, qui souvent effraye les familles, se voit fréquemment; elle ne tient qu'à ce que l'enfant tète à vide.

Les dames du monde ont le tort grave de craindre de déplaire à leurs nourrices; elles les gâtent beaucoup trop, elles les comblent de cadeaux et les rendent paresseuses. La nourrice s'engraisse à ne rien faire, et son lait diminue. Il serait bien préférable d'adopter la mode des dames de Belgique qui, loin de se rendre esclaves d'une nourrice, la font travailler et l'obligent à aider les autres domestiques de la maison; la nourrice est moins grasse, moins paresseuse et moins exigeante, et le nourrisson s'en porte bien. Une nourrice qui travaille a toujours du lait meilleur que la nourrice qui ne fait rien.

Il faut, enfin, insister pour que l'enfant ne soit pas couché dans le lit de sa nourrice, d'abord pour que celle-ci ne l'asphyxie pas, et ensuite pour éviter que la nourrice, pour plus de commodité, le laisse constamment au sein, pendant toute la nuit. Il faut que le nourrisson repose, il ne devra téter qu'une ou deux fois pendant la nuit, et non dix ou douze fois, et aussitôt après être remis dans un lit isolé.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

Je dois laisser de côté la question de savoir quel est le procédé de compression qu'il faut choisir. J'aborderai cette question quand j'aurai discuté les différentes méthodes.

Si la compression ne réussit pas de prime-abord, pendant combien de temps convient-il de la continuer? On ne peut évidemment poser cette question ou y répondre, que d'une manière générale. Elle se réduit pour moi à celle-ci. Avons-nous des preuves suffisantes de la plus grande innocuité de la compression, comparée à la ligature de la fémorale, pour nous faire prolonger à tout hasard, les efforts tentés en vue d'obtenir la guérison d'un anévrysme poplité par cette méthode, même dans les cas où la compression provoque de vives douleurs et semble d'abord produire peu d'effet? A mon avis, ces preuves nous manquent. Je suis prêt à reconnaître que dans plusieurs circonstances, la compression résolument continuée, a été à la fin couronnée par le succès, après des semaines et des mois de rudes épreuves et quelquefois même de vives souffrances. Dans un cas déjà cité, où le traitement dura plus de six mois, chez un malade doué d'une grande force de volonté, M. Walker, de Liverpool, termine ainsi le récit de l'application infructueuse de poids et de tourniquets pendant plusieurs jours : « Le jour suivant on ne trouva aucun changement et à midi, le malade découragé, demanda qu'on le laissât mourir en paix. » Peut-être les chirurgiens ont-ils généralement fait trop peu attention aux troubles considérables produits par une compression aussi prolongée, tels que l'ulcération, le gonflement des ganglions, la douleur, l'engorgement du membre, l'inquiétude et le désappointement. Si cependant il était clairement démontré que tout cela est nécessaire pour diminuer la mortalité, notre devoir serait évidemment d'engager nos malades à se soumettre à cette torture, quand c'est possible. Mais cela n'a pas jusqu'à présent été démontré, et cela ne ressort pas des faits que j'ai pu réunir. Tous ces faits indiquent le contraire. La compression réussit quelquefois après une application prolongée, mais ordinairement, je crois, elle échoue à la fin quand dans les premiers jours, au contraire, elle avait amélioré l'état du malade, diminué le volume et les pulsations de la tumeur et déterminé une certaine dilatation des collatérales.

Le risque d'un échec final serait moins important si la doctrine qui est aujourd'hui généralement enseignée et qui est adoptée dans nos livres classiques, à la suite des recherches de M. Jonathan Hutchinson, était vraie, à savoir, que quand la compression échoue, elle n'échoue ordinairement pas d'une manière complète, mais que son insuccès est compensé par les risques moindres qui, dans ces circonstances, accompagnent la ligature de la fémorale. Mais je crains fort que cette doctrine ne soit pas exacte. Les faits sur lesquels s'appuyait M. Hutchinson sont peu nombreux et ne sont pas, du reste, très-convaincants. Les preuves plus nombreuses fournies par ma table d'hôpital, conduisent précisément à la conclusion opposée, qui, *à priori*, paraît la plus vraisemblable. J'abandonne avec regret une opinion que j'ai enseignée sur une autorité que je croyais alors suffisante; mais, je dois reconnaître que, jusqu'à présent, l'expérience prouve qu'un malade a non pas plus, mais moins de chances de guérison, par la ligature de la fémorale, quand la compression a été précédemment appliquée d'une manière prolongée.

Et si à tout ce qui précède nous pouvons ajouter, comme je l'espère, que la ligature de Hunter est bien moins dangereuse qu'on ne nous l'a enseigné, il ne faut pas craindre l'alternative de lier l'artère, même au prix de vives souffrances pour le malade. J'espère pouvoir vous fournir la preuve que l'appréciation du danger de la ligature de la fémorale, basée en grande partie sur les résultats de la pratique des générations précédentes, résultats qui nous ont été transmis par Norris et d'autres statisticiens, est bien plus défavorable que celle qui résulte de l'examen de la pratique d'hôpital actuelle. De telle sorte que la conclusion générale serait qu'il vaut mieux, après un essai consciencieux mais très-modéré de la compression, l'abandonner si elle ne semble pas produire d'amélioration, et recourir à la ligature avant que le malade ait perdu toute chance de guérir de cette opération. Il serait téméraire de vouloir spécifier le temps que doit durer cet *essai très-modéré*. Il peut varier à l'infini selon le cas; mais, à mon avis, la compression appliquée pendant plus d'une semaine peut faire plus de mal que de bien. Je dois, cependant, observer que cette application doit être véritablement faite avec soin, c'est-à-dire qu'il faut s'assurer, quel que soit le procédé qu'on emploie, que la compression soit constamment appliquée d'une manière exacte et qu'elle produit réellement l'effet qu'on recherche pendant toute la durée de l'application. Je dois également faire remarquer aux chirurgiens de la province et à ceux qui ne sont pas en mesure de surveiller par eux-mêmes la compression où qui ne peuvent pas la confier en leur absence à des aides consciencieux et tout à fait capables, qu'ils doivent se demander s'il ne vaut pas mieux, dans l'intérêt de leur malade, lier l'artère d'emblée, ou envoyer le malade dans un établissement ou il soit plus facile de le soumettre au traitement par la compression qui exige des conditions plus multipliées.

Après ces observations préliminaires, je vais m'efforcer de vous faire connaître de mon mieux, les résultats constatés de

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 mars.

chaque méthode de traitement appliquée aux anévrysmes poplités. Ces résultats ne sont pas aisés à constater ou à comparer les uns aux autres. La comparaison entre la compression et la ligature est basée sur des statistiques, qui en ce qui concerne la seconde, se composent en grande partie de cas opérés il y a déjà longtemps, et je crois pouvoir vous démontrer que la ligature réussissait alors moins souvent qu'aujourd'hui. Il est fort difficile de se procurer des statistiques sur le traitement par la compression sur lesquelles on puisse compter. Les cas publiés ne sont pas un indice certain de la moyenne des succès fournis par une méthode aussi généralement employée, puisqu'on ne les publie ordinairement que parce qu'ils ont présenté quelque chose d'insolite. Les cas provenant des hôpitaux, quand les observations sont complètes, sont un meilleur critérium du succès réellement obtenu, mais on peut encore leur objecter que ce traitement n'est pas spécialement adapté aux arrangements d'un hôpital et qu'avec une attention plus minutieuse, de meilleurs résultats auraient pu être probablement obtenus. De sorte que, bien que ces statistiques hospitalières montrent ce qui a été fait, elles ne montrent pas tout ce qui aurait pu être fait par cette méthode. En outre, quelques-unes des méthodes qui promettent le plus, comme la compression digitale, et surtout la compression rapide à l'aide du chloroforme sont encore nouvelles, la dernière même a à peine été essayée dans l'anévrysme poplité. Et lors même que nous pourrions constater exactement les résultats obtenus jusqu'ici par la compression d'un côté et la ligature de l'autre, il n'en faudrait pas moins tenir compte que d'une part, la compression est, d'une manière générale, appliquée à des cas moins graves que ceux auxquels on réserve la ligature, ce qui constitue un avantage en faveur de la compression; et, d'autre part, la compression est une méthode qui n'a pas encore dit son dernier mot, et qui reçoit toujours de nouveaux perfectionnements. La comparaison ne peut donc pas être exacte; mais les résultats de l'expérience des chirurgiens qui nous ont précédés, donneront, à moins que je ne m'illusionne, une indication précise de la direction dans laquelle nous devons chercher les perfectionnements par lesquels nous pourrons rendre plus nombreux, les succès incontestables qui ont déjà été obtenus dans le traitement de cette affection.

Il est certainement superflu de parler en ce moment de l'invention et de l'introduction dans la pratique de l'opération de Hunter. Ce collége ayant hérité du musée de Hunter, legs précieux qu'il a fait à la profession, nous avons la bonne fortune de posséder deux spécimens qui sont sans pareils au point de vue de l'intérêt historique, et qui au point de vue chirurgical ont une valeur considérable. Je veux parler du premier et du quatrième cas de la ligature de la fémorale opérée par Hunter. Le malade chez lequel il lia la fémorale pour la première fois survécut plus d'un an et mourut d'une affection fébrile attribuée à ce qu'il prit froid dans l'exercice de sa profession qui était celle de cocher de voiture de louage. Il faut se rappeler que dans ce cas, comme dans les deux cas de M. Hunter qui suivirent, la veine semble avoir été comprise dans la ligature. Ce fait important est du moins établi en termes positifs en ce qui concerne le second cas (qui se termina fatalement), mais il semble résulter positivement des termes employés dans la description du quatrième cas où il est dit « la veine n'était pas comprise dans la ligature, mais à tout autre égard elle était identique à ce qu'elle était dans le premier cas; or dans la description anatomique du premier cas, dont la pièce est devant nous, il est dit que la veine était oblitérée. » Voici les points importants de la quatrième observation de Hunter : — « 3472 A. Partie du membre inférieur droit, sur lequel la fémorale fut liée cinquante ans avant la mort (chez un cocher de trente-six ans) par John Hunter, pour obtenir la guérison d'un anévrysme poplité. La portion de l'artère oblitérée par la ligature s'étend depuis l'origine de la fémorale jusqu'à la division de la poplitée. Une masse oblongue de substance terreuse occupe la place de l'anévrysme. Les vaisseaux anastomotiques grâce auxquels la circulation s'est maintenue sont surtout l'ischiatique, les branches postérieures de la fémorale profonde et la branche descendante de la circonflexe externe. » C'est à M. Wormald que l'on doit d'avoir dans le musée Huntérien cette préparation, qu'il obtint après la mort du sujet, cinquante ans après l'opération; on trouverait difficilement une préparation plus instructive et plus intéressante.

Jamais intervention chirurgicale n'eut un plus grand succès que celle de Hunter dans cette circonstance. Son exemple fut étudié et suivi avec empressement dans les anévrysmes des différentes régions et appliqué à des cas qu'on avait cru jusque-là au dessus des ressources de la chirurgie. Cette opération ne réussit pas seulement à guérir l'anévrysme poplité — qui, il ne faut pas l'oublier, était alors une maladie pour laquelle on connaissait peu de remèdes en dehors de l'amputation —, mais elle donna une nouvelle impulsion à l'étude des maladies des artères; et en faisant voir que la circulation se maintenant jusqu'à un certain point n'excluait pas la possibilité de la guérison de l'anévrysme, elle a conduit à l'introduction dans la pratique du traitement par la compression, qui depuis a été considéré quelques fois, mais à tort, comme l'antagoniste du traitement par la ligature. Ce n'est certainement pas ainsi que l'envisageait John Hunter; car après avoir lié deux fois la fémorale, il tenta de guérir son troisième malade par la compression et ne se décida à lier l'artère qu'après l'échec de cette tentative.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique* : MM. Combalat, médecin au lycée de Marseille; Gevrey, médecin au lycée de Vesoul; Houzé de l'Aulnoit, médecin au lycée de Lille.

2° *Officiers d'Académie* : MM. les docteurs Langlois, médecin de l'école normale primaire du Puy; Michel, médecin à Paris, professeur d'hygiène à l'Association polytechnique; Tribes, médecin de l'école normale primaire de Nimes; Cornil, médecin du lycée Henri IV; Malichecq, chirurgien au lycée de Mont-de-Marsan; Goux, médecin du lycée d'Agen; Crevaux, médecin de la marine.

— *Concours pour l'agrégation en médecine* — A la séance du vendredi 22 mars, M. Ducastel a eu à traiter : Du rhythme respiratoire dans les maladies. » — M. Demange : « De la pigmentation dans les maladies. » A la séance du samedi 23 mars, M. Pitres : « Des épilepsies toxiques. » — M. Straus : « De la Céphalée ».

— La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1878. aura lieu le mercredi 27 mars 1878, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria n° 3. — Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des Elèves internes admis à la suite du concours de 1878.

La distribution des cartes de service aura lieu le mardi 26 mars, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Guéniot, agrégé, est rappelé à l'exercice pendant l'année scolaire 1877-78.

— M. Brissaud (Édouard), né à Besançon, le 15 avril 1852, est nommé préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Gombault, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Baraban (Léon-Dominique), né le 15 septembre 1850, à Pelleville (Vosges), est institué chef des travaux d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Spillmann, décédé.

— *École de plein exercice de médecine de Marseille.* — M. Favre, professeur de chimie médicale, est autorisé à se faire suppléer pendant le 2e trimestre de l'année scolaire 1877, par M. Caillot suppléant.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Frébault, professeur-adjoint est nommé professeur titulaire de pharmacie à ladite école.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Jobert, professeur de zoologie, est autorisé à se faire suppléer, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1877-78, par M. Viault, docteur ès-sciences.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Lemonnier, (Alexandre-Alexis-Georges), docteur ès-sciences, est nommé professeur de botanique.

— M. le docteur Ponte est chargé, à titre de suppléant, de l'enseignement de l'histoire naturelle à l'École normale d'enseignement secondaire spécial de Cluny, pendant la durée du congé accordé à M. Sagot.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — *Cours de Minéralogie.* — M. Desclaiseaux, professeur, commencera ce cours le mercredi 3 avril 1878 à 4 heures 3/4 dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Après avoir examiné les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des combustibles des pierres et des métaux.

Des conférences auront lieu le jeudi dans les galeries ou dans l'amphithéâtre. — Nous indiquerons ultérieurement l'heure et la date auxquelles elles auront lieu.

— *Cours particulier de technique microscopique.* — M. le docteur Latteux, chef de laboratoire de la Faculté, commencera un nouveau cours, le lundi 1er avril, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi.

Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure de faire les analyses que réclame journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences (coupes, injection, montage et conservation des préparations, etc.).

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à 1 heure.

— *Cours public et pratique de Laryngoscopie et de Rhinoscopie.* — Mr le Dr Ch. Fauvel a recommencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continue les lundis et jeudis à 9 heures.

Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

— M. le docteur Henri Picard commencera son cours sur les maladies de « l'Appareil urinaire » le mardi 26 mars à 5 heures (amphithéâtre n° 3 de l'École pratique) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33
Silicate acide, Arseniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux..........................
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................. } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon*, *névralgies*, *migraines*, *rhumatisme*, *pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

L'Euphorbium

ÉPITHÈME, — RUBÉFIANT, — DÉRIVATIF.

Cette préparation possède une action intermédiaire entre celle des papiers chimiques et autres similaires qui est à peu près nulle, et celle du thapsia qui est trop forte.

Son application est suivie d'une éruption miliaire manifeste, sans être accompagnée des DÉMANGEAISONS insupportables causées par le thapsia. 18 à 24 heures d'application.

VENTE EN GROS : Chez DESNOIX et Ce, 17, *rue Vieille-du-Temple, Paris.*

AU DÉTAIL, CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

Sirop MINÉRAL SULFUREUX Crosnier

(goudron et monosulfure de sodium inaltérable). Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante.

DEPOT : rue Vieille-du-Temple, 21, Paris.

Coaltar saponiné Le Beuf.

Il possède l'avantage d'offrir *sans altération* et sans perte *l'ensemble* des principes actifs du goudron, et de représenter conséquemment *toutes les qualités* de ce médicament complexe. (*Com. Thérap. du Codex*, par A. GUBLER, 2e édit., p. 167 et 314.) Exiger la signature de l'inventeur.

Dépôt dans les principales pharmacies.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr. à Laroche.

Quina Laroche (*ÉLIXIR vineux*).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune*, *rouge et gris*), tel est le secret de l'*Elixir vineux de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 19, rue Drouot.



Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.

Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

DÉPÔT CENTRAL : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

Salicylates de soude

(RHUMATISMES). — SALICYLATES DE LITHINE (GOUTTE, GRAVELLE). — Élixirs, 1 gr. p. cuiller. — Pilules, 20 cent. par pilule. Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie. — FREYSSINGE, pharm., 97, r. de Rennes.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

VIN FORESTIER A LA VIANDE.
VIN FORESTIER A LA GLYCÉRINE PURE.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Solution — Aubin

AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ.

Dans ce nouveau produit, le PHOSPHORE, le FER et l'ARSENIC, unis à doses thérapeutiques équivalentes, se faisant valoir et se complétant réciproquement, acquièrent une très-grande efficacité contre : *Chlorose*, *Anémie*, *Névroses*, *Chorée*, *Atonie générale*, *Dyspepsie*, *Scrofule*, *Rachitisme*, *Tuberculose*, *Cachexies paludéennes*, *Maladies de la Peau*, *Cachexies des Maladies chroniques*, etc. Dépôt dans les principales pharmacies de France. — Dépôt principal : E. FOURNIER et Ce, 15, rue de Londres, à Paris. — En gros : chez J. AUBIN, traverse du Chapitre, 13, à Marseille.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Bourboule,

GRANDE SOURCE PERRIÈRE

(PROPRIÉTÉ COMMUNALE)

Les autres sources arsenicales de la BOURBOULE, toutes moins minéralisées, permettront aux médecins de varier leurs prescriptions sur place, mais c'est la GRANDE SOURCE PERRIÈRE qui devra toujours être préférée pour le traitement à domicile.

Guérison radicale : *scrofules*, *lymphatisme*, *syphilis tertiaire*, *maladie de la peau*, *des os*, *de la poitrine*, *fièvres intermittentes*, *anémie*, *diabète*, *névralgies diverses*, *névroses*, *maladies de l'utérus*, etc.

Diathèse urique.

Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Diabète, Albuminurie. Coliques néphrétiques, Coliques hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharmacies.

Bourboule, SOURCE Choussy.

Eau minérale chaude (60°25), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. CHOUSSY, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

N° 37. — JEUDI 28 MARS 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 28 MARS 1878. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le pansement des plaies a continué. M. J. Guérin a occupé la tribune pendant tout le temps disponible de la séance publique, une partie de la séance ayant été occupée par la lecture, en comité secret, du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales. M. J. Guérin a consacré cette première partie de son argumentation à l'examen critique des opinions et arguments de ses collègues et à l'énoncé d'un certain nombre de propositions relatives aux applications des principes de la méthode sous-cutanée et des divers procédés qui la constituent, au sujet actuel de la discussion, se proposant de les développer et de les appuyer de faits et d'expériences pratiques dans une deuxième partie. On trouvera dans le compte-rendu l'énoncé des points principaux de ces propositions, qui apportent des éléments nouveaux au débat.

Nous suivrons avec toute l'attention qu'ils méritent les développements de la théorie et de la pratique de M. J. Guérin sur l'important sujet de cette discussion. Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Du psoriasis.

I

Je veux vous parler, aujourd'hui, d'une affection cutanée qui offre quelques difficultés pour le diagnostic, mais que vous rencontrerez fréquemment et qu'il importe par conséquent que vous sachiez reconnaître et traiter.

Le malade qui va faire le sujet de cette leçon est un jeune garçon de seize ans, entré dans le service il y a quelques jours, et qui, depuis environ un an, présente sur la peau des altérations caractérisées principalement par des squames, au-dessous desquelles la peau offre une coloration rouge particulière.

Ce qui, au premier abord, frappe chez ce malade, c'est la présence, sur le front, de taches circulaires, un peu rosées, arrondies et qui sont recouvertes d'écailles. Ces taches, qui ne s'accompagnent d'aucune démangeaison, se retrouvent sur d'autres parties du corps, aux bras, par exemple, où elles se présentent sous la forme de plaques arrondies, de la dimension d'une pièce de deux francs environ, peu malades au centre, beaucoup plus atteintes à la circonférence et constituées par des écailles blanches qui tombent en poussière fine quand on les gratte avec le doigt; de même aux coudes et aux cuisses, où elles sont ovalaires, saillantes, recouvertes de squames assez épaisses, qu'on fait apparaître encore mieux alors qu'on les gratte avec l'ongle; les unes petites, de la grosseur d'une lentille, les autres grandes comme une pièce de monnaie.

Comme symptômes de la maladie, pas de chaleur à la peau, pas de douleur, à peine même de démangeaisons.

Quant à la marche de l'éruption, elle a commencé il y a un an; elle a débuté par le front, puis s'est étendue aux diverses régions que je vous ai signalées. J'ajouterai, enfin, que ce jeune garçon jouit d'une excellente santé et qu'il n'a jamais fait de maladie; mais, d'après son récit, sa grand'mère aurait été atteinte d'une affection de peau qui, dit-il, ressemblait à celle dont il est atteint, et actuellement encore, une de ses tantes maternelles présente la même maladie.

Quand on regarde d'abord les taches du front, en présence de la forme circinée des lésions, la première idée qui vient à l'esprit, c'est qu'on peut avoir affaire à quatre affections distinctes.

En effet, nous avons sous les yeux une éruption bien positivement squameuse, c'est-à-dire caractérisée par des exfoliations épidermiques très-marquées. Or, les squames se trouvent surtout dans l'herpès circiné, dans certaines formes de syphilis, dans le pityriasis, enfin dans le psoriasis.

J'écarte tout de suite le pityriasis, qui est caractérisé par des furfurescences très-fines, très-superficielles, et dans lequel les lésions, moins diffuses, ne se présentent pas sous forme de plaques aussi distinctes que dans l'affection que nous avons sous les yeux. Mais, en présence des caractères aussi tranchés que ceux que nous présente l'éruption chez ce malade, on ne peut s'empêcher de penser que l'on a peut-être affaire à l'herpès circiné ou au psoriasis. Dans le premier, en effet, on trouve des plaques dont le milieu est, comme ici, à peu près sain, alors que la circonférence est presque seule atteinte. Mais l'herpès circiné est une maladie qui offre un caractère essentiel : c'est d'avoir une extension centrifuge considérable, et tellement rapide que, au bout d'un mois, six semaines, les

plaques ont atteint un diamètre de 10, 15, 20 centimètres; de plus, elle est caractérisée par l'existence, dans les cheveux (car c'est au cuir chevelu qu'il siége le plus souvent), d'un champignon particulier que l'on désigne sous le nom de tricophyton, et que nous ne trouverions pas chez ce malade si nous cherchions à le découvrir à l'aide du microscope. Si donc ce jeune garçon avait eu une éruption parasitaire circinée, ces plaques auraient acquis, depuis qu'il est malade, des dimensions considérables. Enfin, dernier argument, nous trouvons chez lui, sur le reste du corps, des plaques bien plus profondes, bien plus épaisses, des squames bien plus imbriquées les unes sur les autres, que celles que l'on observe dans l'herpès circiné véritable; d'autre part, il existe chez lui, surtout aux coudes, des plaques pleines, en voie d'évolution, dont le milieu est aussi malade que la circonférence, ce qui n'existe pas dans l'herpès circiné parasitaire.

Mais peut-être avons-nous affaire à une éruption syphilitique. Au premier abord, en effet, nous trouvons ici les caractères de la syphilis, à savoir, une éruption en forme de segment de cercle, une absence complète de démangeaisons, une coloration brune particulière, et, de plus, quelques ganglions post cervicaux indolents, un peu gonflés et mous. Mais il n'en est rien, et nous en avons la preuve, non pas dans les antécédents du malade, qui, d'ailleurs, peuvent toujours induire en erreur, mais dans ce fait que l'éruption siége dans d'autres régions du corps que le front, notamment aux coudes, où l'on ne voit jamais de syphilides, et où nous constatons la présence d'une plaque de squames épaisses et argentées, qui n'ont pas du tout les caractères d'une éruption spécifique. En outre, on ne trouve jamais dans la syphilis de plaques aussi larges, aussi épaisses, que celles que nous observons sur les cuisses de ce malade. Nous avons bien au front, il est vrai, une coloration brunâtre, qui rappelle celle de la syphilis, mais cette teinte brune s'observe encore dans un certain nombre de maladies de peau, et il est bon de se tenir en garde contre ce caractère, qui trompe fréquemment les gens peu expérimentés.

Si donc nous n'avons pas affaire non plus à une affection syphilitique, en revanche nous trouvons, à un degré très-marqué, les caractères les plus nets de psoriasis, dans cette affection qui, au front, se manifeste sous forme de segments de cercle; au coude, sous celle de plaques nacrées, argentées, tantôt circulaires, tantôt ovalaires, saillantes, recouvertes de squames épaisses et imbriquées les unes sur les autres. Nous n'observons pas ici, il est vrai, de ces démangeaisons vives, assez intolérables parfois pour enlever le sommeil, et dont se plaignent ordinairement les malades, mais il faut savoir que ce phénomène n'est pas constant; que, très-souvent, il n'existe pas dans le psoriasis, qui apparaît pour la première fois; et que ce n'est qu'à mesure que les récidives deviennent plus fréquentes, que les démangeaisons acquièrent une intensité très-grande. Enfin, le psoriasis présente ceci de particulier, et que nous retrouvons également chez notre malade, qu'il peut être héréditaire, comme d'ailleurs toutes les maladies dartreuses.

Tel est le malade que je tenais à vous présenter aujourd'hui; aussi vais-je profiter de sa présence dans nos salles pour vous parler, en quelques mots, de l'affection dont il est atteint, de sa marche, et surtout de son traitement.

Le psoriasis est, après l'eczéma, la plus commune des affections chroniques de la peau : sa rareté apparente tient, en effet, à ce qu'il affecte de préférence les parties du corps recouvertes par les vêtements. Il est caractérisé (et ce caractère lui avait fait donner le nom de dartre sèche) par des squames épaisses, argentées et agminées de manière à figurer des plaques circonscrites, bien délimitées et séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine. Son siége anatomique paraît être dans l'épiderme et la partie superficielle du corps muqueux qui est chargée de sécréter ce dernier.

Cette affection, comme apparence extérieure, se présente, ainsi que je viens de vous le dire, sous forme d'écailles épidermiques épaisses, saillantes ou du moins ne se détachant seulement qu'à la partie la plus superficielle, où l'ongle les fait tomber sous forme de poussière. Elle consiste, de plus dans une altération très-notable de la peau, qui devient sur tout manifeste, alors que, par des applications de topiques, on a déterminé la chute des squames qui les recouvrent. On constate alors sous les croûtes une coloration d'un rouge brun qui rappelle la coloration syphilitique.

Mais, outre ces caractères, nous trouvons encore, dans cette affection, des symptômes particuliers. C'est ainsi que, en général, la peau est chaude, cuisante, et qu'elle est le siége de démangeaisons d'autant plus vives que la maladie est plus ancienne. Quelquefois, cependant, il est, même dans ces conditions et suivant la prédisposition individuelle, des cas où ce phénomène fait défaut, ou bien dans lesquels il ne se manifeste qu'à peine. La maladie ne se réduit plus alors qu'à la lésion de la peau. Avec cela, la santé reste bonne; il semble même que le psoriasis s'attaque de préférence aux individus vigoureux, athlétiques, et, si je ne craignais de trop généraliser, je dirais volontiers qu'il est la dartre des individus bien constitués et dont le système musculaire est fortement développé.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Duplay.

De la non-consolidation du cal dans les fractures du tiers supérieur de la jambe.

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'un malade qui nous présente un exemple assez intéressant de rechute de fracture.

Il s'agit d'un homme qui est couché au n° 32 de la salle Saint-Augustin, robuste, bien portant, âgé de quarante ans, qui a été pris, il y a un an, sous un éboulement. Quand on le releva, il avait une fracture sus-malléolaire du membre inférieur droit, et, à gauche, une lésion de même nature siégeant à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la jambe. Cette dernière solution de continuité était en outre accompagnée d'une petite plaie à l'endroit correspondant à la fracture, au niveau du bord postéro-interne du tibia.

Transporté à l'hôpital de la Pitié, cet homme fut admis dans le service de M. le professeur Verneuil qui le traita par l'immobilisation du membre dans une gouttière et l'occlusion. Il y resta, dans cet état, pendant soixante jours, mais après ce temps, quand on enleva l'appareil, la petite plaie seulement était cicatrisée et la fracture nullement consolidée. A partir de ce moment, on appliqua une série de bandages silicatés, plâtrés, etc., qui restèrent successivement maintenus pendant trente-cinq jours, quarante jours et trois mois, sans qu'il fût possible d'obtenir la consolidation.

Un quatrième appareil fut alors appliqué mais, au bout de trente-cinq jours, le malade, fatigué de ne pouvoir se servir

de son membre, enleva son pansement et se mit à marcher. Il paraît qu'à ce moment la consolidation n'était pas encore obtenue car, quand cet homme voulait appuyer la jambe par terre, elle fléchissait et devenait douloureuse, de telle sorte que la marche devenait absolument impossible sans le secours d'une canne ou d'un bâton.

Les choses en étaient là quand, il y a trois jours, il fit, dans un escalier, une chute dans laquelle sa jambe fut prise sous lui; il ne put se relever et c'est dans ces conditions que cet homme est entré dans notre service, et voici quel est actuellement l'état des parties.

La fracture sus-malléolaire est guérie; il existe, au tiers supérieur de la jambe gauche, un gonflement considérable dû à l'augmentation de volume du tibia. Cette tuméfaction siége exactement à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. On constate également, à ce niveau, une petite inégalité qui indique évidemment que là était la fracture, et qu'il y avait eu déplacement des fragments tel que le supérieur avait chevauché en avant de l'inférieur. Enfin, caractère important sur lequel je reviendrai tout à l'heure, il existe en ce même endroit une petite ecchymose qui, au dire du malade, ne date pas de son dernier accident comme on pourrait le croire, car il affirme qu'elle existait dès le début et qu'elle a persisté pendant toute la durée de son traitement.

J'ajouterai qu'il existe, encore actuellement, une mobilité assez sensible que l'intégrité du péroné, qui a été également fracturé mais dont la solution de continuité est rétablie, atténue considérablement.

A quelle sorte d'accident avions-nous affaire? Lorsque cet homme a enlevé son dernier appareil, sa fracture était-elle consolidée? Car ici trois choses sont possibles : il peut s'agir ou d'un défaut de consolidation de la solution de continuité, ou d'une nouvelle fracture, ou bien enfin le cal primitivement solidifié s'est ramolli.

Examinons successivement chacune de ces hypothèses. S'est-il reproduit une nouvelle fracture précisément au même point où la rupture de l'os avait eu lieu précédemment? Cela n'est pas invraisemblable, car il est tout à fait exceptionnel qu'une fracture se refasse où elle avait déjà eu lieu; l'anatomie pathologique montrant que l'os est infiniment plus résistant dans les parties occupées par le cal.

Celui-ci, une fois formé, s'est-il ramolli? Cela n'est guère admissible non plus, attendu que cet accident ne s'observe qu'à la suite de causes locales, telles que l'apparition d'un érysipèle sur le membre malade, ou la formation d'un phlegmon, par exemple, ou bien encore, sous l'influence de causes générales, de maladies graves, que cet homme dit n'avoir jamais présentées, toutes causes, d'ailleurs, que nous allons étudier plus loin, à propos de la troisième hypothèse qui nous reste à examiner, la non-solidification du cal.

Il n'est pas douteux, en effet, qu'il s'agisse chez lui d'un obstacle à la réunion des fragments, puisque c'est immédiatement après s'être débarrassé de son appareil que le malade a constaté que sa jambe refusait de le porter et que, par conséquent, on ne saurait s'arrêter à l'idée d'un cal qui, après s'être consolidé, se serait ultérieurement ramolli.

Quelles sont donc les raisons qui ont pu retarder ainsi la consolidation de la fracture?

Les causes qui interviennent dans ce sens sont également de deux ordres : les unes générales, les autres locales.

Les causes générales qui peuvent retarder ou empêcher la non-consolidation du cal, sont d'abord certains états physiologiques, tels que la grossesse et l'allaitement chez la femme, et chez l'homme, l'influence si contestable, d'ailleurs, de l'âge : les vieillards étant réputés plus incapables de fabriquer un cal solide que les individus jeunes. Ce n'est pas le cas de notre homme qui n'a que quarante ans.

Après l'âge, viennent les troubles de nutrition qui résultent d'une alimentation insuffisante. Or, notre malade déclare s'être toujours bien nourri et rien chez lui ne peut faire soupçonner cet état particulier.

Quant aux causes pathologiques générales, elles sont également nulles ici. Cet homme n'est d'abord ni scrofuleux, ni goutteux, ni rhumatisant; de même il n'a jamais eu le scorbut ni de fièvres graves.

Enfin, il ne présente pas trace de diathèse cancéreuse ou syphilitique. Pas le moindre signe, non plus, d'une altération particulière du sang.

La seule cause générale que nous ayons trouvée chez lui, c'est l'alcoolisme. Or, je ne sache pas que cet état ait été jamais signalé comme pouvant empêcher ou retarder la consolidation du cal.

Quant à la phosphaturie, c'est-à-dire à l'excrétion exagérée des phosphates par l'urine, que l'on a encore invoquée dans certains cas comme un obstacle à la non-consolidation des fractures, je ne crois pas ici qu'il y ait raison de s'y arrêter. Il est vrai que les urines n'ont pas été examinées dans ce sens, mais il n'a pas cette soif anormale, cet appétit désordonné qui caractérise ce que l'on a appelé le diabète phosphatique ou la phosphaturie, aussi bien que la glycosurie.

Recherchons-donc, si parmi les causes locales nous ne trouvons pas quelque indice qui puisse nous expliquer ce phénomène anormal, la non-consolidation du cal.

D'abord, comme cause locale pathologique, il n'y a rien à signaler ici : maladie du côté des membres, aucun accident qui soit survenu dans le cours du traitement et puisse expliquer l'absence de réunion des fragments ou leur défaut de consolidation; pas d'inflammation vive, ni érysipèle, ni phlegmon, ni chevauchement, ni écartement considérable des parties fracturées.

Je n'insiste pas davantage sur certaines causes locales qui agissent puissamment dans ce sens et qui dépendent du traitement, telles, par exemple, que l'application d'un bandage mal fait, trop lâche ou pas assez serré, etc.; le chirurgien qui a donné ses soins à ce malade ne saurait être évidemment suspecté à cet égard.

Reste, comme cause locale, une altération de l'os au niveau du siége de la fracture; par exemple, un dépôt de matière spéciale du tissu osseux, mais ce n'est pas le cas ici. Quant aux tumeurs nombreuses qui, en se développant dans ces régions peuvent empêcher la consolidation du cal, il ne saurait non plus en être question.

Serait-ce alors une ostéite ou une névrose du tibia au niveau du siége de la fracture? en effet, cet homme a eu une plaie à la partie postéro-interne du tibia; or, vous savez que les solutions de continuité osseuses compliquées, alors qu'il y a communication de la plaie avec le foyer de la fracture sont celles dont la consolidation est la plus lente à obtenir, parce que, dans ces cas, il y a quelquefois de l'ostéite et de la névrose des extrémités osseuses. Dans ces conditions, la non-consolidation s'explique par suite de la sortie d'esquilles plus ou moins volumineuses. Mais chez cet homme, il n'y a rien eu de semblable.

Mais si nous ne trouvons ni parmi les causes générales,

ni parmi les causes locales, aucun indice qui nous permette d'expliquer le phénomène que nous présente ce malade, il est dans l'observation et dans la connaissance de faits analogues, des raisons qui nous en rendent exactement compte. L'expérience, en effet, nous apprend que la fracture du tibia, au tiers supérieur, est toujours très-lente à se consolider; qu'elle soit simple ou compliquée, il ne faut pas compter sur moins de trois, quatre, cinq, six, sept mois avant de voir les malades en état de se servir de leur jambe.

Cela tiendrait, d'abord, à cette loi physiologique qui a été formulée par A. Bérard, à savoir, que les extrémités vers lesquelles se rend le canal nourricier d'un os, quel qu'il soit, sont toujours celles qui se réunissent les premières à la diaphyse. Or, à la jambe, vous savez que l'artère qui distribue le sang aux os se dirige de haut en bas en s'éloignant du genou.

Mais cette théorie physiologique est le plus souvent en contradiction avec les faits; et bien que pour les fractures de l'extrémité supérieure du tibia, elle semble avoir quelque raison d'être, je ne puis m'empêcher de considérer cette opinion comme tout à fait erronée. La preuve en est que, en dépit de la direction du canal nourricier qui est dirigée de haut en bas, l'extrémité supérieure du tibia est précisément la partie de cet os qui est la plus vasculaire.

Il est bien plus vraisemblable, au contraire, que la consolidation lente des fractures de cette région, tient aux conditions anatomiques mêmes de l'extrémité supérieure du tibia, lequel est constitué à ce niveau par une quantité considérable de tissus spongieux extrêmement riches en vaisseaux sanguins. Il résulte de cette disposition particulière que le sang venant à s'interposer en abondance entre les fragments et ne participant pas à la formation du cal, sa présence oppose un obstacle considérable à la consolidation de la fracture. Nous en avons la preuve dans cette ecchymose énorme que l'on observe ordinairement chez les individus atteints de fracture de l'extrémité supérieure du tibia, ecchymose qui persiste encore actuellement chez ce malade et dont il a remarqué la présence dès le jour même de son accident.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. BADAL.

Blessures de l'œil. — Enucléation. — Amputation de l'hémisphère antérieur. — Prothèse oculaire.

I.

Je vous présente quatre malades qui, à la suite de blessures de l'œil ou d'opérations pratiquées sur cet organe, auront à faire usage d'un œil artificiel. Deux d'entre eux sont munis de cet appareil de prothèse; les deux autres en seront pourvus avant peu.

Il n'est pas de médecin qui ne soit consulté de temps à autre par des personnes ayant perdu un œil, sur les avantages et les inconvénients de la prothèse oculaire et la possibilité d'adapter une pièce artificielle avec ou sans opération préalable. Peut-être serez-vous bien aise d'avoir quelques détails à ce sujet, de façon à pouvoir conseiller utilement les malades qui plus tard s'adresseraient à vous.

Notre prochaine conférence sera consacrée à cette question. Je désire vous exposer aujourd'hui l'histoire des malades que voici, et qui nous serviront d'exemples.

Le premier est un jeune abbé qui, très-obligeamment veut bien se soumettre à votre examen. L'œil gauche donnait asile, depuis douze ans, à un fragment de capsule qui avait traversé la cornée, l'iris, le cristallin, et que j'ai retrouvé dans le corps ciliaire, où il avait fini par s'enkyster. Ce corps étranger avait déterminé successivement l'opacification et la résorption du cristallin, une atrophie prononcée du globe, puis — mais dans ces derniers temps seulement — des douleurs ciliaires revenant périodiquement et chaque fois plus fortes. Le malade a été adressé à M. Giraud-Teulon qui l'a opéré à notre clinique, il y a de cela deux mois. L'énucléation a été pratiquée par le procédé classique de Bonnet; la cicatrice ne laisse rien à désirer et l'œil artificiel que vous voyez en place est bien toléré depuis déjà longtemps.

Le second blessé est un enfant de dix ans, fils d'un brocanteur. En faisant le triage de menus objets achetés en bloc à une vente et parmi lesquels se trouvaient des cartouches chargées, il en a fait partir une. La pièce métallique qui forme le culot de la cartouche est venue frapper l'œil au niveau de la commissure externe en produisant une plaie de près d'un centimètre, à cheval sur la cornée et le sclérotique. L'enfant m'a été amené quelques heures après l'accident; le cristallin était luxé, un tiers au moins du contenu de l'œil s'était échappé au moment du choc, mais la coque oculaire avait repris en partie sa forme en vertu de son élasticité et de l'air était venu prendre la place du corps vitré. Pendant plusieurs jours on a pu voir, chose assez curieuse, une grosse bulle d'air occuper la partie supérieure de la chambre antérieure, où elle se déplaçait à chaque mouvement du globe.

L'accident date de six mois; l'œil, complètement perdu, s'atrophie peu à peu et une cicatrice profondément déprimée, dirigée d'avant en arrière, partage sa moitié externe en deux lobes. Pendant longtemps il est survenu de temps à autre des poussées inflammatoires qui ont nécessité une grande surveillance. J'ai proposé l'énucléation qui a été refusée. Aujourd'hui l'enfant ne souffre plus, mais je crains qu'un œil artificiel ne puisse encore être supporté; ces blessures de la région ciliaire demandent des ménagements extrêmes; il faut attendre.

Les autres malades que j'ai à vous présenter sont deux femmes encore jeunes qui ont perdu chacune un œil à la suite d'ophthalmie purulente, il y a de cela un an environ. Chez toutes les deux, la perforation de la cornée a été suivie de la formation d'un staphylome total volumineux affectant la forme d'une ampoule bosselée, noirâtre, sorte de champignon dont le pédicule se trouvait étranglé par l'ouverture de la sclérotique. A cette cause permanente d'irritation et de souffrances physiques, joignez les peines morales qui ont leur origine dans les humiliations et les froissements d'amour-propre auxquels expose une semblable difformité, et vous comprendrez que ces malades soient venues d'elles-mêmes demander à être opérées.

Du reste, pour l'une d'elles, Mme M..., la première en date, il y avait urgence, l'autre œil était pris, depuis quelques jours d'iridocyclite avec trouble déjà prononcé du corps vitré et vous savez combien sont graves ces ophthalmies sympathiques.

L'ablation du staphylome a enrayé aussitôt la marche de la maladie; le corps vitré a repris sa transparence, mais il reste encore quelques synéchies postérieures qui sont de temps à autre l'occasion de poussées inflammatoires, de plus en plus rares du reste. Si cette femme eût tardé encore quelques jours à faire opérer l'œil staphylomateux, l'autre était irrévocablement perdu.

Chez les deux malades dont il vient d'être question, j'ai mis en usage le même procédé opératoire, ou à peu près : les paupières étant écartées à l'aide d'élévateurs, j'ai traversé le staphylome ne part en part, dans la direction du diamètre transversal, avec un petit tenaculum qui, tenu ensuite de la main gauche, m'a permis de fixer le globe, puis, avec le couteau à cataracte de Beer, j'ai traversé la tumeur à sa base à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Le tranchant du couteau, dirigé en bas, a sectionné rapidement les deux tiers inférieurs de l'ectasie et deux petits coups de ciseaux courbes ont suffi pour détacher complétement le staphylome. Ni dans un cas, ni dans l'autre, je n'ai eu à extraire le cristallin qui, luxé probablement dès le début, s'est trouvé résorbé, à moins qu'il n'ait été chassé hors de l'œil au moment de la perforation.

Dans toute opération de ce genre une partie du corps vitré s'échappe inévitablement pendant la section; toutefois la quantité

en est peu considérable si, vers la fin, l'aide a soin de relâcher autant que possible les élévateurs.

Vous remarquerez que chez ces deux femmes la cicatrisation de la plaie ne s'est pas faite d'une façon identique. Chez la première, Mme M..., le bulbe est partagé en quatre bosselures, séparées par autant de dépressions qui correspondent à l'insertion des muscles droits; au contraire, chez la seconde, Mme B..., le globe a conservé une forme sphérique parfaitement régulière. Voici à quoi tient cette différence :

La première malade était atteinte au moment de l'opération, comme je vous l'ai dit, d'irido-cyclite sympathique fort menaçante et on pouvait se demander si l'énucléation de l'œil ne serait pas préférable à l'amputation de l'hémisphère antérieur. J'ai reculé devant ce moyen radical dont l'urgence n'était pas démontrée. Il est difficile à la suite d'une opération de ce genre de se passer d'un œil artificiel, ne fût-ce que pour masquer le vide de la cavité orbitaire. Or, à ce point de vue, l'énucléation place l'opéré dans des conditions infiniment moins bonnes que ne le fait la simple ablation du staphylome. La coque d'émail supportée par un très-petit moignon n'a plus que des mouvements fort limités et s'échappe parfois de l'orbite; tout cela est à prendre en considération.

D'un autre côté, en raison des accidents d'irido-cyclite aiguë observés sur l'autre œil, il était urgent de faire cesser au plus vite toute cause d'irritation sympathique, et, pour cela la première condition était d'obtenir une cicatrisation rapide de l'œil opéré. Or, la cicatrisation est très-variable suivant la quantité de corps vitré qu'on laisse dans l'œil; plus cette quantité est considérable et plus lentement s'organise le tissu cicatriciel qui prend la place de la cornée absente. Cela s'explique par la manière dont se forme la cicatrice.

La membrane obturatrice naît des bords de la plaie circulaire qui résulte de l'opération, et, de là, tend à gagner rapidement vers le centre si rien n'entrave sa marche: C'est ce qui a lieu lorsque la pression intra-oculaire a été rendue nulle ou insignifiante. Pour cela il suffit de vider l'œil entièrement, soit avec une curette, soit ce qui est plus expéditif avec l'extrémité du doigt indicateur introduit dans la plaie.

C'est ce que j'ai fait pour Mme M...; la plaie a été recouverte ensuite d'un linge imbibé d'eau froide, d'une épaisse couche d'ouate, et après l'application d'un bandeau légèrement compressif, la malade a pu regagner son domicile. Quarante-huit heures après, la plaie était recouverte d'une mince pellicule cicatricielle et quelques jours ont suffi pour assurer la guérison. Une certaine quantité de liquide sécrété de nouveau à l'intérieur du globe lui a rendu en partie sa forme sphérique ; toutefois, la pression des muscles droits n'étant plus exactement équilibrée par la tension intra-oculaire, il en est résulté quatre dépressions assez profondes, dirigées d'avant en arrière, au niveau de l'insertion de ces muscles. L'œil artificiel trouvera là, néanmoins, un support très suffisant et la malade pourrait en faire usage depuis déjà plusieurs semaines, si je ne craignais pour l'autre œil encore mal guéri, l'influence de l'irritation que détermine presque constamment au début, le contact de la coque d'émail.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1878. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports généraux de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales d'Euzef, de Salins et Brides-les-Bains, de Pougues (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. G. Lagneau qui se porte candidat dans la section d'hygiène.

2° Une lettre de M. Lécorché qui se porte candidat dans la section de pathologie médicale.

3° Des lettres de remerciement de MM. Dauvergne (de Manosque) et Borins (de Brest), lauréats de l'Académie.

4° Une note de M. Sedan, médecin-major, sur la variole en Algérie.

5° Une lettre de M. Dumas, (de Montpellier), qui demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé dans la séance du 5 juin 1877.

M. le secrétaire perpétuel, après avoir ouvert le pli cacheté, déclare qu'il ne contient que le dessin d'un instrument auquel M. Dumas donne le nom de cliséomètre mixte, destiné à mesurer l'inclinaison du plan du détroit supérieur du bassin.

PRÉSENTATIONS

M. DUPRÉ (de Montpellier) présente une note de M. Dumas relative à cet instrument, et donne à ce sujet quelques explication sverbales.

M. LEGOUEST présente : 1° Au nom de M. le Dr Morand (de Vincennes) une brochure sur la thoracocentèse et l'empyème.

2° Le compte-rendu des revaccinations pratiquées à Dijon sur le 27me de ligne.

M. GIRAUD-TEULON présente au nom de M. le Dr Dor une observation de rupture du ligament suspenseur du cristallin.

M. DEVILLIERS présente au nom de M. le Dr Metzquer diverses notes relatives au service de la vaccine (commission de vaccine).

M. RICHET présente de la part de M. le Dr Gallard une étude médico-légale sur l'avortement.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la désarticulation de la hanche

La parole est à M. J. Guérin.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉSARTICULATION DE LA HANCHE

M. J. GUÉRIN commence en constatant que c'est pour la quatrième fois que la méthode sous-cutanée se trouve en cause devant l'Académie. Avant d'en appliquer les principes au sujet actuel de la discussion, il va d'abord passer en revue les différentes opinions qui se sont produites jusqu'ici sur les diverses méthodes de pansement, en discuter la valeur et examiner les enseignements qui en sont ressortis sur le point principal du débat. Cet examen constituera la première partie de son argumentation.

Après une analyse critique des argumentations de ceux de ses collègues qui l'ont précédé à cette tribune et des divers systèmes qui y ont été émis, compris le système des germes de M. Pasteur, qu'il n'avait pas attendu, ainsi que l'a justement fait remarquer M. Le Fort, pour constituer la méthode sous-cutanée, qui a précisément pour but, en mettant les plaies à l'abri du contact de l'air, de les préserver à la fois de l'action nuisible de ses éléments normaux et de tous les germes morbigènes qu'il peut contenir, M. J. Guérin résume comme il suit son appréciation générale de l'ensemble de cette discussion.

Si, d'un seul coup d'œil jeté sur l'ensemble de la discussion, on cherche à se rendre compte de son produit net et de la part que chacun y a apportée, nous dirons, comme en commençant, que, toutes réserves faites à l'endroit des lumières répandues sur les différentes particularités de la question, il n'y a eu aucune concordance générale ; qu'aussi bien au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, personne n'a résolu, ni même signalé le véritable problème à résoudre.

Ainsi : au point de vue théorique, personne ne s'est demandé pourquoi les plaies réunies par première intention n'ont obtenu jusqu'ici qu'éventuellement, et à l'aide de moyens très-différents le bénéfice de l'organisation immédiate ; tandis que les plaies sous-cutanées auxquelles on les a légitimement comparées jouissent toujours de ce bénéfice.

Au point de vue pratique, personne n'a formulé l'indication capitale à remplir, et les moyens précis à employer pour que les deux ordres de plaies ramenées au même principe physiologique soient assurées au même résultat.

La solution de ce double problème a été donnée très-explicitement, non-seulement dans les discussions qui ont précédé le débat actuel, mais dans les mémoires qui ont motivé ces discussions.

Des citations que fait ici M. J. Guérin il ressort trois propositions qui se résolvent dans ces trois indications, à savoir : empêcher la suppuration, assurer la réunion et prévenir la putréfaction des liquides, ne formulent pas seulement ce que je crois être la vraie théorie et la vraie pratique de la réunion immédiate, elles constituent, en outre, une sorte de critérium propre à faire apprécier coordonner et systématiser les différents moyens qui ont paru concourir jusqu'ici au succès de ce mode de réunion. Ces moyens, je les rapporte à 5 chefs principaux.

1°. A la confection des lambeaux; 2° à la coaptation et à la greffe des surfaces; 3° à la pression propre à la favoriser; 4° à la mise et au maintien incessant de la plaie à l'abri du contact de l'air; 5° à la soustraction incessante des gaz et des liquides excrétés par la plaie.

M. J. Guérin reprend et développe chacun de ces points.

1° Pour la confection des lambeaux, le but à atteindre est de prévenir et de supprimer complétement l'espace triangulaire qui résulte de l'ablation de l'os scié et de favoriser la greffe immédiate de la surface cruentée du lambeau avec la surface de section de l'os. Les méthodes à deux lambeaux inégaux et à un seul lambeau permettent seules la coaptation immédiate et permanente des surfaces.

II. Pour la coaptation des surfaces cruentées, il ne fallait pas seulement viser à obtenir une coaptation des lambeaux aussi complète seulement que les yeux la faisaient voir, il fallait, qu'inspirée par la nécessité d'en chasser l'air et les liquides stagnants, elle réalisât incessamment l'application hermétique des surfaces. Mais ce n'est pas tout, à la difficulté d'obtenir la greffe des tissus d'organisation si différents que ceux qui entrent dans la composition des lambeaux, il fallait répondre par ce principe : à savoir, que tous les tissus sont nourris et entretenus par un plasma commun, et c'est à ce plasma qu'il fallait demander l'élément de leur soudure commune. A cet effet, il fallait que les surfaces cruentées fussent dans toute leur étendue sollicitées à verser le plasma commun. Or, au lieu de sections pratiquées plus ou moins parallèlement à la direction des fibres des lambeaux, avec un tranchant coupant, en glissant parfois sur ces surfaces, et laissant sur certains points les petites gaînes musculaires incomplètement ouvertes, je propose d'employer un couteau scie, de telle façon que la surface des lambeaux soit comme chagrinée et éraillée et présente à la coaptation et à la soudure des points rapprochés, la lymphe plastique qui doit les réunir.

III. La pression destinée à favoriser la coaptation et la greffe générale et uniforme, doit être répartie d'une façon égale (directe et au degré voulu sur toute l'étendue des surfaces. La pression atmosphérique répartie d'une façon égale sur toute la surface du moignon réalise toutes les indications.

IV. En ce qui concerne la soustraction de la plaie et du moignon au contact de l'air, il fallait un système d'appareils propre à cerner hermétiquement le moignon et la plaie, combiné avec l'opération continue. C'est ce que réalise, de la manière la plus précise, mon appareil d'occlusion pneumatique.

V. Quant à cette évacuation continue, elle est un premier moyen qui s'oppose à la stagnation et à la fermentation des liquides épanchés. Les petits tubes en verre criblés à leurs extrémités, par lesquels je remplace les drains, les sutures profondes et l'occlusion pneumatique se combinent et s'harmonisent pour produire et entretenir l'évacuation des liquides de la plaie.

M. J. Guérin termine en confirmant tout ce qui a été dit de l'utilité des antiseptiques en lotion, applications et injections.

M. PASTEUR demande s'il existe dans la science chirurgicale des preuves certaines de l'existence de l'infection purulente primitive et spontanée, si ces preuves existent, est-il également prouvé que cette infection purulente primitive et spontanée puisse donner naissance à une infection purulente secondaire. M. Pasteur ne juge pas ; il veut s'instruire et se renseigner auprès de ses collègues.

M. J. GUÉRIN dit qu'il existe un grand nombre d'exemples incontestables de suppurations infectieuses se produisant spontanément à l'abri de toute influence extérieure. Suivant M. Guérin l'infection purulente vient presque toujours du dedans et non du dehors.

M. PASTEUR répète que ce sont des preuves certaines qu'il demande. A-t-on constaté, dit-il, des cas d'infections purulentes primitives spontanées, pouvant donner lieu à des infections purulentes secondaires, et a-t-on constaté dans ces cas, l'absence complète des germes ?

M. J. GUÉRIN fait observer que les chirurgiens ne peuvent plus expérimenter sur l'homme, comme le savant de laboratoire sur les animaux. C'est donc sur des faits d'observation et non sur des faits d'expérimentation qu'ils s'appuient. Mais les données de l'observation valent bien celles de l'expérimentation.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mars 1872. — Présidence de M. EMPIS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté

COMMUNICATIONS

— **Elephantiasis syphilitique.** — M. LIBERMANN, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Maurice Raynaud sur un cas de leontiasis syphilitique, (voir *Gazette des Hôpitaux, n° du 16 mars* 1878) lit une observation d'elephantiasis des Arabes, de nature syphilitique, siégeant sur la jambe, qu'il a eu l'occasion de voir en ville, il y a cinq ans, et pour lequel il a appelé en consultation MM. Dieulafoy et Bertrand.

Ce malade a guéri sous l'influence d'un traitement antisyphilitique énergique consistant en injections sous-cutanées de biiodure de mercure et en iodure de potassium pris à l'intérieur à doses croissantes. (Sera publié).

— **Anesthésie obstétricale.** — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, sur l'invitation des membres de la société, donne lecture d'un travail sur les résultats qu'il a obtenus dans son service, à la Maternité de l'hopital Cochin, de l'emploi du chloroforme pendant le travail de l'accouchement (Sera publié).

M. BOURDON dit avoir également obtenu d'excellents résultats, dans ces cas, de l'emploi de l'hydrate de chloral.

— **Syphilis cérébrale.** — M. PROUST communique l'observation d'un malade âgé de 49 ans, exerçant la profession de courtier de commerce, qui, un soir de novembre dernier, fut pris d'une douleur extrèmement vive dans le bras gauche, douleur qui fut suivie de la perte du mouvement de ce membre. La paralysie persista après la disparition de la douleur. Un médecin de Berne qui donna, à cette époque, ses soins à ce malade, avait remarqué que la température du bras gauche était de beaucoup inférieure à celle du bras droit ; il avait également constaté que l'anesthésie agissait dans le département du membre animé par le radial et que les mouvements des extenseurs étaient beaucoup plus difficiles que ceux des fléchisseurs.

Enfin ce médecin avait remarqué la disparition du pouls sur ce bras.

Au commencement de janvier ce malade entra dans le service de M. Proust qui constata tous ces phénomènes, il reconnut, en outre, une notable diminution de volume de ce bras comparativement à l'autre ; l'atrophie portait surtout sur les doigts et la main ; il y avait une différence très-marquée entre la main droite et la main gauche. Il n'y a que trois mois que ce phénomène a été constaté. Le pouls radial est toujours absent. M. Proust rapporte ces accidents à une lésion cérébrale de nature syphilitique, diagnotic qui se trouve confirmé par la notable amélioration obtenue chez ce malade à l'aide de l'iodure de potassium à hautes doses et des frictions mercurielles.

— **Localisations cérébrales.** — M. PROUST présente le cerveau d'un ancien amputé sur lequel, du côté opposé au membre amputé, on constate une notable atrophie.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à cette occasion, dit avoir constaté récemment sur le cerveau d'un homme qui avait en tous ses membres une atrophie absolument semblable et qu'on n'aurait certainement pas manqué d'attribuer à une ancienne amputation si l'on avait examiné le cerveau seul.

A 4 heures 1/2 la société se forme en comité secret.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

SIXIÈME LISTE.

Listes précédentes	4,736 fr. 50 c.
MM. le docteur Vaucheret	5 francs.
— Antony, médecin aide-major	3 —
Par la Société de Biologie :	
Anonyme	5 —
MM. le Docteur R. Marjolin (de la Société de biologie)	20 —
le professeur Chauffard, —	50 —
la Société médicale des Hôpitaux de Paris	300 —
le Docteur Boinet	20 —
le professeur Hergott de Nancy	20 —
la Société de médecine pratique	100 —
le Docteur Leven	20 —
— Hillairet	40 —
— Magnan	30 —
— Huguet	10 —
Total	5,359 f. 50 c.

SOUSCRIPTIONS VERSÉES CHEZ M. BOUCHON AU COLLÉGE DE FRANCE

(2me liste).

Mademoiselle Beaulaton	100 francs.
MM. Paris, professeur au Collége de France	20 —
Foucaux, —	5 —
Murey, —	50 —
Chodzko, —	20 —
Maury, —	20 —
Schützenberger, —	20 —
Barbier de Meynard, —	20 —
Michel Chevalier, —	100 —
Ernest Renan, —	20 —
de Montgolfier, préparateur au coll. de France	10 —
Verdin	2 —
Madame James de Rothschild	1,000 —
Total	1,387 —
Première liste	2,270 —
Total	3,657 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin du bureau central s'est ouvert samedi 23 mars. Le jury est composé de la manière suivante : MM. Bourdon, Millard, Oulmont, Guibout, Hervieux, Desnos, Archambault, Bernutz, Ledendu.

Les candidats, au nombre de trente, sont : MM. Carrière, Chouppe, Danlos, Du Castel, Frémy, Gingeot, Hanot, Hirtz, Homolle, Huchard, Hutinel, Jeoffroy, Labadie-Lagrave, Lacombe, Landouzy, Landrieux, Lurey, Muzelier, Percheron, Quinquaud, Rathery, Raymond, A. Renault, Robin, Roques, Sanné, Schweich, Sevestre, Tenneson, Troisier.

— M. le professeur Charcot étant indisposé, le cours d'anatomie pathologique est ajourné jusqu'à nouvel avis.

Nous ferons connaître ultérieurement l'ouverture de ce cours.

Concours pour l'agrégation en médecine. — Dans la séance du lundi 25, M. Carrière a eu à traiter la question suivante : des éruptions toxiques. — M. Debove : des contractures essentielles.

Dans la séance du mardi 26, M. Teissier : des convulsions dans les maladies aiguës. — M. Mairet : des tumeurs hémorrhoïdales.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Rogier, étudiant en médecine, décédé dans sa vingt-huitième année.

— *Cours de pharmacologie.* — M. le professeur Regnault commencera ce cours le samedi 29 mars 1878 à midi et le continuera les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine à la même heure (petit amphithéâtre).

— M. le docteur Chéron, médecin de St-Lazare, reprendra son cours de Gynécologie, le jeudi 28 mars et le continuera les jeudis suivants à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Il traitera des affections utérines au point de vue de la pathogénie et du traitement.

— *Cours de thérapeutique et matière médicale.* — M. le professeur Gubler commencera ce cours le vendredi 5 avril 1878 à 4 heures et le continuera les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine à la même heure (petit amphithéâtre).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Distribution géographique de la phthisie pulmonaire.

Dans l'une de nos précédentes Revues (du 2 février dernier) nous avons conduit nos lecteurs à travers le monde pour leur faire étudier avec nous, et le Dr Carrière pour guide, l'influence que la goutte et le rhumatisme reçoivent dans leur fréquence, dans leurs caractères et leur marche par l'action des divers climats. Aujourd'hui nous allons entreprendre avec M. Lancereaux un semblable voyage pour étudier la distribution géographique de la phthisie pulmonaire. Nos lecteurs n'ont pas oublié la savante discussion à laquelle s'est livrée l'Académie de Médecine, il y a quelques années, sur l'étiologie de la phthisie. Certes la question a été profondément étudiée, mais malgré les vives lumières dont la discussion a pu l'éclairer, elle est loin encore d'être épuisée. Le problème est si complexe qu'aucun des nombreux points de vue qui s'y rattachent n'est négligeable. Le point de vue où s'est placé M. Lancereaux dans la nouvelle étude qu'il a entreprise, est loin d'être nouveau en lui-même. Nous sommes, à cet égard, redevables de nombreux documents aux médecins étrangers de tous pays, aux médecins voyageurs, et particulièrement aux médecins de nos armées de terre et de mer. C'est de l'étude de ces documents mêmes qu'il était intéressant de chercher à faire ressortir quelques conclusions concordantes, soit sur les influences diverses, positives ou négatives des climats considérés en eux-mêmes, soit sur telles circonstances indépendantes du climat et communes à toutes les régions indifféremment. C'est ce que M. Lancereaux a essayé de faire dans une communication au congrès international des sciences géographiques, qui est une véritable promenade autour du monde, dans son fauteuil.

Dans ce parcours, M. Lancereaux ne s'est pas borné à tenir compte de la topographie, de la climatologie et de la météorologie, il s'est préoccupé en même temps, des habitudes, du régime, du genre de vie des individus, et c'est à l'aide de cette analyse qu'il pense être arrivé à déterminer les circonstances diverses les plus propres à développer la phthisie. Les contrées ainsi parcourues sont : les climats froids, du pôle au 60e ou 55e degré de latitude, la Laponie, l'Islande, le Danemark, la Norvége, la Suède, la Russie, etc.; les climats tempérés, du 60e ou 55e degré de latitude au 35e ou 30e, l'Irlande, l'Angleterre, la Hollande, la Belgique, l'Allemagne du Nord, la Pologne, les provinces du sud de la Russie, la France, l'Autriche-Hongrie, l'Italie, l'Espagne, les îles de la Méditerranée, la Turquie d'Asie, le Japon, l'Amérique du Nord, etc.; les climats chauds, du 35e au 30e degré de latitude de l'équateur, le Mexique, l'Amérique centrale, les Antilles, la Guyane, le Pérou, le Chili, le Brésil, la Nouvelle-Zélande, l'Australie, les îles de l'archipel indien, la Cochinchine, l'Afrique, etc.

Voici le résultat général de l'analyse des observations recueillies dans ces nombreuses et diverses régions :

De l'indication des lieux où la phthisie pulmonaire exerce ses ravages et de ceux qu'elle épargne, il résulterait :

1° Que les régions polaires sont peu favorables au développement de la phthisie pulmonaire; elle y est rare et évolue lentement.

2° Que les régions tempérées sont surtout propres à déterminer la genèse de la tuberculose dans les grands centres de population, dans les villes industrielles, partout où il y a agglomération considérable d'individus. Dans cette zone, la marche de la phthisie est en même temps plus aiguë et plus rapide que dans les zones froides.

3° Les régions tropicales sont celles où la phthisie, toutes choses égales d'ailleurs, marche le plus rapidement et cause les plus grands ravages.

Telles sont les premières conclusions générales qui ressortent de cette analyse. Mais si elles donnent une idée de la distribution géographique de la phthisie, elles ne disent rien encore sur les causes. C'est à une nouvelle analyse des divers éléments des climats et surtout du genre de vie, d'alimentation et de conditions sociales et hygiéniques au milieu desquelles vivent les populations, qu'il fallait les demander. C'est ce qu'a fait M. Lancereaux.

La température, considérée jusqu'à présent par la pluralité des médecins comme ayant la plus grande influence dans l'étiologie de la phthisie, n'aurait qu'une action très-secondaire, si l'on considère que dans les contrées boréales de la Norvége et de la Suède, dans l'Islande et dans le Groënland, cette affection est à peu près inconnue, tandis qu'elle est fréquente et meurtrière aux Antilles, et d'une façon générale sous la zone torride. Il ne faudrait pas non plus accorder une part d'influence trop grande aux vicissitudes atmosphériques, en

présence de ce fait signalé par divers observateurs, que la phthisie est rare ou même inconnue parmi les habitants de Terre-Neuve, les Kirghis qui habitent les steppes de la Russie, les Indiens qui vivent dans les prairies de l'ouest des États-Unis, qui sont soumis à de nombreuses variations de température.

La pression atmosphérique a une action plus manifeste. La phthisie pulmonaire, comme certaines plantes, ne dépasse pas un degré déterminé d'altitude. Elle devient rare en général à partir d'une élévation de 800 à 1000 mètres au-dessus du niveau de la mer.

L'humidité de l'atmosphère, sans avoir une influence aussi évidente que l'altitude, en a une néanmoins incontestable. Dans beaucoup de centres la phthisie est beaucoup plus répandue sur le littoral que dans l'intérieur des terres où l'air est généralement plus sec. Mais, d'après la remarque de M. Lancereaux, il ne faudrait pas attribuer uniquement cette différence à l'humidité seule, il y a à tenir compte aussi de cette circonstance que dans ces contrées, les villes les plus populeuses sont bâties sur la côte, tandis que celles de l'intérieur sont en même temps moins peuplées et à une plus grande altitude.

L'influence qui peut résulter de la composition du sol est encore peu connue et mal appréciée.

L'air joue, sans contredit, le rôle le plus important dans le développement de la phthisie, dont la fréquence est, en quelque sorte, proportionnelle à la densité et à l'agglomération de la population.

La fréquence de la tuberculose dans les grands centres de population, sa rareté dans les campagnes, portent à penser que l'air vicié, concentré ou non-suffisamment renouvelé, est la grande cause de la phthisie pulmonaire.

L'enquête géographique montre qu'aux États-Unis, en Australie et en Algérie, la tuberculose a progressé à mesure que des cités importantes se sont élevées. D'un autre côté la phthisie pulmonaire est commune dans les établissements mal aérés ou encombrés, comme les ateliers, les prisons, les casernes, les colléges, etc. Tout le monde sait que ce sont surtout les ateliers encombrés, ceux notamment où s'exercent des professions qui n'exigent qu'un faible exercice musculaire, qui fournissent le plus grand nombre de phthisiques. La phthisie est la principale cause de la mortalité dans les prisons. On connaît aussi sa fréquence dans les casernes. On en trouve la contre-partie dans ce fait que la seule armée dont la mortalité n'excède pas celle de la population civile, est l'armée indigène de l'Inde qui n'est pas casernée.

Une dernière preuve des bienfaits de l'air et des fâcheux effets de son insuffisance est fournie par l'observation des individus dont le genre de vie est brusquement changé, et qui, habitués au grand air et à l'exercice, sont tout à coup soumis au repos et à un air confiné. Les exemples sont aussi frappants que nombreux. Mais à cette influence il faut encore ajouter celle qui résulte de l'alimentation et du défaut d'exercice musculaire.

Il est d'observation commune que les peuples du Nord qui vivent de matières grasses, sont peu atteints de tuberculose pulmonaire, tandis que ceux qui vivent presqu'exclusivement de matières végétales, comme les habitants des îles polynésiennes, par exemple, sont très-sujets à cette affection.

Quant à l'exercice musculaire, il suffit, pour se convaincre de son importance, de voir dans un même milieu les ravages de la phthisie parmi les personnes qui exercent des professions sédentaires, et l'espèce d'immunité dont jouissent celles qui vivent au grand air, dans un mouvement presque continuel.

Contrairement à une opinion assez généralement acceptée, M. Lancereaux n'attribue à la race qu'une influence médiocre sur le développement de la phthisie pulmonaire.

Le froid et la chaleur n'ont pas d'influence notable sur la genèse de la tuberculose; les altitudes en préservent généralement. Un air insuffisant et concentré, une alimentation qui n'est pas en rapport avec les conditions climatériques, les excès de boissons alcooliques, le défaut d'exercice musculaire, sont les conditions les plus favorables au développement de cette maladie. La race, au contraire, l'influence peu: tous les peuples vivant de la vie sauvage, de quelque race qu'ils soient, connaissent peu la phthisie, et si, à notre contact, ils sont plus exposés que nous, cela tient uniquement au changement d'habitude, aux excès commis et à une position tout à fait inférieure.

Telles sont, en résumé, les conclusions qui ressortent de cette étude.

Si la phthisie pulmonaire est due principalement aux causes qui viennent d'être énumérées, il en ressort une première conséquence théorique, c'est que la phthisie est une maladie de la civilisation; d'où cette conséquence pratique dernière, que c'est à la civilisation elle-même qu'incombe le devoir de prévenir et de corriger le mal qu'elle fait, par une réglementation de la construction des maisons dans les villes, de la largeur des rues, de la quantité d'air à allouer aux ouvriers dans les ateliers, aux soldats dans les casernes, aux collégiens dans les lycées, aux enfants dans les écoles, aux concierges dans leurs loges, aux prisonniers dans leurs cellules; enfin en mettant autant que possible à la disposition des ouvriers travaillant dans les grands ateliers à des métiers sédentaires, des casernes et des lycées tous les moyens d'exercice propres à exciter la nutrition des différents tissus, celle des poumons principalement dont le ralentissement fonctionnel prédispose si puissamment à cette affection.

Sclérodermie avec asphyxie locale des extrémités et lèpre.

A propos de l'observation de sclérodermie avec asphyxie locale des extrémités, publiée dans notre revue du 16 mars dernier, M. Henri Dauchez, élève externe des hôpitaux, nous soumet les réflexions suivantes qui lui ont été suggérées par le souvenir d'une visite qu'il a faite, il y a quelques mois, dans les hôpitaux de lépreux de Bergen (Norvége).

« Plusieurs de ces malades, atteints de lèpre anesthésique, présentaient, dit M. Dauchez, un ensemble de symptômes tellement analogues à ceux de la malade qui fait le sujet de cette observation, que je me suis demandé s'il n'y avait pas entre l'asphyxie locale et la lèpre, une étroite parenté qui a pu les faire confondre. En effet, tous les signes de la lèpre anesthésique se trouvent reproduits chez cette jeune fille : les doigts, dit l'observation, sont raides, fléchis et douloureux; les ongles, bossués, rétrécis; les muscles des mains, atrophiés, raccourcis. Presque en même temps, nous voyons de petites bulles de pemphigus, suivies d'ulcérations, puis de cicatrices indurées, se rétractant ultérieurement. Un peu plus tard, nouvelle éruption de pemphigus, anesthésie de la peau, surtout des parties cicatrisées, atrophie complète des muscles de l'éminence hypothénar. L'atrophie se généralise, l'anesthésie persiste, l'avant bras s'amaigrit, s'atrophie, enfin la flexion complète de la main s'accentue.

Parmi les muscles atteints, on signale les interosseux et ceux de l'éminence thénar.

Enfin, pour compléter le tableau, les nécroses de deux doigts se produisent.

Il serait intéressant de savoir si cette jeune fille a contracté cette affection au Brésil, à l'île Maurice ou en Norvége, car la lèpre est exceptionelle en France. L'asphyxie locale paraît évidente dans ce cas, mais en est-il de même de la sclérodermie?

Je ne puis mieux faire, pour justifier mon dire, que de citer les termes dont se sert Guérard dans son mémoire (1857) sur la lèpre anesthésique de Norvége. Les signes qu'il donne comme constants dans cette forme de la lèpre sont : les bulles de pemphigus, suivies d'ulcérations, bientôt recouvertes de croûtes, qui tombent, deviennent le siége de cicatrices rétractées, et couturent, suivant leur siége, les membres et le visage.

Dès lors, la peau devient hyperesthésiée, puis insensible; les muscles (surtout ceux de la main) s'atrophient; les doigts se fléchissent, se rétractent; les phalanges se détachent et tombent (nécrose).

La peau est uniformément jaune, terreuse, épaissie, couverte çà et là de crevasses produisant des désordres considérables. Ce tableau si fidèle me rappelle absolument les faits dont je fus témoin dans ma visite aux trois hôpitaux de Bergen. D'ailleurs, en se reportant à l'atlas et à l'ouvrage si merveilleusement complets de Danielsenn et Boeck, on peut vérifier l'exactitude frappante de la description de Guérard.

De tout cela faut-il conclure que l'asphyxie locale et la lèpre sont deux maladies sœurs? Le fait me paraît probable, car autrement, comment expliquer cette similitude parfaite de symptômes. Dans la lèpre cependant, l'atrophie avec flexion est la règle, tandis que ce symptôme peut faire défaut dans l'asphyxie locale des extrémités. »

Nous soumettons la question soulevée par notre intelligent correspondant, aux médecins plus spécialement compétents pour la résoudre.

Sur les difficultés du diagnostic de la tuberculisation pulmonaire.

A propos de deux articles sur les difficultés du diagnostic de la tuberculisation pulmonaire, publiés dans la Gazette des 15 janvier et 9 février 1878, M. le docteur Lavit, de Cessenon (Herault), nous fait part de trois observations qui lui paraissent pouvoir contribuer utilement à l'étude de cette question. Voici un résumé de ces observations, suffisant pour en faire ressortir le point principal. Nous laissons la parole à notre confrère.

Observation I. — Un enfant de dix ans, L. M. de Cazedornes, pale, étiolé, blond, lymphatique, est amené dans mon cabinet le 12 juillet 1868, se plaignant de toux, douleurs entre les épaules, perte d'appétit, etc. A l'examen de la poitrine je trouve : submatité ou timbre aigu sous la clavicule droite; respiration forte, bruyante, rude. En arrière, matité vers l'angle de l'omoplate assez étendue, avec respiration forte. Au côté gauche, en avant, résonnance normale, grave et étendue; murmure vésiculaire faible et doux, peut-être normal. En arrière, résonnance bonne et respiration faible. En un mot, contraste entre les symtômes physiques fournis par les deux côtés de la poitrine.

La veille j'avais lu un article intéressant de M. Bouchut sur le congestion pulmonaire fréquente chez les enfants, sans quoi j'aurais uniquement songé à un cas de phthisie commençante. J'instituai immédiatement une médication composée de : révulsifs sur le côté suspect, huile de morue et préparations sulfureuses à l'intérieur; et je ne tardai pas à constater une amélioration progressive jusqu'à la guérison complète dans le délai d'un mois et demi environ.

Observation II. — Le 18 novembre 1869, je suis appelé à Causse-et-Veyran auprès de Mme E. E. que l'on croyait dans un état désespéré, deux médecins en consultation ayant déclaré qu'elle était phthisique et sur le point de succomber. En effet la situation était grave : état fébrile, pouls faible, sueurs continues, amaigrissement considérable, défaillances stomacales lorsque la malade se soulevait un peu sur le lit; alimentation difficile, le bouillon seul même était mal toléré. Toux fréquente, expectoration. Examen de la poitrine : à droite, submatité sous la clavicule, diminution du murmure vésiculaire; en arrière, résonnance normale et râles humides; à gauche, rien en avant, submatité en arrière, vers la base, avec râles humides.

En raison des antécédents et de l'état actuel, je crus avoir affaire à une tuberculisation d'origine scrofuleuse, et j'instituai un traitement énergique : cautères sous la clavicule, vésicatoires en arrière, etc.; à l'intérieur huile de morue, iodure de potassium. Dans quelque temps une amélioration légère se manifesta, et peu à peu les accidents disparurent du côté de la poitrine; mais la fluxion détournée alla se jeter sur le foie qui devint douloureux, volumineux et finit pourtant par guérir comme la poitrine, après avoir passé par différentes phases qu'il serait trop long de développer.

Observation III. — Dernièrement je fus appelé auprès d'un enfant de neuf ans, J. J. de Cessenon, pâle, maigre, avec toux, fièvre et sueurs nocturnes, se levant chaque jour, courant même dans la rue, mais dépérissant à vue d'œil.

L'examen de la poitrine ne révéla rien en avant sous les clavicules.

En arrière, du côté gauche, existait une submatité prononcée avec grand affaiblissement du bruit respiratoire dans la partie moyenne. J'aurais pensé à un noyau tuberculeux, si des faits antérieurs ne m'avaient fait connaître la fréquence des fluxions pulmonaires chroniques et la rareté relative des tuberculisations pulmonaires chez les enfants, alors surtout qu'on ne constate rien d'anormal dans le sommet du poumon, siége d'origine et de prédilection de l'infarctus tuberculaire.

Par une vive révulsion sur le côté malade, et par l'usage d'une médication excitante et réparatrice (sirop minéral sulfureux de Crosnier, huile de morue et phosphate de chaux), cet engorgement latent et concentré ne tarda pas à éclater et à s'étendre, avec production de râles sous-crépitants et de souffle tubaire; après quoi une amélioration ne mit pas longtemps à se faire sentir. La fièvre qui était devenue plus forte et à peu près continue, diminua peu à peu; les sueurs disparurent aussi; et au bout d'un mois environ, tout rentrait dans l'ordre, et la santé commençait à s'épanouir sur le facies de ce jeune malade.

De ces trois observations, prises dans un plus grand nombre, notre confrère tire cette conclusion, qui nous paraît justifiée, qu'il est souvent difficile de diagnostiquer la nature de certaines affections pulmonaires, ressemblant beaucoup à la phthisie; que la prudence commande beaucoup de réserve à cet endroit, lorsqu'on est en présence d'une symptomatologie vague et incomplète; que la congestion pulmonaire est plus fréquente qu'on ne pense, chez les enfants surtout, et qu'elle est une des causes de la difficulté du diagnostic dans la tuberculisation pulmonaire.

Dr Brochin.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE

M. E. Magitot.

—

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).

Leçons et observations recueillies par M. le docteur Th. David.

X.

§ III. — *Des gingivites toxiques.*

Les gingivites toxiques constituent, au point de vue de la classification nosologique, un groupe très-important et parfaitement homogène, en raison des conditions spéciales qui en amènent la production, c'est-à-dire de la communauté de leur origine, de leur marche, de leur durée. Et cependant on ne peut, à proprement parler, les considérer comme une série de formes inflammatoires nouvelles, car elles affectent les différents aspects, les divers modes d'état qui ont été décrits dans les paragraphes précédents. C'est ainsi que chacune d'elles peut parcourir les mêmes phases et le même processus que les inflammations traumatiques ou essentielles quelconques. Le seul point particulier qui les distingue, c'est qu'elles sont le résultat de l'introduction dans l'économie de certaines substances toxiques.

Elles présentent donc entre elles, au point de vue de leurs caractères, des ressemblances très-grandes, bien qu'il soit encore possible sinon de les distinguer au prime abord, du moins de saisir quelques nuances spéciales dépendant de telle ou telle variété d'intoxication.

Les substances que nous avons à signaler dans cet ordre de recherches, celles qui ont été mentionnées par les auteurs, sont le plus ordinairement certains poisons minéraux ; le mercure, le phosphore, le nitrate d'argent et quelques autres encore.

Nous allons les passer successivement en revue et faire l'histoire de leurs effets pathologiques sur la muqueuse gingivale, en insistant principalement toutefois, sur les relations étiologiques spéciales, et sur les conditions de dose qui se rattachent à chacune d'elles.

1° *De la gingivite mercurielle.*

Cette gingivite étant souvent la seule et en tout cas la première des manifestations de l'intoxication mercurielle, elle a dès longtemps attiré l'attention des observateurs. Toutefois ceux-ci ne l'ont réellement bien connue que dès l'époque où le mercure fut introduit dans la thérapeutique des affections syphilitiques. Au début même de cette méthode, l'hydrargyrisme buccal était intentionnellement provoqué et devenait la preuve de l'efficacité du traitement. Aussi le poussait-on à ses dernières limites, à la stomatite généralisée et quelquefois jusqu'à la chute des dents.

De nos jours les manifestations buccales du mercure ne sont plus reconnues nécessaires dans un traitement rationnel. Mais il n'en reste pas moins vrai que l'apparition de la gingivite est, pour le clinicien, un indice, un critérium de l'intensité du traitement et même la première indication formelle de l'atténuer ou de le suspendre.

L'hydrargyrisme buccal se rencontre dans toutes les circonstances où une certaine quantité de mercure a été absorbée par quelque mode que ce soit. C'est ainsi qu'on le trouve chez les ouvriers employés à l'extraction ou aux manipulations du métal, les étameurs de glace, les doreurs au feu, les constructeurs de baromètres, de thermomètres, les apprêteurs de peau, les chapeliers, etc., et chez les personnes qui, dans un but thérapeutique ou autre, font usage des mercuriaux.

Toutes les préparations contenant du mercure peuvent la produire. La plupart des auteurs ont avancé qu'entre toutes, celles où le composé est à l'état insoluble sont à cet égard les plus actives. Tels seraient le calomel, l'onguent napolitain etc. Selon nous, la nature du composé importe peu, tout dépend de la quantité de mercure absorbé. Si les préparations insolubles, — et nous avons surtout en vue, ici, les deux précédemment citées, — se trouvent le plus souvent en cause, c'est qu'elles sont administrées beaucoup plus fréquemment et à plus forte dose que toute autre. Nous pensons même que les composés solubles sont beaucoup plus énergiques et beaucoup plus rapides dans leurs effets. Pour en avoir la preuve, il suffit de parcourir l'histoire des empoisonnements mercuriels :

Dans un cas suivi de mort au quatrième jour, par la prise de 8 grammes de sublimé, les gencives se sont montrées tuméfiées, manifestement enflammées quatre heures après l'ingestion (1).

Dans un autre fait également suivi de mort, rapporté par Hénocque, 60 grammes de sublimé avaient été avalés, et le lendemain on constatait une gingivite gangreneuse (2).

Vidal nous a laissé l'histoire d'un cas de mort survenu le neuvième jour, après de larges frictions faites sur la peau au nitrate acide de mercure. Dès le troisième jour toute la muqueuse buccale était rouge et tuméfiée (3).

Des fumigations au cinabre ont déterminé de la gingivite au bout de trois heures.

Toutes les préparations mercurielles peuvent donc produire l'hydrargyrisme buccal, pourvu qu'une certaine quantité de mercure soit absorbée.

Le calomel administré à doses fractionnées suivant la méthode de Law, produit de la gingivite vers le deuxième ou le troisième jour. Si on le donne à doses massives, comme purgatif, son absorption est entravée par l'action purgative elle-même et il reste sans effet sur la muqueuse buccale.

L'onguent mercuriel, souvent mal titré, employé sans beaucoup de méthode, est peut-être la préparation qu'il faut le plus souvent incriminer ; 2 à 4 grammes en frictions sur une grande surface, suffisent pour amener des phénomènes inflammatoires sur les gencives, dès le lendemain ou le surlendemain.

Le protoiodure, à la dose de 10 à 15 centigrammes, agit dans le même sens au quatrième ou au cinquième jour.

Nous n'en finirions pas si nous voulions poursuivre cette étude pour chaque préparation mercurielle. Aussi nous bornerons-nous à répéter que d'une façon générale, elles peuvent toutes produire l'hydrargyrisme buccal et qu'elles sont à cet égard d'autant plus actives qu'elles sont plus facilement absorbables.

Seulement, il convient de tenir grand compte de la susceptibilité individuelle qui peut être extrêmement variable. Ainsi on a vu une seule et légère friction d'onguent gris, détermi-

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 février.

(1) *Gazette médicale*, 1844, p. 495.

(2) *Société anatomique*, juillet 1868, p. 620.

(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1864, p. 317.

ner de la stomatite, tandis que chez d'autres sujets, l'usage prolongé des mercuriaux, sous quelque forme qu'on les ait administrés, et à des doses parfois élevées, n'a pas même provoqué la salivation (1).

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. BADAL.

Blessures de l'œil. — Enucléation. — Amputation de l'hémisphère antérieur. — Prothèse oculaire (2).

II

Si au lieu de vider l'œil, on s'attache, au contraire, comme je l'ai fait chez Mme B..., la seconde opérée, à ménager le plus possible le corps vitré, on prévient l'atrophie du globe qui conserve et son volume primitif et sa forme régulièrement sphérique, comme vous pouvez le constater. Une pareille surface est admirablement disposée pour supporter et faire mouvoir une pièce artificielle. Je vais prier la malade de remettre son œil en place; à toute distance, que Mme B... regarde en face, à droite ou à gauche, l'illusion est parfaite.

L'inconvénient de cette manière de procéder est d'exiger un temps assez long ponr que la cicatrisation soit complète ; dans les traités classiques, il est question de quatre à six semaines. Et en effet, tandis que la première opérée a guéri en huit jours, il a fallu un mois environ, avant de pouvoir chez la seconde placer la première pièce de prothèse. Le corps vitré tend constamment à faire issue à travers les lèvres de la plaie et la cicatrice progresse lentement de la périphérie vers le centre. Souvent même, sous l'influence de légères causes d'irritation : bandages trop serrés, refroidissements, congestions vers la tête, etc.., on voit chez certains malades la tension de l'œil augmenter brusquement et la marche concentrique du tissu cicatriciel se trouver arrêtée par la résistance que lui oppose la hernie du corps vitré.

Bien que rien de semblable ne soit arrivé chez notre malade, je n'en ai pas moins jugé utile, à trois ou quatre reprises différentes, d'introduire dans la plaie un stylet mousse, de façon à provoquer l'écoulement d'une très-petite quantité d'humeur vitrée, qui d'ailleurs sort difficilement. Pendant les quelques jours qui suivent cette petite manœuvre, la cicatrisation marche beaucoup plus vite, facilitée par la détente de la pression intra-oculaire.

On pourrait croire qu'un bandage compressif, appliqué jusqu'à cicatrisation complète, hâterait la guérison. L'expérience a démontré qu'il n'en est rien et qu'on va même à l'encontre du but que l'on veut atteindre. Il est rare qu'un œil opéré tolère plus de cinq ou six jours la présence des pièces de pansements, quelques soins que l'on prenne pour éviter les frottements, l'accumulation des larmes et du mucopus. Passé ce temps, surviennent des phénomènes d'irritation d'abord légers, mais qui ne tardent pas à s'accentuer ; conjonctivites, blépharites, eczéma des paupières, qui, lorsqu'on s'obstine à n'en pas tenir compte, comme le font encore trop de chirurgiens, finissent souvent par compromettre les résultats de l'opération.

A la suite des opérations de ce genre, j'ai pour habitude de ne faire usage du bandeau compressif que trois, quatre, cinq jours au plus, en renouvelant le pansement matin et soir ; puis, pendant quelques semaines, les malades portent simplement au-devant de l'œil un carré de taffetas noir flottant ; la plaie se cicatrise à l'air libre, sans le moindre accident.

Vous lirez dans les ouvrages classiques d'ophthalmologie que, pendant la cicatrisation, la partie molle du corps vitré qui bouche la plaie, prend l'aspect d'une masse muco-purulente sur laquelle s'organise un tissu rougeâtre parsemé de bourgeons charnus. Cela ne s'observe guère que si l'on a eu recours pour le pansement à des substances irritantes comme le sont trop souvent les corps gras encore employés pour cet usage, et je n'en excepte pas la glycérine à laquelle j'ai fini par renoncer entièrement, tant il est difficile de l'obtenir parfaitement neutre. A toute autre chose, je préfère encore l'eau pure.

Règle générale, les plaies de l'œil, et surtout celles faites avec un instrument tranchant, guérissent rapidement et sans suppurer, pourvu que, sous prétexte d'aider la nature, on ne vienne pas contrarier le travail de cicatrisation. Chez notre seconde opérée, où la cicatrice s'est organisée lentement, de la périphérie vers le centre, laissant à découvert la partie antérieure du corps vitré, vous avez pu voir que celui-ci a conservé jusqu'à la fin une transparence complète, si bien que la lumière arrivait parfaitement au fond de l'œil. Tout d'abord, la malade était même convaincue que j'allais par ce moyen lui rendre la vue et j'ai eu quelque peine à dissiper cette illusion.

Il est certain que si, à un certain moment, lorsque la plaie se trouve limitée à une ouverture centrale d'un millimètre ou deux de diamètre, on pouvait arrêter le travail de cicatrisation, l'œil se trouverait transformé en une chambre noire donnant des images assez nettes certainement pour permettre aux malades de se conduire. Un pareil résultat serait admirable ; malheureusement il est impossible à obtenir et c'est en vain qu'on chercherait à maintenir l'ouverture libre en interposant entre les lèvres de la plaie un corps étranger diaphane, à l'exemple de Nussbaum, de Munich qui, dans les cas de cornée complètement opaque plaçait dans une ouverture faite à cette membrane un morceau de verre ayant la forme d'un double bouton de chemise. Cette sorte d'œil artificiel a pu être supporté, paraît-il, plusieurs mois et même jusqu'à une année entière, mais il se recouvre peu à peu de produits d'exsudation et se trouve finalement chassé de l'œil par la suppuration.

Puisque je suis entré dans quelques détails sur l'ablation de l'hémisphère antérieur de l'œil, il est juste que je vous dise quelques mots du procédé de Critchett. Voici en quoi il consiste :

Quatre ou cinq aiguilles à sutures, fines et moyennement recourbées, munies de fils de soie de couleurs différentes, sont enfoncées verticalement, et laissées en place, à la base et un peu en arrière du staphylome dont on fait alors l'ablation, selon le mode indiqué plus haut, en ayant soin que le couteau se maintienne à un millimètre et demi ou deux en avant des aiguilles. L'espèce de grille que forment ces dernières empêche qu'une grande quantité de corps vitré ne s'échappe de l'œil. La section achevée, on tire sur les aiguilles, les fils prennent leur place et autant de ligatures rapprochent aussi complètement que possible les bords de la plaie scléroticale. Au bout de cinq ou six jours, la réunion est complète.

Le moignon a un défaut : les deux angles de la cicatrice ainsi obtenue forment une saillie gênante due à l'impossibilité où l'on se trouve, par suite de la rigidité de la sclérotique, d'affronter exactement aux deux extrémités d'un même diamètre les lèvres d'une plaie circulaire. Ce qui est plus grave, c'est que la présence des sutures est suivie quelquefois de suppuration qui envahit tout le globe et amène la fonte complète de l'organe. Sur trente et quelques cas, Critchett avoue que cet accident est survenu quatre fois, ce qui ne l'empêche pas de trouver sa statistique très-satisfaisante ; j'avoue qu'elle me laisse très-froid.

Knapp, pour se mettre le plus possible à l'abri des accidents dont il vient d'être question, respecte la sclérotique et se borne à suturer la conjonctive au-devant de la plaie. Cela vaut mieux assurément, mais je préfère de beaucoup me passer de sutures : c'est le plus sûr moyen de prévenir l'étranglement et la suppuration.

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Edouard Laboulaye, membre de l'Institut, le dimanche 31 mars, à trois heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle-Saint-Germain, 84.

Ordre du jour : 1° Discours de M. Edouard Laboulaye ; — 2° Rapport sommaire sur la situation de l'œuvre, par M. Lunier; — 3° Rapport sur les récompenses à décerner en 1878. par M. le docteur Durand-Fardel.

(1) Grisolle. *Path. interne*, t. I, p. 266.

(2) Suite. — Voir le numéro du 28 mars.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Dictionnaire de Botanique**, par M. H. Baillon. — Huitième fascicule. — Prix : 5 fr. — Paris, L. Hachette et Cᵉ. — II. **Traité de géologie et de paléontologie**, par Credner. — trad. par Monniez. — 1 vol. in-8°. — Prix : 16 fr. — Paris. — F. Savy. — III. **L'Œil, notions élémentaires sur la fonction de la vue et de ses anomalies**, par le docteur Giraud-Teulon. — In-12. — Prix : 3 fr. — Paris, 1878. — Germer-Baillière et Cie. — IV. **Étiologie de la fièvre typhoïde**, par le docteur Ch. Bouchard, médecin de l'hospice de Bicêtre. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, F. Savy.

I. Le huitième fascicule (CALI-CARU) nous donne la fin de l'article consacré au calice. Il fallait faire connaître les diverses formes du calice, de là un grand nombre de planches très-bien exécutées. — Le *calicule* est traité avec le même soin. — Le *Cambium*, les *canaux* aériens et sécréteurs, les *capsules*, forment autant de petites monographies.

Les algues trouvent aux mots *Calliblepharis* et *Callithamnion* d'intéressants développements.

On ne peut analyser un dictionnaire, mais seulement signaler les parties les plus saillantes. A ce titre, une mention très-honorable à l'excellente notice que le Dr Eugène Fournier a consacrée à de Candolle. Cette page d'histoire contemporaine est écrite avec sobriété, mais avec des détails très-curieux et très-intéressants.

Une magnifique planche coloriée représentant la *fraxinelle* est jointe à ce fascicule.

II. Nous avons successivement analysé le « Traité de Botanique » de Sachs et « le Traité de Zoologie » de Claus; aujourd'hui nous prions nos lecteurs d'arrêter leur attention sur le « Traité de Géologie et de Paléontologie » de Credner. Ces trois ouvrages nous présentent l'état actuel de nos connaissances en histoire naturelle.

Credner est professeur de géologie à l'Université de Leipzig : son œuvre a eu un très-grand succès, et c'est sur la troisième édition allemande que M. Monniez, secrétaire de la Société géologique du Nord, a fait la traduction, dont nous avons sous les yeux le premier fascicule.

L'auteur commence d'abord par nous dire le but de la géologie. Il la définit « la science qui étudie la terre telle qu'elle est aujourd'hui et son développement progressif »; puis il nous en montre les divisions : 1° la géologie « physiographique » qui nous fait connaître la forme, le volume, l'éclat de la surface et les rapports physiques de la terre; 2° la géologie « pétrographique » qui nous enseigne de quoi est formée la partie de la terre qui nous est accessible; 3° la géologie « dynamique » qui nous montre quelles forces ont agi dans la formation des éléments des roches; quelles modifications elles ont subies; quelles forces ont déterminé la configuration de la surface du globe, et enfin si ces forces agissent encore; 4° la géologie « pétrogénétique » qui nous expose la façon dont se sont formées les diverses roches sous l'empire de ces forces; 5° la géologie « architectonique » à laquelle on doit la connaissance de la façon dont les roches sont employées pour former la croûte solide du globe; nous montre comment elles se sont réunies en un tout et quel est l'architecture de la terre; 6° enfin la géologie « historique » expose la succession du développement de la terre et de ses habitants.

Pour atteindre à des fins si multiples, la géologie doit s'appuyer sur toutes les autres sciences naturelles. Aussi la minéralogie, la chimie, la paléontologie, la physique, l'astronomie et la géographie sont-elles les sciences auxiliaires de la géologie.

Après cette courte introduction, le professeur Credner aborde immédiatement la géologie « physiographique » et décrit la forme et les dimensions de la terre, son poids spécifique, la température intérieure du globe, la fluidité du noyau central. Puis il expose la répartition des terres et des mers à la surface du globe, le groupement général des continents et des océans, les îles. Le relief de la terre, la classification des montagnes, le fond de la mer terminent cette première partie.

Avec la « pétrographie » nous allons connaître les parties constituantes essentielles des roches, les minéraux accidentels, les matières solides accessoires, la macrostructure des roches, le passage des roches des unes aux autres. Pour la détermination des parties constituantes des roches, nous voyons apparaître le microscope. L'auteur ne craint pas d'entrer dans les détails de cette application. Grâce à ces recherches, nous reconnaîtrons les inclusions microscopiques dans les éléments des roches, la microstructure des roches et nous pourrons aborder leur classification en trois classes : roches simples, roches composées et roches clastiques ou conglomérats. L'auteur expose alors avec soin l'histoire de ces diverses roches.

La troisième partie est consacrée à la géologie « dynamique ». Les principaux agents, à l'aide desquels s'est accomplie l'évolution de la terre, sont les volcans, l'air atmosphérique, les eaux et les organismes vivants. La longue durée des périodes géologiques est toutefois le principal facteur de leur activité.

Sous le nom de « vulcanisme » Credner comprend la somme de tous les phénomènes déterminés à la surface de la terre par la masse centrale en ignition, en d'autres termes, toutes les réactions de l'intérieur de notre planète sur son écorce et sur sa surface.

Nous étudions d'abord les volcans et leur action. Les volcans sont stratifiés ou homogènes.

Les volcans « stratifiés » sont formés de couches plus ou moins régulières dues à des éruptions de matières solides ou au débordement de masses fluides, en pente du centre à la périphérie, et partant d'un axe que représente le canal en communication avec l'intérieur de la terre. L'auteur nous fait connaître les matières formant les cones volcaniques et divise les volcans d'après les produits qu'ils rejettent. Nous voyons les cratères ouverts par des courants de laves, les montagnes volcaniques formées de laves, le sous-sol des volcans, des remparts circulaires, des cratères ruinés, les maares, les volcans sous-marins, les îles volcaniques. Les volcans se montrent isolés ou réunis en grand nombre; en activité, ils sont à proximité des grandes nappes d'eau. Credner nous en montrera la répartition géographique. Il établit la distinction entre les volcans éteints et actifs, étudie leur activité normale, montre la condition d'éruption, les courants de lave.

Les volcans « homogènes » ont des cônes en forme de cloche, ce sont des amas, des dômes, des nappes d'origine éruptive, dont les éléments ont les caractères des roches éruptives, mais qui manquent de cratère et dont le canal primitif d'éruption est rempli et fermé. Successivement nous étudierons leur structure, les rapports des volcans homogènes. Nous passerons ensuite à l'examen des sources chaudes, et aux tremblements de terre.

Credner nous expose la diversité des mouvements du sol et leur mode de production, le mode de propagation des tremblements de terre, leur point de départ, les relations de ces tremblements de terre avec les circonstances géognostiques. Ce premier fascicule se termine enfin sur l'étude de la vitesse de propagation, la durée, la fréquence et l'extension des tremblements de terre.

Trente-sept bonnes figures illustrent les cent soixante pages de ce premier fascicule, et facilitent la lecture de cette traduction élégante. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cet excellent ouvrage, lors de l'apparition des fascicules suivants. L'ouvrage est annoncé comme devant paraître en quatre fascicules dans le courant de l'année 1878, et M. Savy a habitué ses souscripteurs à compter sur sa parfaite exactitude.

III. Voici la seconde édition d'un excellent petit livre qui ouvre l'oculistique à tout praticien auquel manquent et les connaissances géométriques indispensables, et le temps requis pour les acquérir. M. Giraud-Teulon, dont le nom est tenu en si légitime estime dans l'ophthalmologie, a voulu initier le médecin des familles à la connaissance de l'œil. Son livre méritait de réussir : cette seconde édition montre qu'il est utile.

Pour ceux qui ne le connaissent pas encore nous allons retracer le plan de l'auteur.

Dans une première partie, M. Giraud-Teulon présente les notions

générales sur la physiologie de l'œil. (L'œil considéré comme instrument d'optique ; l'association des deux yeux dans l'acte de la vision simple ; l'influence physiologique de l'âge sur les qualités de l'appareil de la vue.)

La seconde partie est consacrée à la pathologie fonctionnelle envisagée dans sa symptomatologie sommaire, et signale les indications générales qui en résultent pour le traitement et l'hygiène. On lira avec un vif intérêt le chapitre consacré à la nature et à l'usage des lunettes.

IV. Ce travail est un des derniers échos du Congrès médical international de Genève. L'auteur nous en donne lui-même le résumé.

Dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, la doctrine de la contagion et la doctrine de l'infection sont toutes deux trop exclusives; la doctrine de l'origine fécale ne répond pas à l'universalité des faits ; la doctrine du développement spontané n'est pas prouvée.

La fièvre typhoïde est une maladie spécifique, miasmatique. Dans sa production les choses se passent comme si la matière morbifique venant, on ne sait d'où, mais ne venant pas nécessairement d'un organisme infecté, était capable de se développer dans les matières animales qui deviendraient alors foyers d'infection et dans l'organisme humain vivant qui deviendrait alors foyer de contagion. — La contagion est presque toujours médiate. — La matière morbifique, qu'elle vienne des foyers d'infection ou des individus contaminants, peut souiller l'air, le sol et l'eau. Cette matière morbifique peut-être disséminée par l'homme, par les objets contaminés, par l'air et surtout par l'eau alimentaire. — Le rôle des réservoirs et des conduits de vidange défectueux, mal entretenus ou mal construits est démontré, qu'on les considère comme agents d'infection ou comme agents de contagion médiate. — Le rôle des variations de niveau de la nappe souterraine n'est pas clairement établi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour l'agrégation en médecine. — L'épreuve de médecine légale (composition écrite de 1 heure de durée) a eu lieu le mercredi 27 mars à 5 heures. Les candidats ont eu à traiter la question suivante : « Rapport en cas d'intoxication par les vapeurs de charbon. »

— Un concours pour une place d'élève interne des hospices d'Orléans s'ouvrira le vendredi 25 avril à midi, en la salle des amphithéâtres de l'Hôtel-Dieu en cette ville.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des Hospices d'Orléans.

— La Société médicale d'Amiens, dans sa séance du 6 mars 1878, a décidé de mettre au concours, pour les années 1878 et 1879, les questions suivantes :

Année 1878. — 1° *Des accidents cardiaques dans le cours de la fièvre typhoïde.* (Médaille d'or de la valeur de 200 francs.)

2° Une médaille d'or de la valeur de 200 francs sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail sur un sujet quelconque ayant trait aux sciences médicales.

Les mémoires doivent être inédits, manuscrits, et écrits lisiblement; ils doivent être envoyés dans les formes académiques, au secrétaire de la Société, avant le 1er octobre 1878.

Année 1879. — 1° *De l'albuminurie dans la diathèse goutteuse.* (Médaille d'or de la valeur de 200 francs.)

2° Une médaille d'or de la valeur de 200 francs sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail sur un sujet quelconque ayant trait aux sciences médicales.

Les mémoires doivent être inédits, manuscrits et écrits lisiblement; ils doivent être envoyés dans les formes académiques, au secrétaire de la Société, avant le 1er août 1879.

— M. le docteur Badal, professeur libre d'ophthalmologie, commencera samedi, 30 mars, un *Cours pratique d'Optométrie,* et le continuera les samedis suivants, de quatre à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique. A la fin de chaque leçon, les élèves seront exercés à la mesure des principales fonctions visuelles : Réfraction, accommodation, acuïté, champ visuel, perception des couleurs, mobilité de l'œil. — Cours complet en 16 leçons.

— M. le Dr Mallez commencera son cours (semestre d'été), le mardi, 2 avril, à 4 heures, amphithéâtre n° 2, de l'École pratique, pour le continuer les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Ce cours comprend exclusivement les opérations de lithotritie, taille et uréthrotomie.

De l'aconit, de ses préparations et de l'aconitime considérés au point de vue thérapeutique, par le docteur Oulmont, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. — Une brochure in-8°. — Prix : 1 franc.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 39. — MARDI 2 AVRIL 1878. 51e ANNÉE. MARDI 2 AVRIL 1878. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les signes physiques des folies raisonnantes (1).

IV

Observation II. — Léon Sandon est né, en 1823, à Felletin (Creuse). Avocat stagiaire en 1846 à Aubusson, il se fait réprimander par le conseil de l'ordre, à l'occasion de faits qui indiquent au moins une extrême légèreté. Menacé d'une poursuite pour abus de confiance, il quitte Aubusson et vient à Paris.

En 1848, il se sert de l'acte de naissance d'un frère plus âgé que lui, et il est nommé d'abord substitut du procureur général à Riom, puis avocat général à Dijon. La fraude se découvre et il est révoqué. En 1849, il se fait inscrire au barreau de Limoges.

En 1850, une grande affaire criminelle vient tout-à-coup, dans la Haute-Vienne, à préoccuper et à passionner l'opinion publique. Il s'agissait d'une accusation de parricide portée contre un sieur D. et une demoiselle Noémi D., fils et petite-fille de la victime. Sandon, chargé de la défense des deux accusés, dont la position de fortune était importante, prend le parti de s'adjoindre un membre distingué du barreau de Paris, et, sur l'indication de M. de la Guéronnière, il fait appel au talent de Me Billault, qu'il ne connaissait point et dont il n'était point connu. Me Billault écrit, à cette époque, des lettres très-courtes à Sandon et ne l'entretient exclusivement que de l'affaire D. Des événements politiques du jour et des combinaisons électorales possibles, pas un seul mot.

Me Billault arrive à Limoges pour la session de la cour d'assises, confère avec les accusés et est instamment réclamé et désigné par eux comme unique défenseur. L'avocat de Paris insiste pour que son jeune confrère de Limoges ne soit point exclu de la défense, mais D. et sa fille résistent. A l'ouverture des débats, les deux avocats siégent en robe au banc de la défense. Des incidents scandaleux se produisent (2), Sandon quitte l'audience, Me Billault déclare qu'il est étranger à l'exclusion inattendue de son confrère, et, dans l'intérêt de la cause, il demande le renvoi de l'affaire à une autre session. La cour délibère, passe outre et prie Me Billault de continuer seul son assistance aux accusés. Me Billault plaide donc, s'acquitte de sa double mission et obtient un très-grand succès oratoire. D. et sa fille sont acquittés. L'événement fait grand bruit, et le barreau de Limoges offre un banquet à l'avocat de Paris, qui, à en croire Sandon, avait reçu ou reçoit douze mille francs pour ses honoraires.

Le conseil de l'ordre se réunit, examine et discute la conduite tenue par Sandon dans l'affaire D., et, le 2 juillet 1850, il l'interdit pour un an. Sandon, froissé, irrité, s'emporte contre Me Billault et contre les magistrats de la cour de Limoges, et, pour se justifier de l'affront qu'il a subi, il méconnaît le plus sacré des devoirs de l'avocat et communique à plusieurs personnes une lettre de sa cliente, la demoiselle Noémi D., écrite par celle-ci à son défenseur, alors qu'elle était accusée, lettre dans laquelle elle lui racontait les détails du crime et la part que son père et elle-même y auraient prise! Le conseil de l'ordre s'assemble de nouveau et, à la date du 26 août 1850, il condamne Sandon à la peine de la radiation.

L'ex-avocat se pourvoit aussitôt devant la cour de Limoges contre les deux décisions qui le frappent. Les magistrats, ayant égard à sa jeunesse, à son inexpérience, et surtout à cette considération qu'il était sous l'influence de préoccupations douloureuses que devait lui causer la décision disciplinaire de son ordre *et qui ont pu jeter, momentanément, un grand désordre dans son imagination et ses idées,* ne le condamnent qu'à trois mois d'interdiction et aux dépens. Dès cette époque, on le remarquera, ses fautes professionnelles sont excusées en partie par le désordre de ses facultés.

Les relations qui avaient existé un instant entre l'avocat de Paris et son jeune confrère de Limoges, cessent complétement.

En 1852, M. Billault est nommé président du Corps législatif. Sandon s'adresse alors à lui et le prie de favoriser d'ambitieux projets. Ne recevant aucune réponse, très-désireux de vaincre toute résistance, Sandon vient à Paris, prétend que M. Billault lui doit une réparation, et il le menace, s'il la lui refuse, de rendre publiques des lettres très-compromettantes qu'il aurait reçues de lui. Cette manœuvre ne recueille que le silence. Sandon raconte alors à tout le monde qu'il déclare la guerre à M. Billault, parce que M. Billault a abandonné son parti vaincu pour se rallier au vainqueur et qu'il n'est qu'un traître. En ce qui le concerne personnellement, il a quelque regret de ne point s'être rallié encore et il serait même porté à le faire. Il accepterait bien, par exemple, la place de juge de paix à Felletin et il serait certes le meilleur des juges de paix.

Quant aux lettres appelées à produire un si grand effet sur le président au Corps législatif, qui ont été colportées un peu partout et montrées à tant d'indifférents, voici quels en étaient les principaux passages :

11 *janvier* 1850. — « Vous me faites observer que si je suis le candidat du comité démocratique, j'aurai pour concurrent Bataille, l'ami de l'Élysée, le protégé du Président, et qu'en ce cas mon élection aurait l'importance d'un soufflet direct sur la joue de Louis Bonaparte. Eh bien! oui, c'est ainsi que je l'entends, ainsi que je m'y associe. »

10 *février* 1850. — « Vous me demandez si des bruits de changement de ministère ont quelque fondement. Je ne puis rien vous affirmer à ce sujet. Seulement on dit et je crois que le Président

(1) Suite. — Voir les nos des 5, 12 et 26 mars.
(2) *Le Droit*, 6 mars 1850.

choisit toujours des ministres encore plus médiocres et plus tarés que lui, que c'est là le fond de sa politique. »

M. Billault avait notoirement appartenu au parti du général Cavaignac; mais pourquoi aurait-il écrit les lettres qui précèdent, lui, si froid et si prudent, à un jeune avocat qu'il n'avait pas encore vu? Cela ne pouvait pas être dans un but électoral, car M. Billault, inconnu dans la Haute-Vienne, n'est venu à Limoges que pour y plaider l'affaire D. Et, d'autre part, M. Billault, extrêmemment sûr, à cette époque, de son élection ailleurs, n'avait point à se ménager des intelligences électorales dans un pays précisément où le candidat avéré et unique de l'opposition, M. le docteur Ducoux, était destiné à l'emporter de haute lutte sur son concurrent, M. Bataille, candidat officiel. Ces lettres étaient donc absolument inexplicables.

Sandon, toutefois, est appelé dans le cabinet de M. Abbatucci, ministre de la justice, et il est sommé de produire et de déposer les prétendues lettres de M. Billault. Entrevoyant aussitôt de nouvelles difficultés et la ruine de ses espérances les plus chères, il prend les lettres, les jette au feu, manifeste son repentir et retourne à Felletin, où l'on n'entend plus parler de lui jusqu'en 1860.

M. Billault est nommé ministre de l'intérieur. Sandon alors, en vertu d'une fausse appréciation de sa propre situation, d'une aberration de son jugement et en même temps d'un défaut absolu de sens moral, imagine de s'en prendre de ses propres erreurs à l'un de ses éminents confrères, éloigné de lui par tant de raisons majeures, et qu'il n'avait d'ailleurs connu que de la façon la plus passagère. A partir de ce moment, il est pathologiquement conduit à faire remonter la responsabilité de tous les malheurs qu'il s'est attirés jusqu'à M. Billault, qui devient effectivement le point de mire obligé de ses récriminations mensongères, de ses ambitieuses convoitises et de ses agissements frauduleux.

Dans toutes les positions qu'il a plutôt traversées qu'occupées, Sandon a été un objet d'étonnement ou de scandale. « C'est un méchant homme, disait un procureur général sous les ordres duquel il avait été momentanément placé, mais je ne crois pas que ce soit un fou ! » Contester spontanément qu'un homme soit aliéné, n'est-ce pas indiquer déjà que l'on s'est posé la question, alors même qu'on la résout négativement ?

On n'a été témoin jusqu'à présent que de l'un de ces procédés vulgaires d'extorsion que l'on a désignés sous le nom de « chantage ». Sandon spécule sur la crainte du scandale; il espère son profit de l'intimidation qu'il cherche à exercer. Rien, dans une semblable manœuvre, ne décèle la folie. Mais Sandon ne s'arrête pas, comme les spéculateurs d'une moralité suspecte et d'une intelligence saine, aux possibilités raisonnables. Il n'attend pas une somme d'argent qu'il déclare refuser et qu'il refuserait en effet : son capital ne doit pas à ses yeux produire un aussi minime intérêt. Là commence le déraisonnable. Ce qu'il lui faut, c'est d'abord une réparation. On lui a nui, en ne lui donnant pas satisfaction. On aurait dû s'exécuter, et, en ne le faisant pas comme il s'y était attendu, on l'a pour ainsi dire troublé dans sa légitime possession. Il a eu à supporter, à l'occasion de la correspondance qu'il détient, des ennuis de toute sorte : la surveillance de la police, des interrogations et des admonestations officielles ou officieuses. Aujourd'hui on lui doit une compensation. Ce n'est plus seulement Sandon, maître d'un secret terrible, c'est Sandon terrassé, persécuté à l'occasion de ce secret, qui demande un dédommagement.

Ces deux conceptions sont devenues inséparables dans son esprit et elles justifient ses plus ridicules exigences.

Ce que Sandon veut, en retour de ce secret qu'il a divulgué d'ailleurs par tous les moyens en son pouvoir, c'est qu'on le décore. Là est son ambition souveraine, et il ajoute qu'entre deux cent mille francs et la croix de la Légion d'honneur, son choix ne serait pas un instant incertain. Il veut encore que le ministre lui tende la main et lui dise : « Embrassez ma fille en gage de réconciliation. » Enfin, comme l'oisiveté lui pèse, il demande un emploi : ou on l'enverra à Rome aux frais du gouvernement pour étudier l'esprit public, ou on lui donnera la mission de juger la valeur des nouvelles pièces de théâtre. A ce prix est son silence et en même temps son pardon.

Les frontières de la psychologie physiologique sont dépassées, on le voit. Sandon est un fou raisonnant et un persécuteur. Il représente un type morbide connu depuis longtemps, mais de quelques médecins seulement.

De ces aliénés raisonnants, les uns exploitent un témoignage affectueux, vrai ou imaginaire, qu'ils considèrent comme leur donnant des droits imprescriptibles; les autres s'appuient sur une promesse vague qu'ils interprètent suivant les impulsions de leur caractère ; d'autres se fondent sur un tort qu'on leur a fait éprouver ; tous, quel que soit le point de départ, se considèrent comme munis d'un titre au-dessus de toute contestation et comme autorisés à employer n'importe quel moyen pour rentrer en possession. Avec cette obstination qui est aussi un des caractères de leur trouble d'esprit, ils insistent, plus menaçants que suppliants, et ne se lassent jamais. Le temps n'use pas leur persévérance, qui s'accroît au contraire au fur et à mesure que leurs idées prennent plus de fixité. A la fin, cependant, le patient qu'ils ont choisi pour être la victime de leurs obsessions se fatigue ; il demande à l'autorité qu'elle le protège contre une persécution devenue intolérable. C'est alors que l'administration intervient, et que ces malades, sur lesquels on a épuisé toutes les tentatives de persuasion, finissent par être conduits à l'infirmerie spéciale près la Préfecture, et par être dirigés, s'il y a lieu sur un établissement d'aliénés, public ou privé. Dans l'espèce, c'est la victime qui, pendant quelque temps, a protégé le persécuteur et qui s'est opposée à la séquestration du malade.

Le préfet de police apprend que Sandon est à Paris, qu'il colporte mystérieusement des écrits chez des personnages politiques, qu'il se vante de n'avoir jeté au feu que des copies dans le cabinet du garde des sceaux et d'avoir conservé les originaux, et qu'il menace enfin de publier ces pièces, « si le ministre de l'intérieur ne transige pas avec lui ». Le préfet ordonne une perquisition, et, parmi les papiers saisis, on trouve un bon de 125,000 francs portant la signature de M. le comte de Montalembert, et deux lettres, celles de M. Billault. Sandon, ainsi que l'enquête l'a prouvé, montrait ces pièces, en affirmant que le bon de 125,000 francs était le prix des lettres du ministre et qu'il toucherait la somme au moment où il livrerait les lettres.

M. de Montalembert s'empresse de reconnaître que la signature qu'on lui attribue est fausse. Sandon, vaincu par l'évidence, reconnaît qu'il a fabriqué de sa main et le bon de 125,000 francs et les prétendues lettres de M. Billault. L'ex-avocat général près la cour d'appel de Dijon s'avoue calomniateur et faussaire !

Une assertion aussi grave ne peut pas être émise ici, sans une pièce à l'appui. Or, voici l'aveu officiel de Sandon, revêtu de sa propre signature, puis de celle du juge d'instruction et du greffier :

« Il est bien vrai, dit Sandon, que les deux pièces que vous avez fait saisir à Felletin, que les deux pièces semblables qui ont été saisies antérieurement sur moi et qui sont jointes au dossier de la procédure, enfin que les deux pièces qui ont été par moi livrées aux flammes, dans le cabinet de M. le garde des sceaux Abbatucci, il est vrai, dis-je, que toutes ces pièces ont été écrites par moi, signées par moi, en imitation de l'écriture et de la signature de M. Billault. Je déclare que les originaux de ces pièces ainsi fabriquées n'ont jamais existé, et que si M. Billault m'a écrit autrefois, à propos d'un procès qui s'est dénoué devant la cour d'assises de Limoges, des lettres à peu près semblables à celles que vous avez sous les yeux, elles en diffèrent cependant en ce qu'elles ne contiennent point les passages politiques qui se trouvent dans ces dernières ; ces passages, aussi bien celui qui concerne le caractère qu'aurait eu l'élection de M. Billault dans la Haute-Vienne, en 1850, que celui qui concerne l'appréciation des choix ministériels faits par le Président de la République à cette époque ont été imaginés par moi et intercalés par moi.

« Lequel persiste et a signé.

« (*Signé*) Caron, Sandon, Camusat-Busserolles. »

Le préfet de police pouvait déférer immédiatement le prévenu à la justice, mais il trouve ses écrits et ses actes tellement étranges, qu'il suspecte son état mental et qu'il le fait arrêter et conduire au Dépôt, puis il réclame immédiatement l'avis médical de M. Lasègue. Au dépôt, Sandon se laisse aller au découragement et fait une

tentative de suicide. Le 28 avril 1861, M. Lasègue adresse au préfet un rapport lumineux, très-net et en quelque sorte prophétique. J'en détache les paragraphes suivants :

« M. Sandon, absorbé par un petit nombre de conceptions et de tendances qui le dominent fatalement, et qui s'imposent de plus en plus à son esprit, a perdu une assez grande part de sa liberté morale pour qu'il doive être considéré comme aliéné et traité comme tel. Il me paraît impossible de lui imputer la responsabilité de ses actes.

« Quelque condamnables que fussent ses constantes obsessions, on a toujours reculé devant l'idée de le soumettre à une action judiciaire, et ceux mêmes qui ne se résignaient pas à conclure à la folie ne se sentaient pas plus autorisés à reconnaître une culpabilité.

« La même contradiction se produit toutes les fois qu'il s'agit d'aliénés raisonnants. Leurs conversations font, pour ainsi dire, contrepoids à leurs actes, et ce n'est pas par un examen d'un moment, mais par l'étude de toute leur vie, qu'on arrive à juger scientifiquement leur état mental......

« Il n'est pas douteux pour moi que Sandon ne soit arrivé à cette période qu'on pourrait appeler celle de la saturation délirante. Aucune intervention, menaçante ou affectueuse, ne le détournera, fût-ce pour un jour, de conceptions sur lesquelles sa raison n'a plus d'empire.

« Jusqu'à présent il s'en est tenu aux menaces écrites. Dans le sens le plus étroit du mot, il est demeuré inoffensif. Toutes les présomptions portent à croire qu'il ne franchira pas l'intervalle qui sépare la menace de la violence. Mais, devant un délire évidemment progressif, cette présomption n'est pas une certitude......

« En conséquence, mon avis est que M. Sandon est atteint d'une des formes de l'aliénation mentale, désignée sous le nom générique de manie raisonnante, et qu'il y a lieu à ce qu'il soit interné dans un asile d'aliénés. »

Le préfet de police, nanti de cette pièce, va trouver le ministre et prendre ses instructions. Sur les instances réitérées de M. Billault, Sandon est remis en liberté.

Malgré toutes ses protestations et ses promesses, Sandon recommence aussitôt son système de sollicitations, d'injures et de menaces envers le ministre. Arrêté une seconde fois, il est conduit à Mazas et examiné judiciairement par M. E. Blanche, qui, le 8 août 1861, dépose un rapport médico-légal se terminant ainsi :

« M. Sandon, après avoir été atteint de manie raisonnante, est aujourd'hui dans un état de folie orgueilleuse. Il n'est certainement pas maître de sa volonté et il obéit à des impulsions maladives que sa raison ne dirige plus. Il ne saurait être considéré comme responsable de ses actes......

« Dans l'état où il est actuellement, M. Sandon doit-il être traité comme aliéné dangereux et comme tel placé d'office dans un asile spécial? Quoique, depuis plus d'un an, M. Sandon n'ait fait qu'un déplorable usage de sa liberté, il n'a cependant encore commis aucun acte d'où l'on puisse positivement conclure qu'il est dangereux, dans le sens de la loi du 30 juin 1838, et je pense, par conséquent, que l'on peut encore différer cette mesure, qui, je me hâte de l'ajouter, me paraît devoir devenir inévitable dans un laps de temps plus ou moins long. »

Une nouvelle ordonnance de non-lieu intervient, et la mise immédiate en liberté est encore ordonnée. Lorsqu'on songe, en vérité, aux précautions qui ont été prises et aux indulgences exceptionnelles qui ont été déployées dans ces diverses circonstances, on est en droit de se demander si l'autorité supérieure, loin d'avoir mérité les lourdes accusations qui ont pesé sur elle, n'a point agi en somme avec une timidité contraire aux véritables intérêts de l'ordre public ?

Combien ne rencontre-t-on pas fréquemment, dans les établissements d'aliénés, de ces malades à conversation suivie qui répondent à toutes les interrogations, qui vont même au-devant des questions et qui jugent à peu près sainement de tout, même des idées délirantes de leurs compagnons? Tant que la régularité de la discipline et que l'obligation de protester contre une réclusion qu'ils regardent comme inique et arbitraire les soutiennent, ils sont raisonnants, sinon raisonnables. Rendus à eux-mêmes, privés du point d'appui qui faisait leur force, ils se laissent aller sans résistance à leurs impulsions, d'ailleurs assez monotones, et deviennent bientôt plus que difficiles à vivre. Dans la vie commune, où leur entourage les apprécie si bien, l'ensemble de leurs actes est beaucoup plus significatif encore que leurs discours.

Lorsque le désordre prend des proportions extrêmes, on se décide à invoquer derechef des mesures également extrêmes.

Fatalement fidèle à son programme pathologique, Sandon ne pouvait ni s'amender, ni s'arrêter; aussi dénonce-t-il, en 1862, M. Billault au garde des sceaux pour détention arbitraire. Une enquête est ordonnée, les preuves surabondent de toutes parts et le délateur est poursuivi pour délit de dénonciation calomnieuse. Un troisième juge d'instruction est désigné, des doutes traversent son esprit, et ce magistrat, désireux d'arriver à la vérité, recourt à une expertise médicale et commet MM. Foville père, E. Blanche et Tardieu.

A ce moment décisif et solennel, dans quelles conditions physiologiques, psychiques ou pathologiques, se trouve donc réellement Sandon ?

Sa constitution, assez vigoureuse, ne paraît pas notablement altérée, et cependant son visage porte l'empreinte d'une certaine souffrance intérieure; son teint est plombé; ses traits sont ordinairement contractés. Il porte souvent la main à la tête, s'est plaint de sentir son cerveau « rongé par les rats », et a même déclaré à un médecin qu'il avait éprouvé « comme une sensation d'engourdissement et de paralysie dans un côté du corps ». La pauvreté seule n'explique pas la malpropreté et l'abandon de toute sa personne. Sa parole est ordinairement très-facile et d'une prolixité rare. Jamais il ne répond directement à une question, et, à propos des faits les plus actuels, il recommence constamment le récit de toute sa vie passée et rappporte les circonstances les plus étrangères à la demande qu'on lui adresse. Les principales fonctions physiques, à part quelques troubles des organes digestifs, s'exercent d'une manière régulière.

Sandon a eu, à différentes reprises, des périodes accentuées d'excitation et d'emportement dans le cours desquelles il se montrait parfois très-enclin à la violence. Il a fait plusieurs tentatives de suicide qu'il n'est pas facile d'apprécier, car les renseignements précis font défaut; mais, à coup sûr, l'idée de la mort volontaire revient fréquemment dans ses paroles et dans ses écrits.

Dans son discours, il emploie les termes les plus pompeux et les plus orduriers, les plus menaçants et les plus humbles. C'est un chaos : prière, ironie, menace, insulte, regret, repentir, dévouement, haine et affection, tout y est mêlé.

A l'en croire, il avait une grande position et le plus bel avenir. — On lui disait qu'il serait l'étoile la plus brillante du barreau de Limoges. — Il recueillait les félicitations de la magistrature et les applaudissements de ses confrères et du public, pour la chaleur de sa diction et la correction de son langage. — Lorsqu'il parlait, deux cents personnes venaient l'entendre, et, lors même qu'il n'eût point été avocat, il aurait réussi dans toutes les carrières.

Sandon se considère comme un homme supérieur. Tous les hommes éminents du barreau sont pour lui des amis chauds et dévoués; de plus, il a de remarquables aptitudes poétiques et littéraires, son style est celui d'un maître. Il n'y a rien de trop élevé pour une nature ainsi douée, et, quand un homme comme lui a été l'offensé, il faut que la réparation soit exceptionnelle. Il se contredit sans cesse et ment sans utilité. Il annonce une confidence inédite et il rapporte un détail publié partout.

Il écrit aux plus grands personnages de l'époque sur le ton de la plus grande intimité, de la familiarité la plus inattendue, et il invoque de prétendues relations anciennes ou tels autres motifs plus ou moins vraisemblables, car il n'est jamais embarrassé. Une chose le surprend cependant, c'est que son arrestation n'ait pas encore fait éclater une révolution dans Paris.

Il passe de la plus impudente présomption et de la plus sotte vanité à l'humilité et à la soumission. Il menace et il s'aplatit tour à

tour. Il rêve les honneurs, les distinctions, la gloire, et, l'instant d'après, il ne demande, en larmoyant, qu'à se faire oublier. Il veut que l'on compte avec lui comme avec l'un des représentants et des soutiens d'un parti, et, presque sans transition, il se contenterait d'être placé dans une maison de santé comme un pauvre malade.

Ces contradictions ne se montrent pas seulement d'une façon en quelque sorte abstraite, mais elles se retrouvent encore dans les manifestations de ses pensées les plus dominantes. Ainsi, à l'égard de M. Billault, dans la même lettre où il représente le ministre comme voulant le faire assassiner et où il lui demande du poison, il lui confie le soin d'exécuter ses dernières volontés et il lui désigne la place où il veut que ses restes reposent. Tantôt il le menace, lui et son gendre, d'une réparation sanglante; tantôt il lui promet que, si plus tard une révolution le fait ministre à son tour, il protégera sa famille et peut-être lui-même. Il adresse à la fille de M. Billault les supplications poétiques les plus passionnées, et, dans le même écrit, il couvre le ministre des plus violents outrages. Un autre jour, il écrit au gendre du ministre et lui dit, entre autres choses :

« Je vous ai fait savoir que j'avais ménagé votre beau-père comme un navire dont on se fait actionnaire.....

« Je compte lui rendre ses lettres plus tard, quand il aura fait donner une épaulette à mon frère, par exemple. »

Et maintenant que j'ai résumé toutes les particularités cliniques les plus saillantes de Sandon, personne ne sera plus étonné à la lecture des fragments suivants de quelques-unes des lettres que le persécuteur écrit à sa victime. Je cite textuellement :

I. « ... Je vous prie de voir dans mon désir d'une décoration autre chose qu'un mouvement de vanité puéril, autre chose même que l'accomplissement d'une justice privée bien due à celui qui a bravé les humiliations de l'audience, les dérisions amères de ses confrères et enfin le supplice de la radiation. Je vous prie d'y voir avant tout une nécessité de morale publique. Avec une décoration ainsi motivée : « pour l'accomplissement courageux des devoirs de sa profession, » l'ère des indiscrétions pénibles sera définitivement close pour moi et pour vous.

« Cela seul me tient au cœur; c'est le chancre qui me ronge, le venin qui me corrompt. »

II. — « J'écris aujourd'hui au ministre de la justice, pour le prier de m'envoyer à Besançon, où il y a une place vacante.

« Aidez-moi à cela; vous me le devez.

« Enlevez-moi à la rancune, à l'ennui, à la haine, à l'oisiveté, qui me pèsent, et croyez que j'ai eu quelque fermeté à résister à mille projets ayant chacun leur séduction. »

III. — « . . . Pour être tranquille ici, il me faudrait trois choses :

« 1° Payer huit mille francs que je dois;

« 2° Douze mille francs pour aller courir en Allemagne pendant deux ans et y faire un livre ;

« 3° une rente de 3,600 francs pour ma mère.

« Pour me laisser ici dans cet état, n'y comptez pas. Je vais crier de telle façon (et je commence assez bien) que le Sénat et le Corps législatif m'entendront. »

IV. — « . . . . Il est bien permis d'être Breton, mais pas à ce point. Comment ! je vous dis : Parlons un quart d'heure, et je vous rends vos bucoliques, et vous ne me répondez pas, et vous me laissez partir de Paris !

« Si j'avais un fou collé à moi qui me dît semblable chose, je le ferais de suite : 1° parce qu'il est ennuyeux d'être harcelé par un fou ; 2° par charité, pour le guérir.

« Vous me laissez depuis six jours courir de Troplong à Baroche, de Vaillant à Morny, sans compter les anciens du barreau, et vous savez qu'il ne dépend que de vous, en me disant quatre mots, d'acquérir et de me donner la paix, et vous vous entêtez ! »

V. — « Je vous redis pour la toute dernière fois : finissez-en. Vous me verrez armé contre vous, comme vous ne le soupçonnez pas, et d'une facilité de composition incroyable.

« S'il y a des difficultés, engagez-moi votre parole que je n'ai rien à craindre des mouchards, et je pars pour Paris.

« J'ai déjà écrit à Delangle. Si vous vous aveuglez, la tête me bout à tel point que j'écris quarante lettres cette semaine à Baroche, Fould, Troplong, etc. Au nom de Dieu, finissez-en, finissez-en, finissez-en. »

VI. — « . . . . Ne luttez jamais contre celui qui est décidé à tout. J'y suis si bien décidé que si nous étions tous deux au haut des tours de Notre-Dame et que j'eusse mon doigt dans votre boutonnière, je n'hésiterais pas une minute à me jeter en bas pour vous précipiter avec moi. »

VII. — « . . . . Vous me faites souffrir au point de me rendre enragé et de me faire penser à aller vous assassiner. »

VIII. — « . . . . Ce que j'ai promis, je le ferai, au risque de ma vie et plus.

« Je suis collé à la porte de votre ministère comme un hibou à la porte d'une écurie.

« Je vous le dis franchement, je suis capable de toutes les folies. »

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE.

M. E. Magitot.

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).

Leçons et observations recueillies par M. le docteur Th. David.

XI

§ III. — *Des gingivites toxiques.*

Le mode d'action du mercure, dans ces circonstances, est encore assez mal déterminé. Puisque l'effet est produit aussi bien par une friction sur la peau que par une injection dans les voies digestives, il est évident, *à priori*, qu'il s'agit ici d'une action après absorption. On admet généralement que la substance toxique, une fois introduite dans l'organisme, est éliminée par les glandes en grappe et que c'est par son passage dans les glandes salivaires qu'elle détermine l'inflammation de la muqueuse buccale. Cette théorie est loin de nous satisfaire. Le processus inflammatoire restant, en effet, la plupart du temps localisé à la gencive et en tout cas débutant constamment sur ce point, comment expliquer la production de l'inflammation sur une membrane qui, comme la gencive, est absolument dépourvue de toute espèce de glandes? Loin de nous l'idée de vouloir mettre un seul instant en doute l'action du mercure sur les glandes salivaires; nous avons nous-même bien souvent remarqué que l'hypersécrétion de la salive précède toute lésion appréciable. Seulement nous pensons que, lors de son élimination, le métal agit sur toute la surface de la muqueuse, aussi bien sur les parties dépourvues de glandes que sur celles qui en renferment. Or, puisque la gencive est précisément la première et la seule atteinte, le ptyalisme surviendrait ainsi tout d'abord, à titre d'irritation fonctionnelle; puis ce serait l'action irritante directe de la salive chargée d'éléments mercuriels qui déterminerait l'apparition de lésions anatomiques sur le bord gingival et par continuité aux autres parties de la muqueuse buccale. C'est ainsi que, dans les empoisonnements aigus produits surtout par l'ingestion de préparations mercurielles solubles, les lésions inflammatoires apparaissent, comme nous l'avons vu, après quelques heures sur les gencives et se généralisent rapidement à toute la cavité buccale.

Mais ce n'est pas là qu'il faut chercher le type de l'hydrargyrisme buccal ordinaire. Celui-ci se retrouve dans le cas

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 mars.

d'administration médicamenteuse, à l'occasion de tout traitement mercuriel externe ou interne, dirigé contre la syphilis, les péritonites, les affections parasitaires, etc.

Dans ces circonstances, il commence par une légère salivation aussitôt suivie de gingivite. Celle-ci débute ordinairement de chaque côté de la mâchoire inférieure, se propage de là à la région antérieure, puis, consécutivement, atteint la mâchoire supérieure. La phlegmasie ne reste pas toujours bornée à la gencive. Suivant le degré d'intoxication, selon en un mot la dose absorbée, elle gagne par propagation les parois de la cavité buccale et jusqu'au pharynx. Dans ces cas, la langue peut devenir volumineuse au point de ne pouvoir plus être contenue dans la bouche et de faire saillie au-delà des arcades dentaires. En même temps, un gonflement considérable envahit les glandes salivaires, les ganglions lymphatiques sous-maxillaires et la face entière qui prend dès lors une physionomie caractéristique. Mais hâtons-nous de dire que cette généralisation est fort rare. Aujourd'hui, surtout avec la réserve que l'on apporte dans le traitement mercuriel, on n'observe le plus souvent qu'une gingivite plus ou moins étendue, ayant pour siége de prédilection les parties antérieures et un peu les côtés des deux mâchoires. Tel est l'hydrargyrisme buccal ordinaire.

Cette physionomie du mode de début et de propagation de la gingivite mercurielle est d'ailleurs commune à toutes les formes, et nous avons déjà insisté sur ce fait, que la plupart des stomatites décrites par les auteurs ne sont que des inflammations *gingivales*.

La gingivite prend ici, d'emblée, les caractères de la forme phlegmoneuse aiguë que nous avons déjà décrite. Ajoutons cependant que, plus que dans nulle autre variété, les gencives peuvent se tuméfier et acquérir un volume considérable, au point de cacher entièrement, par leur saillie, l'arcade dentaire.

Comme la gingivite essentielle, l'inflammation mercurielle par le fait d'une intoxication plus grande, ou à cause de certaines dispositions individuelles qui en modifient la marche, peut quelquefois devenir promptement ulcéreuse et même gangréneuse. C'est alors que l'on voit survenir d'autres complications du côté des mâchoires et des dents: des pertes de substance du bord gingival, des dénudations osseuses, la périostite du maxillaire, mais surtout l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire qui donne l'explication des déviations, de l'ébranlement et de la chute des dents. Ces désordres auxquels il faut joindre un engorgement ganglionnaire voisin considérable et un retentissement profond sur l'état général, phénomènes rares aujourd'hui, avons-nous dit, ont provoqué autrefois la mort de beaucoup de malades, ou ont laissé, chez ceux qui survivaient, des cicatrices vicieuses qui défiguraient la face, gênaient ou entravaient les fonctions buccales.

Relativement à ses symptômes, la gingivite mercurielle nous présente quelques caractères particuliers qui ne sont pas sans importance au point de vue du diagnostic. Telle est d'abord la saveur métallique perçue par le malade au début de l'affection. Plus tard, l'haleine exhale une odeur fétide spéciale, pathognomonique, que l'on reconnaît aisément et qui ne se rencontre, à ce degré, dans nulle autre inflammation essentielle de la bouche.

L'hypersécrétion salivaire, enfin, atteint ici son plus haut degré. Le malade a beaucoup de peine à ne pas laisser écouler hors de la bouche sa salive qui est fluide, d'une odeur fade, et dont la quantité peut s'élever à plusieurs litres dans les vingt-quatre heures.

La gingivite mercurielle ordinaire se termine habituellement par la guérison. Abandonnés à eux-mêmes en dehors de toute intervention thérapeutique, après la cessation du traitement provocateur, tous les accidents disparaissent au bout de cinq à six jours. Dans les cas de moyenne intensité ils ont une durée de quinze à vingt jours. Il n'est pas rare cependant de voir la salivation persister encore quelque temps après la guérison des altérations gingivales. Dans quelques cas, l'affection se termine autrement : elle passe à l'état chronique, revêtant alors la forme fongueuse et la physionomie particulière que nous allons voir dans l'intoxication lente ou professionnelle. C'est ainsi que nous avons vu parfois des gingivites fort rebelles aux traitements les plus actifs, datant de plusieurs années et ne reconnaissant d'autre cause que quelques légères frictions d'onguent mercuriel.

Chez les ouvriers employés à l'extraction ou à la manipulation des composés mercuriels, la maladie débute par un état subaigu si peu accentué qu'il passe souvent inaperçu. Elle apparaît alors aux lieux d'élection déjà indiqués, n'occupant qu'une partie de la hauteur de la gencive à partir du bord libre où on la trouve toujours à son maximum d'intensité. Elle prend la forme phlegmoneuse simple compliquée de quelques fongosités et peut subsister ainsi indéfiniment, subordonnée quant à sa durée à la continuation du même genre de travail de la part du malade.

Le traitement n'a rien de particulier. Il est d'usage dans la pratique journalière, après avoir supprimé le mercure, de soumettre le malade au chlorate de potasse. Nous ne pensons pas que cet agent soit ici d'une efficacité thérapeutipue spéciale. Nous serions plutôt tenté de partager l'avis de M. Lasségue et de quelques autres auteurs, d'après lesquels le chlorate de potasse ne serait utile contre les inflammations de la bouche, d'origine mercurielle, que donné concurremment avec les mercuriaux dont il diminuerait considérablement l'action. Nous donnerons d'ailleurs, plus loin, quelques preuves de son insuffisance dans une autre variété de l'inflammation gingivale due aux agents toxiques.

Le mode de traitement que nous préconisons d'une façon générale pour toutes les gingivites, c'est-à-dire, l'emploi de l'acide chromique, est, ici surtout, le meilleur et le plus inoffensif. Nous y reviendrons à l'article *traitement*, mais disons de suite que nous proscrivons d'une façon absolue les préparations aluminées et divers acides minéraux qui sont encore (surtout l'acide chlorhydrique) journellement employés et recommandés dans la plupart des ouvrages classiques. L'un de leurs plus sérieux inconvénients est qu'ils produisent des effets désastreux sur le système dentaire. On verra que l'acide chromique préparé chimiquement pur, ainsi que nous le dirons, et employé d'une certaine manière, ne présente aucun de ces dangers que nous nous bornons à signaler en ce moment.

REVUE DE LA PRESSE.

Une cause d'erreur à éviter. — Le praticien, avant de proclamer l'innocuité de doses réputées excessives d'un médicament actif, fera bien de s'assurer si le malade, qui est censé prendre ces doses, ne cherche pas à tromper son médecin en éludant tout ou partie des prescriptions qui lui ont été faites.

M. Hergott rappelle à ce sujet, dans la *Revue médicale de l'Est*,

une histoire fort édifiante. Un peintre était en traitement dans le service de M. Forget, à Strasbourg, pour une paralysie saturnine des extenseurs. On lui prescrivait des pilules de strychnine qui, ne produisant aucun effet, furent portées successivement à deux, trois, puis cinq ou six; étonné de ne rien constater comme effet du traitement, on s'assura de la qualité de la strychnine de la pharmacie, qui était irréprochable. Alors M. Forget lui fit avaler les cinq pilules devant lui : deux heures après le peintre était mort. On retrouva plus tard les pilules derrière le lit de ce malheureux. (*Arch. méd. belges.*)

Un cas grave d'occlusion intestinale par obstruction, guéri par l'emploi des antiphlogistiques (émissions sanguines). — M. Barié, chef de clinique adjoint au service de M. Peter, rapporte l'observation d'une femme âgée de 53 ans, entrée à l'hôpital Saint-Antoine. Elle était atteinte d'une obstruction de l'intestin par un amas de matières fécales durcies et condensées formant tumeur, laquelle, produisant une occlusion complète du canal intestinal, avait été la cause des symptômes graves d'étranglement interne. Le cas était grave, avec les caractères classiques. Malgré l'emploi des diverses médications usitées en pareille circonstance, purgatifs, drastiques, café, glace *intus et extra*, etc., on n'avait obtenu aucune amélioration dans l'état si alarmant présenté par la malade. Le cinquième jour, la situation était presque désespérée quand M. Peter fait appliquer douze sangsues au niveau de l'empâtement intestinal. Six heures après, les selles apparaissent, et le lendemain la situation est complétement changée.

Pour expliquer l'action du traitement antiphlogistique, M. Barié rappelle que l'état spasmodique d'une part, et l'abolition complète des mouvements péristaltiques d'autre part, viennent augmenter la stagnation des matières dans le canal intestinal. Cet arrêt provoque par compression des vaisseaux une hyperhémie locale considérable. C'est précisément contre les deux facteurs principaux de l'occlusion par obstruction que la méthode antiphlogistique lutte avec avantage; en dégorgeant les vaisseaux veineux, elle abaisse brusquement la tension vasculaire et accélère ainsi la circulation sanguine; de plus, elle exerce une action sédative sur l'élément spasmodique; enfin elle fait disparaître l'hyperhémie qui se produit au niveau de la sténose.

Ainsi, la méthode antiphlogistique doit être employée quand on a échoué avec les moyens classiques, purgatifs, salins, drastiques, glace, et avant de recourir au moyen suprême, l'entérotomie. Il peut se trouver exceptionnellement des indications pour d'autres moyens moins sûrs, tels que la faradisation, la ponction abdominale, l'aspiration des gaz.

M. Barié étudie brièvement la manière dont agit chacune de ces méthodes. (*Gaz. hebd.*)

Observation de bruit respiratoire anormal. Guérison par l'abrasion de la luette. — Le docteur Krishaber communique à la *Société clinique de Paris* l'observation d'un jeune séminariste d'une vingtaine d'années, qui était atteint d'un bruit respiratoire rappelant d'une manière éloignée la toux nerveuse et le cornage, se distinguant cependant de ces deux bruits par le timbre, la tonalité et surtout par l'intensité. C'était une espèce d'explosion bruyante, brusque, assez prolongée et d'un éclat extrême. Ce bruit, expiratoire, se répétait à des intervalles très-rapprochés, mais c'était toujours un son unique, d'une puissance étourdissante, entendu à plusieurs étages de la maison, et par conséquent à une assez grande distance dans la rue.

L'examen du larynx montre que le bruit ne se produisait pas au niveau de la glotte; mais il fit découvrir des contractions pharyngées et une sorte de mouvement vibratoire dans le voile du palais et la luette, qui paraissait devoir expliquer ce phénomène insolite.

En effet, la simple inspection directe de l'isthme du gosier en rendait parfaitement compte, lorsque, le malade respirant tranquillement par la bouche, il survint tout d'un coup une contraction pharyngée pendant laquelle les piliers du voile du palais se rapprochaient violemment, dans une espèce de strangulation telle que l'isthme du gosier formait un orifice longitudinal, ou, si l'on veut, une espèce de glotte virtuelle. En même temps la luette s'abaissait et il survenait une contraction spasmodique de tous les muscles expirateurs. La colonne d'air, chassée avec une extrême violence à travers la fente pharyngée, faisait vibrer les piliers et la luette. Les vibrations de la luette étaient particulièrement prononcées; elles cessaient dès que le miroir d'inspection venait à son contact.

L'affection avait disparu par l'application sur la luette d'une plaque de caoutchouc durci à la manière d'un obturateur. Mais cette pièce ne fut pas supportée. Le jeune homme se décida plus tard à l'abrasion complète de la luette, et la guérison suivit cette opération. (*France méd.*)

Nouveau traitement de l'hémorrhagie post-puerpérale. — Le docteur Handrel Griffiths vient de publier une note sur un moyen très-simple qui lui a réussi dans deux cas d'hémorrhagie post-puerpérale. Ce moyen, que l'on peut employer sans crainte, consiste à diriger un fort jet d'éther sur les parois abdominales, sur les parties génitales et sur la région lombaire. (*Courr. méd.*)

Drainage de l'utérus dans la septicémie puerpérale. — Dans un cas de septicémie puerpérale consécutive à l'expulsion d'un enfant mort et macéré, Schède a pratiqué d'abord des injections vaginales avec trois grammes d'acide phénique sur cent grammes d'eau, en administrant à l'intérieur deux grammes de salicylate de soude. Le lendemain, la température s'est abaissée, mais, l'état général étant plus mauvais, Schède pratiqua avec l'eau phéniquée (3 pour 100) des injections dans l'utérus jusqu'à ce que le liquide s'écoulât sans mélange de pus. On employa ainsi deux litres d'eau. Un tube à drainage fut placé dans l'utérus et fixé à l'aide d'un tampon d'ouate trempée dans l'eau phéniquée. Par ce tube les injections furent pratiquées trois fois par jour. Deux heures après le pansement, l'état de la malade était plus mauvais; on prescrit encore deux grammes de salicylate de soude. Six heures après, la température était tombée de 39°8 à 37° et l'état général très-amélioré. Au bout de quatre jours, le liquide qui s'écoule par le tube n'est pas fétide et n'est plus que séro-purulent. On sort le tube et l'on continue seulement les irrigations vaginales. Au bout de trente jours, la malade sort complétement guérie, quoique très-anémiée. (*Prov. méd.*, d'après *Berlin Klin.*)

Injection sous-cutanée d'alcool pour combattre l'influence d'un narcotique. — L'*Union médicale du Canada* rappelle l'observation (par M. Winsor) d'un enfant qui, suivant toutes les probabilités, se trouvait sous l'influence d'un narcotique, de l'opium, présume-t-on, donné à une trop forte dose. Ni les sinapismes Rigollot, ni les enveloppements humides ne ramenant l'enfant à la vie, on eut recours à une *injection sous-cutanée* d'alcool dans les proportions de trois gouttes de rhum sur six gouttes d'eau. Un mieux sensible se manifesta sous l'influence de ce stimulant. L'enfant commença à respirer et la circulation reprit son jeu. Dix minutes après, le petit malade peut avaler tout ce qu'on lui présente. Mais, cinquante minutes plus tard, l'influence délétère fait de nouveau sentir son action. On recommence l'injection alcoolique : le mieux ne se fit pas attendre. Deux autres injections deviennent encore nécessaires, mais alors les symptômes du narcotisme ne se renouvelèrent plus et la santé du petit malade ne laissa plus rien à désirer. (*Revue de thér. méd.-chir.*)

Paracentèse du péricarde. — Mort subite. — Un volontaire d'un an entre à l'hôpital du Gros-Caillou le 20 mai 1877. Depuis 1869, il avait été pris quatre fois d'un rhumatisme articulaire accompagné de complications cardiaques. Il se plaint de douleurs articulaires. Quelques jours après, il présente les symptômes d'un épanchement péricardique considérable avec des lésions valvulaires très-bien caractérisées. La dyspnée est très-considérable. Les médecins de l'hôpital se décident à pratiquer la paracentèse du péricarde. La ponction est faite avec l'aiguille n° 1 de l'appareil de Potain, dans le troisième espace intercostal droit, et à une profondeur de 4 centimètres. Aucun liquide ne s'échappe, et l'aiguille,

abandonnée à elle-même, décrit des mouvements d'oscillations isochrones aux mouvements du cœur, preuve que, malgré toutes les précautions prises, elle a touché cet organe. Au même moment, le malade pousse un cri, fait une forte inspiration : sa face bleuit, puis pâlit. On retire aussitôt le trocart, mais le malade avait cessé de vivre. Ni la faradisation, ni la respiration artificielle, ni les divers excitants, ne parviennent à le réveiller de cette syncope foudroyante.

L'autopsie démontre que le trocart a pénétré dans le médiastin antérieur et qu'il est allé se fixer non dans la paroi même du cœur, mais dans le péricarde, qui est très-épaissi, très-induré, et comme lardacé, et qui a été touché dans un point où il est complétement adhérent au cœur. L'adhérence des deux feuillets péricardiques est intime à peu près dans toute l'étendue du cœur gauche; à droite est une vaste cavité où s'est développé l'épanchement péricardique (1,200 grammes de liquide citrin avec légers flocons blanchâtres).

(*Un. méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour l'agrégation en médecine. — Les épreuves cliniques ont commencé vendredi.

— M. le professeur Charcot, remis de son indisposition, a recommencé son cours d'anatomie pathologique hier, lundi, à 2 heures de l'après-midi. Il le continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine à la même heure.

— M. le professeur Trélat commence ses leçons cliniques, à l'hôpital de la Charité, le jeudi 4 avril 1878, à dix heures et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— La Société française d'hygiène, voulant propager dans les classes laborieuses les notions les meilleures d'hygiène et d'éducation de la première enfance, met au concours la question suivante :

Faire connaître d'une manière succincte, et dans les limites d'une brochure in-12 de 32 pages, les meilleures conditions de l'éducation de la première enfance :

1° Au point de vue de la nourriture, depuis le jour de la naissance jusqu'au moment où l'enfant peut faire usage d'aliments usuels;

(Insister particulièrement sur l'allaitement maternel, ses conditions les meilleures au point de vue de la mère et de l'enfant; démontrer que l'allaitement artificiel ne peut suppléer le premier que dans les cas de nécessité absolue; en déterminer les conditions les moins défectueuses et celles qui permettent de l'employer avec de grandes chances de succès; indiquer tout le parti que l'on peut tirer des pesées fréquentes des nouveau-nés;)

2° Au point de vue du vêtement (signaler les pratiques mauvaises, et celles qui réalisent les meilleures conditions : indiquer tous les soins corporels que nécessite le premier âge);

3° Au point de vue de l'habitation (faire connaître les avantages de l'exposition, de l'aération et de la propreté).

Dans le développement des différents points du programme, on tiendra compte des conditions actuelles des personnes auxquelles on s'adresse, et l'on évitera surtout les théories purement idéales applicables aux classes privilégiées.

Les récompenses consisteront en une médaille d'or et en deux médailles d'argent.

N. B. Les mémoires, écrits en français, devront être parvenus au secrétariat de la Société française d'hygiène, 71, rue des Saints-Pères, le 1er juin 1878.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude clinique sur l'athétose, par le docteur Oulmont. — In-8° avec une planche. Prix : 3 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce, éditeurs.

De l'avortement au point de vue médico-légal, par le docteur Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié. — Paris, 1878, in-8°, VI, 133 pages. Prix : 3 francs.

De la psoïte traumatique, par le docteur Marcani. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce, éditeurs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 40. — JEUDI 4 AVRIL 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 4 AVRIL 1878. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été occupée par deux élections de correspondants, par la lecture de rapports officiels sur les eaux minérales et d'un rapport de M. Bernutz au nom de la commission du prix Huguier, sur les ouvrages envoyés pour le concours. Les élections ont eu pour résultat la nomination de M. Laussédat (de Moulins) dans la 1re division des correspondants et celle de M. Notta (de Lisieux) dans la 2me division. Ces deux nominations ont eu lieu à une très-grande majorité. L'Académie s'est formée ensuite en comité secret à 4 heures 1/2, pour la discussion des conclusions du rapport de M. Bernutz et pour la lecture du rapport sur les candidats pour la section de physique et chimie médicales. Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. HARDY.

Du Psoriasis.

II

Le psoriasis peut affecter différentes parties du corps; en général même, il occupe plusieurs régions simultanément. Mais c'est surtout aux coudes et aux genoux qu'il se développe de préférence, et c'est là que vous devrez toujours le rechercher, alors que vous soupçonnerez son existence. Fréquemment encore, on le rencontre au cuir chevelu : on trouve alors, en écartant les cheveux, des plaques d'abord disséminées, mais qui peuvent s'étendre, dépasser la limite d'implantation des cheveux et apparaître presque sur le front, où il existe alors une légère coloration rouge, qui passe souvent inaperçue. La figure peut être également affectée, mais ces cas sont extrêmement rares : il n'en est pas de même, au contraire, du dos, des pieds, des ongles même, où le psoriasis s'observe communément.

Cette affection se présente encore sous des formes variées. C'est ainsi que, dans les cas les plus ordinaires, elle se manifeste sous la forme d'une légère saillie, arrondie, de dimensions très-faibles et semblables comme couleur, comme disposition et surtout comme grattage, à une tache de bougie qui aurait coulé sur la peau et s'y serait solidifiée. Tel est le psoriasis en goutte, commun, le psoriasis guttata des anciens auteurs. Néanmoins, les gouttes ne restent pas toujours à cet état; ordinairement, en effet, elles s'agrandissent, se rassemblent et affectent alors des formes variées.

Il faut encore distinguer dans ces gouttes plusieurs espèces. Les unes, très-petites, présentant à peine les dimensions d'une tête d'épingle, caractérisent cette variété que M. Devergie a décrite sous le nom de psoriasis ponctué. D'autres, plus étendues, plus arrondies, semblables à une pièce de monnaie, distinguent le psoriasis nummulaire.

Mais, d'autres fois, la maladie prend un autre aspect. Les gouttes s'agminent les unes à côté des autres, de manière à circonscrire des intervalles plus ou moins étendus de peau saine, et alors on voit apparaître des cercles ou des segments de cercles plus ou moins réguliers formés par les gouttes ainsi placées les unes à côté des autres, et dont il est encore facile de reconnaître la présence, alors que la maladie n'est pas très-avancée. Les plaques, ainsi disposées, ont reçu des noms particuliers. Telle est, entre autres dénominations, le psoriasis circiné, qui avait été considéré par Winal comme une maladie particulière, une sorte de lèpre vulgaire. C'est une erreur. On peut voir, en effet, sur le même individu la lésion du psoriasis en gouttes et du psoriasis circiné; par conséquent, cette variété n'implique pas une nature différente et ne mérite pas un nom particulier.

Dans certaines circonstances également, les taches s'agminent de manière à figurer tantôt une ligne droite, tantôt une ligne brisée plus ou moins capricieuse, plus ou moins régulière dans son trajet : on a alors le psoriasis en ligne, le *psoriasis girata*.

Enfin, quand la maladie est ancienne et quand elle a récidivé à plusieurs reprises, elle est caractérisée par des plaques irrégulières, épaisses, parfois de la largeur de la main et qui, dans certains cas, occupent toute une région. C'est à cette variété, dans laquelle les lésions ressemblent à de larges plaques de plâtre que l'on aurait jetées sur la peau, et qui s'y seraient consolidées, que l'on a donné le nom de psoriasis diffus, de psoriasis invétéré.

Le psoriasis est une maladie de la peau, chronique par excellence. Il est rare que, dans l'espace de huit ou dix jours, on voie survenir plusieurs taches ou bien qu'elle n'affecte pas la même région pendant un temps très-long avant d'apparaître sur une autre partie du corps. Mais, une fois développée, la maladie a une tendance considérable à durer des mois, des années; et si, chez certains individus, elle disparaît au bout

d'un certain temps, parfois même spontanément, c'est pour revenir plus tard. Quelquefois, cette disparition est en rapport avec les saisons; il s'écoule un temps plus ou moins long pendant lequel le malade ne présente sur la peau rien qui rappelle son affection, puis au bout de six mois, un an, dix ans même, l'éruption se manifeste de nouveau. Sachez, en effet, que la réapparition du psoriasis est une chose fatale, et que, quoi que vous fassiez, il n'y a pas de guérison radicale à espérer. Seulement, quelquefois, sous l'influence du traitement, il se limitera, et des gens chez qui le psoriasis avait jusque-là occupé une grande étendue, pourront ne l'avoir plus qu'aux coudes et aux genoux. Mais ceci n'est pas la règle, et le plus habituellement, avec l'âge, il augmentera d'intensité et d'étendue. Après s'être manifesté, au début, en gouttes, plus tard il deviendra diffus, il se généralisera, il pourra même, comme j'en ai vu des exemples, s'il est très-étendu, enfermer le corps comme dans une carapace qui gênera, qui empêchera même les mouvements.

Aussi, relativement au diagnostic, je dirai que le psoriasis est une affection légère, en ce sens qu'elle ne compromet pas l'existence; mais, en réalité, c'est une maladie extrêmement fâcheuse. J'ai vu des gens qui en étaient atteints, par suite de la répulsion profonde qu'ils inspiraient à leur entourage lorsque la maladie occupait la face, ou les mains, en un mot, les parties visibles, tomber dans l'abattement et même dans la lypémanie.

Je vous ai dit que le psoriasis se prolongeait durant des années, et qu'il était très-difficile d'en obtenir la guérison définitive. Il peut disparaître cependant, lorsqu'une nouvelle maladie vient affecter l'individu. J'ai vu, en effet, des phthisiques chez lesquels le psoriasis occupait souvent une étendue considérable, cesser de présenter aucun phénomène morbide du côté de la peau, alors que les premiers symptômes de la tuberculisation commençaient à se manifester. C'est qu'en effet, c'est un caractère commun aux maladies de la peau de disparaître devant une maladie plus grave, plus profonde. Mais sachez bien que, dans ces circonstances, la disparition de l'affection cutanée est ordinairement d'un mauvais pronostic.

Le psoriasis est une maladie herpétique, dartreuse, qui a pour caractère, comme toutes les affections de ce genre, outre sa tendance très-grande à s'étendre de plus en plus, de n'occuper que la partie superficielle des téguments et de disparaître sans laisser après elle aucune trace sur la peau. De plus, de même encore que toutes les maladies dartreuses, elle est souvent héréditaire. Mais il faut savoir que fréquemment, sous ce rapport, il y a des individus qui sont des ancêtres, c'est à-dire chez lesquels le psoriasis débute pour la première fois, et qui deviennent dès lors susceptibles d'engendrer des enfants psoriasiques.

Quelquefois, dans votre pratique, vous serez ainsi consultés par des gens atteints de cette affection, qui viendront vous demander si leur maladie n'est pas un obstacle au mariage et si les enfants qui naîtront de leur union ne seront pas eux-mêmes atteints de psoriasis. Eh bien, sachez que, dans ces conditions, vous devez toujours rester dans une prudente réserve; que l'hérédité est possible, mais qu'elle n'est pas fatale. J'ajouterai même que les chances d'hérédité sont plus faibles pour le psoriasis que pour l'eczéma, et que, sur quatre enfants nés d'un psoriasique, un seul ordinairement sera atteint de l'affection du père ou de la mère.

Le psoriasis n'est donc pas un obstacle au mariage. Néanmoins, je crois qu'il est utile de conseiller aux jeunes filles atteintes de cette affection et qui sont sur le point de contracter une union, de prévenir le mari, qui pourrait se déclarer trompé si, au lieu d'une femme saine, il ne trouvait qu'une malade atteinte d'une affection répugnante.

Les causes du psoriasis sont multiples. Il se développe tantôt sous l'influence de fatigues exagérées, d'excès, quelle qu'en soit la nature, alcooliques ou vénériens; enfin, chose très-singulière, j'ai vu, d'une manière positive, des individus être affectés de cette maladie, à la suite d'un chagrin violent, d'une émotion morale triste, d'une frayeur, etc.

Il se développe souvent, vers l'époque de l'adolescence, vers l'âge de vingt ans, en général. Néanmoins, je l'ai observé quelquefois chez des enfants très-jeunes, dont l'un même n'avait pas dépassé six mois. Il est très-rare passé quarante ans, cependant j'ai vu, chez des individus de cinquante à soixante ans, le psoriasis succéder à une frayeur vive.

Quant aux causes prédisposantes, elles nous sont complétement inconnues, et ni le sexe, ni le tempérament, ne paraissent exercer d'influence notable sur l'apparition de cette maladie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Tumeur du creux poplité. Difficultés du diagnostic.

Nous avons, au nº 43 de la salle Sainte-Vierge, un homme qui porte depuis environ six mois, dans le jarret gauche, une tumeur du volume d'un petit marron, sans chaleur, sans changemennt de couleur à la peau, sur laquelle elle est d'ailleurs notablement mobile. Cette tumeur paraît s'enfoncer assez profondément à la partie supérieure du jarret, entre le biceps en dehors et les tendons du demi-membraneux et du demi-tendineux en dedans; elle semble mobile sur les parties profondes, cependant il ne serait pas impossible qu'elle eût contracté avec les tissus sous-jacents des adhérences que sa situation profonde ne nous permît pas de constater. Mais le symptôme capital auquel elle a surtout donné lieu depuis six mois, celui qui, si nous en croyons le malade, aurait été de beaucoup le plus prononcé, c'est la souffrance. Cet homme, en effet, souffre quand il marche; il souffre quand il se heurte ou bien enfin quand, pour l'exploration, on soumet cette partie à une pression un peu forte. Actuellement, ces souffrances ont un peu diminué, mais elles étaient surtout notables le premier jour de l'entrée de ce malade à l'hôpital.

Examinons donc ce que peut être une tumeur, dont le début remonte à six mois; qui n'arrive pas à suppuration; qui est enfouie dans le jarret; qui se développe lentement; ne donne pas lieu à de la fluctuation; qui est douloureuse à certains moments et ne l'est pas à d'autres, et qui surtout s'accompagne de douleurs extrêmement vives à la marche et à la pression; douleurs disparaissant, au contraire, presque tout à fait alors que le malade est au repos.

Toutes les fois qu'on est en présence d'un gonflement auquel on donne le nom de tumeur, parce qu'on sait ce que c'est et qu'on suppose que ce gonflement n'est pas susceptible de disparaître, soit par le repos, soit sous l'influence des médicaments, la première question que l'on doit toujours se poser, c'est de déterminer si la tumeur est solide ou bien liquide.

Ici, quoiqu'il n'existe pas de fluctuation très-nette, on constate cependant un certain degré de dépressibilité qui appartient à quelques variétés de collections liquides, dont la

fluctuation ne peut être perçue en raison de la situation profonde de ces tumeurs. Pour décider la question, j'ai pratiqué ce matin même l'acupuncture; mais, malgré la pression que nous avons exercée en même temps sur la tumeur, aucun liquide n'est sorti par l'orifice de la petite épingle. Il est donc probable qu'il ne s'agit pas d'un kyste, à moins toutefois, comme cela arrive quelquefois, que ce kyste ne fût rempli par de la matière synoviale très-épaisse et qui n'aurait pu s'écouler par une ouverture aussi étroite que celle de la canule dont nous nous sommes servi.

Une autre raison qui m'autorise à croire qu'ici nous n'avons pas affaire à une tumeur de la nature de celle que je viens de vous indiquer, c'est que les kystes synoviaux ne se développent ordinairement pas dans la partie du creux poplité qui est, chez ce malade, le siége de la lésion. C'est, en effet, aux dépens de la partie de la synoviale intermédiaire au jumeau interne et au demi-membraneux, quelquefois aux dépens du prolongement que la séreuse envoie entre le biceps et le ligament latéral externe, ou bien entre celui ci et l'articulation, que l'on voit se développer cette variété de tumeurs. Ici le gonflement est situé trop en haut et en arrière, il n'est pas assez latéral externe pour qu'on soit autorisé à accepter cette explication. Il faudrait, pour cela, admettre que le kyste s'est formé aux dépens d'un prolongement de la synoviale du genou, passant à travers un interstice du ligament postérieur. Mais la tumeur est située à une trop grande distance de l'interligne articulaire pour que cette manière de voir soit vraisemblable; il faudrait, en outre, que ce prolongement de la synoviale eût, pour sortir à une telle hauteur, remonté très-haut au-dessus de la partie supérieure de la bourse séreuse, ce qui serait tout à fait exceptionnel. Telle n'est pas, en effet, le siége de ces kystes synoviaux, que M. Foucher a décrits à la partie postérieure du genou, ayant passé à travers les interstices du ligament postérieur.

Si ce n'est pas une collection liquide, c'est alors une tumeur solide, ou du moins en grande partie solide. Examinons donc quelles sont les tumeurs que l'on voit se développer dans cette région, avec les caractères que je vous ai indiqués.

J'ai pensé, ainsi qu'on doit toujours le faire pour des grosseurs qui se développent dans des régions parcourues par des artères un peu importantes, à une tumeur anévrysmale. Mais, outre que je n'ai constaté ni bruits de souffle, ni pulsations, c'est bien petit pour un anévrysme du creux poplité. Aussi, n'est-ce pas à l'idée d'une tumeur de cette sorte que je me suis arrêté, mais bien à la pensée d'une poche placée sur le trajet d'une artère, formée en grande partie aux dépens de la membrane celluleuse de ce vaisseau et lui adhérant.

Voici pourquoi je me suis arrêté un instant à cette pensée : c'est qu'il y a des anévrysmes qui s'oblitèrent spontanément et dans la cavité desquels il se forme des caillots fibrineux qui deviennent adhérents. La poche cesse alors de communiquer avec l'artère, et il reste sur le trajet du vaisseau une tumeur formée par de la fibrine plus ou moins dense.

Est-ce à une tumeur de ce genre que nous avons affaire chez notre malade? Je ne le crois pas, parce que ces anévrysmes qui s'oblitèrent sont, dans la région du jarret, ordinairement plus gros. Je sais bien qu'une fois la communication avec l'artère interrompue, ils diminuent de volume, mais alors ils ne forment pas une tumeur aussi arrondie, aussi circonscrite que celle que nous avons sous les yeux. Au contraire, elle est étalée, elle forme une masse qui remplit bien plus le jarret; enfin, elle a donné lieu autrefois à des pulsations. Ici, le malade n'en a jamais constaté, et M. Desprès, qui a traité cet homme bien avant nous, à l'hôpital Cochin, ne paraît pas non plus en avoir constaté.

De quoi s'agit-il donc? d'un fibrome névromateux, ou bien enfin d'une hypertrophie ganglionnaire?

Un fibrome simple indépendant des nerfs, c'est chose possible, mais c'est très-rare. De plus, le fibrome est ordinairement très-élastique, très-consistant. Ici, au contraire, la tumeur donne lieu à une sensation d'empâtement qui ne me rappelle nullement la sensation que donne à la pression la variété de tumeurs dont il est question. Enfin, le gonflement que nous avons sous les yeux est un peu gros, un peu profondément situé pour un fibrome sous-cutané.

Un ganglion lymphatique hypertrophié? Dans toute autre région, je serais assez disposé à admettre cette explication, mais ici je n'y suis pas porté, et voici pourquoi. C'est que, d'abord, je ne connais pas bien les ganglions lymphatiques du jarret, et que je ne suis pas édifié personnellement à leur sujet. Quoi qu'il en soit, s'il existe des ganglions de la région postérieure du genou, les maladies de ces organes doivent être très-rares, puisque ce serait la première fois, dans ma longue pratique, que j'en rencontrerais un exemple. D'autre part, s'il s'agissait d'une hypertrophie ganglionnaire, quelle que fût sa nature, simple ou caséeuse, il serait étrange qu'une adénite eût donné lieu, à plusieurs reprises, pendant six mois, à des douleurs extrêmement vives, et ne se fût pas terminée, après trois ou quatre poussées inflammatoires, par suppuration.

J'arrive maintenant, par exclusion, à cette catégorie de tumeurs qui se développent sur le trajet des nerfs, et que nous appelons des névromes. En effet, la tumeur dont notre malade est atteint est, ainsi que je vous l'ai déjà dit, le siége de douleurs extrêmement intenses; de plus, au dire du malade, les souffrances irradient le long de la jambe; tous caractères qui, comme vous le savez, appartiennent aux tumeurs qui ont pris naissance sur le trajet des nerfs. J'ajoute cependant que, dans cette variété de tumeurs, les douleurs sont constantes et que leur caractère intermittent chez ce malade m'oblige à imposer quelques réserves à mon diagnostic.

Mais quelle est l'origine de ce névrome? S'est-il développé aux dépens d'un de ces petits filets nerveux qui n'ont pas reçu de dénomination et qui vont se distribuer à la peau après avoir traversé une partie plus ou moins considérable du tissu cellulaire? C'est possible, mais les tumeurs qui émanent de ces petites ramifications nerveuses ne sont ordinairement pas aussi volumineuses que celles dont cet homme nous offre un exemple. Il est probable, par conséquent, que celle-ci appartient à un gros nerf, qui a un nom. Or, comme elle semble s'enfoncer dans le creux du jarret, je pense qu'elle appartient au nerf poplité interne.

Qu'adviendra-t-il de cette tumeur et quelle est la conduite que nous avons à tenir chez ce malade? S'il s'agit, contrairement à mes prévisions, d'un ganglion lymphatique, il finira toujours par arriver à suppuration. Si, au contraire, comme je suis porté à le croire, nous avons affaire à un névrome, il peut rester stationnaire, ne pas augmenter, mais non plus ne pas diminuer. De même, il peut devenir indolent ou continuer à être douloureux.

Quant au traitement, je me borne pour le moment à prescrire le repos et la compression. Si, grâce à ces moyens, dans quelques jours, le malade cesse de souffrir, je lui permettrai de quitter l'hôpital. Que si, au contraire, les douleurs persistent, je verrai si l'on ne doit pas pratiquer l'ablation de la tumeur.

Mais il ne faut pas oublier que c'est là une opération grave, sinon par elle-même, du moins par les résultats fâcheux qui peuvent en être la suite. Il est difficile, en effet, d'enlever un névrome du nerf poplité interne sans faire la section du tronc nerveux lui-même. Or, quoi qu'ait dit M. Vulpian sur la cicatrisation des nerfs, il y a beaucoup à craindre dans ces cas, que les deux bouts ne se rejoignent pas, et que les parties auxquelles ce nerf se distribuait ne soient frappées de paralysie. Peut-être alors le remède était-il pire que le mal.

Quoi qu'il en soit, je vous présente ce cas comme doublement intéressant, et sous le rapport du diagnostic, et sous le rapport du traitement.

MALADIES DU CŒUR.

Du retard réel et du retard apparent du pouls dans l'insuffisance aortique et dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte avec ou sans insuffisance. — Retentissement de la systole de l'oreillette gauche jusque dans la carotide chez les malades atteints d'insuffisance aortique.

par M. François Franck.

I. — L'exagération du retard du pouls dans l'insuffisance aortique pure n'est qu'*apparente*. Quand on applique un doigt d'une main sur la région où bat la pointe du cœur et un doigt de l'autre main sur le trajet de la carotide chez un malade atteint d'insuffisance aortique, on perçoit deux battements qui se succèdent, l'un au niveau de la pointe du cœur, l'autre sur la carotide. De l'intervalle qui sépare ces deux soulèvements on déduit le retard du pouls carotidien qu'on trouve ainsi plus grand que normalement. Mais il y a, dans ce mode d'exploration, une erreur de toucher : le soulèvement perçu au niveau de la pointe du cœur ne correspond pas à la *systole* ventriculaire dans le cas d'insuffisance aortique bien accusée : il est dû, comme l'a montré M. Marey dans un travail publié en 1869 dans les *Archives de Physiologie*, à la distension plus ou moins brusque du ventricule gauche *en diastole* par l'ondée sanguine qui reflue sous forte pression à travers l'orifice aortique insuffisant.

Il résulte de là qu'on doit nécessairement trouver exagéré le retard du pouls puisqu'on se repère sur le *début de la diastole* ventriculaire et non, comme on l'a cru, sur le début de la systole : ce retard est ainsi augmenté, dans l'appréciation qu'on en fait, d'une durée égale à toute la durée de la diastole ventriculaire.

M. François Franck a constaté cette cause d'erreur sur plusieurs malades atteints d'insuffisance aortique, et notamment sur un soldat du service du Dr Villemin au Val-de-Grâce.

Il insiste sur ce fait, que la superposition des battements du cœur, du pouls carotidien et du pouls huméral établit nettement, à savoir que le retard *réel* du pouls artériel, dans l'insuffisance aortique, non-seulement *n'est pas exagéré*, mais *est notablement diminué*.

Ce dernier point s'explique ainsi : l'effort ventriculaire acquiert d'emblée la valeur manométrique nécessaire pour chasser le sang dans l'aorte, puisque la cavité ventriculaire et la cavité aortique ne font qu'un, et qu'il n'y a plus à surmonter la résistance d'une colonne sanguine pesant snr les valvules sigmoïdes. D'autre part, la pénétration du sang dans l'aorte est facilitée par la grande diminution de pression que le reflux diastolique a produite.

Les observateurs qui avaient cherché à juger du retard par l'exploration à l'aide du toucher devaient forcément croire à un retard exagéré dans l'insuffisance aortique, et ajouter même, comme l'a fait un clinicien de mérite, M. R. Tripier (de Lyon), que ce retard est d'autant plus marqué que l'insuffisance est plus large. On s'explique cette remarque en tenant compte de l'exagération du soulèvement diastolique qui se produit avec plus d'énergie et de rapidité dans ces conditions.

L'expérience sur les animaux et sur l'appareil schématique de la circulation du professeur Marey confirme pleinement les notions fournies par l'explora tion des malades.

II. — Ce fait, que le retard du pouls est en réalité moins considérable quand il y a insuffisance aortique, rend compte d'un phénomène qui s'observe dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte avec insuffisance des valvules sigmoïdes : on peut constater que, malgré la présence de l'anévrysme qui est, comme on sait, une cause puissante de retard du pouls, ce retard n'est pas exagéré si l'anévrysme s'accompagne d'insuffisance. C'est ce qui existe chez un malade observé par M. Franck dans le service du Dr Bernutz (Charité, St-Ferdinand, 4). Quand au contraire l'insuffisance aortique n'existe pas ou ne s'accompagne que d'un reflux insignifiant, le retard du pouls présente l'exagération ordinaire dans le cas d'anévrysme : tel est le cas d'un autre malade examiné dans le service du Dr B. Ball (St-Antoine, salle St-Louis, 28).

La conclusion de ces recherches est que :

1° Avec l'insuffisance aortique, le retard du pouls sur le début vrai de la systole ventriculaire est en réalité moindre que normalement, quoique l'exploration avec le doigt ait pu faire croire que ce retard était augmenté ;

2° Dans l'anévrysme de l'aorte avec insuffisance des valvules sigmoïdes, on peut ne pas observer l'exagération du retard du pouls qui existe toujours quand l'anévrysme ne s'accompagne pas d'insuffisance aortique : celle-ci en effet diminuant le retard du pouls que l'anévrysme tend à augmenter, il en résulte que ce retard est ramené à sa valeur ordinaire ou à peu près.

III. — Le pouls carotidien des malades atteints d'insuffisance aortique présente souvent un soulèvement qui précède la pulsation artérielle proprement dite. M. J. Renaut avait constaté ce phénomène et pensait qu'il pouvait résulter du retentissement de la systole de l'oreillette gauche jusque dans la carotide : c'est en effet ce que l'étude des tracés a paru démontrer d'une façon évidente et ce qu'a admis M. Marey qui les a examinés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 avril 1878. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Un rapport de M. le docteur Soueix sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune d'Uston (Corrèze) (commission des épidémies); 2° une demande en autorisation d'exploiter pour l'usage médical une source d'eau minérale située à Sail-sous-Couzan (Loire); 3° des rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), La Roche-Posay (Vienne) (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Elle comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Lunier, Besnier, Ollivier et Proust, pour la section d'hygiène; Hayem, Parrot et Voisin, pour la section d'anatomie pathologique; 2° une note de M. le docteur Alvin, sur une nouvelle source du Mont-Dore (commission des eaux minérales); 3° un travail manuscrit de M. le docteur Le Bourgeois, médecin aide-major, sur les corps étrangers du conduit auditif externe.

PRÉSENTATIONS.

M. Delpech présente : 1° au nom de M. le docteur Homo (de Château-Gontier) un mémoire sur une épidémie d'angine couenneuse qui a sévi dans cette ville en 1877; 2° au nom de M. le docteur Jules Félix, un mémoire sur l'assainissement des villes et des habitations.

M. Jaccoud présente, au nom de M. Kœberlé (de Strasbourg), une brochure sur la pathologie des ovaires et l'ovariotomie.

M. VILLEMIN, au nom de M. Coursserant, présente : 1° une brochure sur la choroïdite antérieure ; 2° une brochure sur l'opération de la cataracte chez les diabétiques ; 3° une observation de zona ophthalmique.

M. RICHET dépose sur le bureau une note manuscrite de M. le docteur Domec de Saint-Jean de Quito (Équateur) sur un cas de désarticulation coxo-fémorale, par le procédé à lambeau antérieur, suivie de guérison.

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section des associés libres.

La commission sera nommée dans la prochaine séance.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux membres correspondants nationaux.

Dans la première section (médecine) la commission présente, en première ligne, M. Laussedat (de Moulins) ; en deuxième ligne, M. Levieux (de Bordeaux) ; en troisième ligne, M. Mignot (de Chantelle).

Le nombre des votants étant de 69, majorité 35, M. Laussedat obtient 50 suffrages, M. Levieux 9, M. Mignot 7, bulletins nuls 3.

En conséquence M. Laussedat, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national (première section).

Dans la seconde section (chirurgie) la commission présente : en première ligne, M. Hergott (de Nancy) ; en deuxième ligne M. Notta (de Lisieux) ; en troisième ligne *ex æquo* ; MM. Azam (de Bordeaux) Duboué (de Pau) et Bourguet (d'Aix).

Le nombre des votants étant de 71, majorité 36, M. Hergott obtient 39 suffrages, M. Notta 27, M. Duboué 4, bulletin blanc 1.

En conséquence M. Hergott, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national (deuxième section).

RAPPORTS.

M. POGGIALLE lit, au nom de la commision des eaux minérales, une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. BERNUTZ lit un rapport sur les mémoires pour le prix Huguier.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 mars 1878. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Concrétions du cerveau chez le cheval. — M. BARRIER présente des concrétions qui occupaient les plexus choroïdes du cerveau chez un cheval. Ces concrétions sont extrêmement volumineuses. L'un des principaux symptômes de cette affection, pendant la vie, était l'immobilité des mâchoires probablement due à la contracture.

M. TRASBOT dit que ces lésions sont assez fréquentes chez le cheval ; toutefois la tumeur présentée par M. Barrier est d'un volume considérable.

Quant à l'immobilité des mâchoires, M. Trasbot l'attribue, dans ce cas, à une compression due, soit à des corps solides, soit à du liquide accumulé dans les ventricules.

COMMUNICATIONS

Du pouls dans l'insuffisance aortique. — M. FRANÇOIS FRANCK fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

De la symétrie — M. G. DELAUNAY fait une communication sur la symétrie étudiée suivant la méthode qu'il a précédemment exposée à la société.

On peut considérer la symétrie non-seulement dans l'organisme entier qui est toujours composé de deux côtés, mais encore dans toutes les parties de l'organisme. En effet l'embryogénie nous apprend que les parties les plus asymétriques ont commencé par être symétriques.

En général, chez les êtres vivants, la moitié droite est plus développée que l'autre, et la droiterie est constituée par cette prééminence du côté droit sur le gauche. Au point de vue anatomique, le côté droit est plus grand, plus volumineux, plus lourd que le gauche. Au point de vue physiologique, il reçoit une plus grande quantité de sang. Sa température est plus élevée. Les muscles du côté droit sont plus puissants. Pour le cerveau, c'est le contraire : le cerveau gauche est plus volumineux, plus lourd et plus intelligent que le droit. En somme le côté droit et le cerveau gauche sont plus nourris et plus avancés en évolution que le côté gauche et le cerveau droit.

L'asymétrie ou défaut de symétrie des deux côtés s'étend à l'organisme entier, à ses parties externes (tête, tronc, muscles) et à ses parties internes (systèmes, appareils, organes). Les os du côté droit par exemple sont plus lourds et renferment plus de matière minérale et de carbonate de chaux que ceux du côté gauche.

Espèces. Les espèces végétales et animales inférieures sont plus symétriques que les supérieures. Certains invertébrés ont le côté droit plus développé que le gauche, par exemple le papillon, le homard. Les vertèbres inférieures sont symétriques. Cependant, chez la grenouille, le côté droit est plus développé, plus lourd et plus nourri que le côté gauche. Mais la grenouille asymétrique résulte de la transformation du têtard symétrique, en sorte que là aussi nous trouvons la symétrie au début et le défaut de symétrie au terme de l'évolution. Parmi les espèces droitières je citerai encore certains poissons comme la limande, les oiseaux qui juchent sur la patte droite, le lion, le tigre, le chat, le chien, le singe. La symétrie se prononce de plus en plus à mesure qu'on se rapproche de l'homme, qui est le plus droitier des animaux.

Race. Les races inférieures sont symétriques d'après les observations de MM. Harting, Roberts, Bradley.

Au contraire, les races supérieures sont asymétriques. L'asymétrie des circonvolutions secondaires du cerveau, d'après M. Broca, est plus grande dans les cerveaux des blancs que dans ceux des nègres.

Sexe. D'après William Ogle, chez l'homme, le singe, le perroquet, la prééminence des membres droits sur les gauches se rencontre moins fréquemment chez la femelle que chez le mâle. De même, M. Harting a constaté que la femme était moins asymétrique que l'homme.

Age. D'après M. Poncet, à la naissance le poids du squelette des deux membres est sensiblement égal. Le nouveau-né se sert aussi bien ou aussi mal d'une main que de l'autre. A deux ans, l'enfant devient droitier ou gaucher, et cette prééminence d'un côté s'accroît en raison du développement de l'organisme. D'après M. Poncet, qui a pesé comparativement les squelettes droit et gauche à divers âges, c'est vers le milieu de la vie que la différence en faveur du côté droit est la plus marquée. A un âge avancé, cette différence diminue et le poids de chaque côté tend à devenir égal. Ainsi l'organisme perd sa symétrie à mesure qu'il évolue et la recouvre dès qu'il subit une métamorphose rétrograde.

Constitution. Le côté droit du corps et l'hémisphère gauche du cerveau sont moins prééminents chez les faibles que chez les forts.

Trains. Anatomiquement et physiologiquement nous sommes plus droitiers du train supérieur (le plus avancé en évolution) que du train inférieur.

Appareils et organes. L'asymétrie est plus prononcée chez les organes formés que chez les organes en voie de formation. L'asymétrie augmente de bas en haut et d'arrière en avant, suivant le sens de l'évolution. L'encéphale est plus asymétrique que la moelle, les lobes frontaux sont plus asymétriques que les autres lobes du cerveau. Les facultés les plus récemment acquises ne siègent que d'un côté, exemple la faculté du langage articulé.

Fonctionnement. Les exercices de la gymnastique, bien loin de

rétablir la symétrie entre les deux côtés, accroissent la prééminence du côté droit.

Conclusion. La *symétrie* étant plus grande chez les espèces et les races inférieures que chez les supérieures, chez le sexe féminin que chez le masculin, chez l'enfant et le vieillard que chez l'adulte, dans le train inférieur que dans le train supérieur, chez les appareils et organes en voie de formation que chez les appareils et organes formés, en un mot chez les organismes et les parties d'organismes les moins avancés en évolution, est *en raison inverse de l'évolution.*

De plus, elle est *en raison inverse de la nutrition*, puisqu'elle est diminuée par le fonctionnement qui accroît la nutrition. Au contraire, le défaut de symétrie est en raison directe de l'évolution et de la nutrition.

M. Delaunay applique à des organes particuliers, comme le poumon et le cerveau, ce qu'il vient de faire pour l'organisme en général. La prééminence du poumon droit sur le gauche et du cerveau gauche sur le droit est en raison directe de l'évolution. A la question de la droiterie se rattache celle de la suppléance. La suppléance fonctionnelle, qu'il s'agisse du fonctionnement des membres ou de l'usage de la parole, est d'autant plus facile que la prééminence du côté droit ou du cerveau gauche est moindre.

Au point de vue pathologique, l'étude de la symétrie conduit aux conclusions suivantes : Certaines maladies frappent le côté droit d'abord et plus gravement que le gauche. Et ces maladies qui frappent le côté le plus avancé en évolution sont précisément celles qu'on observe surtout chez les individus les plus avancés en évolution (races supérieures, hommes adultes, forts). Aussi M. Delaunay considère ces maladies comme agissant en raison directe de l'évolution. Parmi ces maladies se trouvent les phlegmasies, la goutte, etc.

Au contraire, certaines maladies frappent le côté gauche d'abord et plus fréquemment que le droit. Ce sont précisément les maladies qui affectent les races inférieures, la femme, l'enfant, le vieillard, le faible, en un mot les individus les moins avancés en évolution. Aussi M. Delaunay considère-t-il ces maladies comme agissant en raison inverse de l'évolution. Parmi ces maladies se trouvent la tuberculose, le rhumatisme, certaines névralgies, etc.

Séance du 30 mars 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

Un nouveau mydriatique. — M. GALEZOWSKI fait une communication sur un nouvel agent mydriatique, appelé *Duboisia myopsorida.*

La *Duboisia* est une plante australienne appartenant à la famille des scrophulariacées, comme l'a démontré le professeur Oliver de Londres. Son alcaloïde n'a pas pu encore être extrait, mais son extrait aqueux au 1/20 peut être employé sous forme de collyre.

D'après les recherches de M. Tweedy de Londres, quelques gouttes de cette solution amènent une dilatation de la pupille qui dure de 6 à 10 jours. Mes propres recherches m'ont démontré aussi que la paralysie du sphincter de l'iris et du muscle accommodateur dure plus de huit jours dans les yeux sains, mais dans les yeux malades l'effet mydriatique est bien moins constant. J'ai employé ce médicament sur plus de 30 malades, et je puis dire dès aujourd'hui que l'action de la solution de Duboisia au 1/20 est tout aussi puissante qu'une solution de sulfate d'atropine au 1/10. Si on arrive à préparer son alcaloïde, on aura, sans nul doute, un agent plus puissant que tous ceux que nous connaissons jusqu'à présent.

La plante Duboisia présente encore d'autres avantages sur l'atropine. Une solution aqueuse au 1/20 instillée dans l'œil n'irrite point la conjonctive, tandis que l'atropine provoque dans certains cas une telle irritation, que, comme nous l'avons démontré ailleurs (*Recueil d'ophthalmologie*, 1875, p. 158), on est obligé de renoncer d'une manière définitive à son emploi chez quelques individus.

J'ai vu survenir des conjonctivites, de l'ectropion, des phénomènes d'hallucination, du délire et même des convulsions chez les enfants à la suite de l'instillation du collyre d'atropine. Le collyre de *Duboisia* ne provoque point de ces accidents, et, là où l'atropine a dû être abandonnée à cause des phénomènes irritants, le nouveau mydriatique a pu être employé avec les résultats les plus satisfaisants.

J'apporte à l'appui plusieurs observations qui ont été recueillies par un de mes aides, M. Odon Guéneau de Mussy ; elles démontrent, de la manière la plus concluante, l'efficacité de l'extrait de Duboisia dans le traitement de certaines affections oculaires.

Chez une jeune fille atteinte d'une kératite granuleuse grave, ni l'atropine ni la daturine ne pouvaient être employées pendant plus d'un an sans aggraver l'etat de la kératite ; depuis que j'emploie la *Duboisia*, les accidents inflammatoires s'arrêtent avec la plus grande facilité, ce qui permet de continuer la cautérisation des paupières.

Chez un homme atteint d'une irido-choroïdite, chez lequel l'iridectomie n'a pas empêché les rechutes successives d'inflammation, et où l'atropine ne faisait qu'aggraver les accidents inflammatoires, le collyre de Duboisia a arrêté depuis plus de trois semaines tous les accidents inflammatoires.

J'ai fait des recherches avec la *Duboisia* à un autre point de vue ; j'ai voulu savoir si son action s'étend sur les membranes internes des yeux. On sait que l'action de l'atropine ne s'étend pas au-delà de l'hémisphère antérieur de l'œil ; l'action de la duboisia se traduit par une dilatation considérable des veines rétiniennes. Si ce fait se vérifie, on aura là un moyen précieux qui pourra servir dans le traitement des affections profondes des yeux.

Des hématoblastes. — M. HAYEM, ayant vu dans l'*American scientific* un article signé Robert Mitchell contenant la description et le dessin des globules blancs de l'amphéima, a voulu s'assurer si ce que cet auteur désignait sous le nom de globules blancs n'était pas des hématoblastes. Il a fait venir de Londres des préparations du sang de l'amphéima et a pu ainsi confirmer l'exactitude de ses prévisions.

Altérations des cellules épidermiques dans les végétations syphilitiques. — M. LELOIR fait une communication sur un mode spécial d'altération des cellules épidermiques dans les végétations syphilitiques. Cette altération, d'après M. Leloir, est constante ; elle siège dans les cellules de la couche intermédiaire de l'épiderme et dans les cellules de Malpighi. Ce qui caractérise cette altération, c'est la disparition du noyau et de la cellule et la formation d'une cavité centrale.

M. CORNIL a constaté les mêmes faits à propos de la variole. Il serait intéressant de suivre cette étude dans toutes les irritations cutanées.

Du spiroptère ensanglanté. — M. BOCHEFONTAINE appelle l'attention sur un point particulier de l'histoire du spiroptère ensanglanté, helminthe qui se trouve dans l'œsophage et l'estomac du chien. Chez un chien, M. Bochefontaine trouva dans l'estomac trois tubercules dont l'un contenait deux spiroptères, l'un mort, l'autre vivant. Ce dernier était enfermé dans une caverne cloisonnée. On sait qu'au début ces cavernes sont remplies de sang aux dépens duquel l'animal vit ; la caverne se cicatrise et l'animal meurt. Il est probable que ces animaux ne se reproduisent pas chez le chien. Suivant la plupart des auteurs, cet helminthe se rencontrerait le plus fréquemment dans l'œsophage ; or M. Bochefontaine l'a plus souvent observé dans l'estomac.

M. TRASBOT dit également avoir plus souvent constaté dans l'estomac que dans l'œsophage la présence de ces helminthes.

Origine centrale de la corde du tympan. — M. MATHIAS DUVAL fait une communication sur ce sujet. Suivant lui, la corde du tympan ou nerf intermédiaire de Wrisberg serait un dernier rameau erratique du glosso-pharyngien, car ces nerfs ont la même origine, le même noyau. M. Mathias Duval ajoute que ce nerf est un véritable vaso-moteur.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La chaire de médecine au Collége de France est déclarée vacante. Les candidats sont avertis qu'ils ont un mois pour produire leurs titres auprès de l'assemblée des professeurs.

— Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques près la Faculté de médecine de Paris s'est ouvert lundi 1er avril. MM. Anger (B.), Farabeuf et Pozzi prennent part à la lutte.

La préparation est celle des chylifères; les pièces sèches devront être remises le 1er juillet.

— Le 28 avril 1878 on élèvera, dans l'Université de Pavie, une statue au célèbre physicien Alexandre Volta.

— *Prix Civiale.* — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs, fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administation avant le 15 août 1878, au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général de l'assistance publique.

— La Société contre l'abus du tabac met au concours, pour l'année 1878, les quatre sujets suivants :

1° *Prix des Instituteurs.* — 100 francs. — Justifier par des documents sérieux, des meilleurs résultats obtenus pour empêcher la jeunesse de prendre l'habitude du tabac.

2° *Prix de Statistique.* — 200 francs. — Donner des faits et des chiffres, portant sur tous les résultats des études : notes, classement, concours, réceptions aux examens, etc., pour montrer l'influence que peut avoir le tabac sur l'aptitude et l'assiduité des élèves, quelles que soient l'école et la branche d'enseignement. En résumé, rechercher si c'est un fait constant que les élèves non-fumeurs ont, en moyenne, la priorité sur leurs condisciples fumeurs, comme M. Bertillon l'a établi pour l'Ecole polytechnique.

3° *Prix des Médecins*, fondé par M. le docteur A. Bertherand. — Rechercher, en s'appuyant notamment sur des faits bien observés, si l'usage immodéré du tabac exerce réellement une influence néfaste : 1° sur l'aptitude des fumeurs à la procréation ; 2° sur la constitution et la santé de leurs enfants. — L'auteur du mémoire couronné recevra, comme récompense, une collection entière des vingt-trois premières années de la *Gazette médicale de l'Algérie*, valeur environ 250 francs, et son manuscrit sera inséré dans ce journal ; il lui sera décerné, en outre, une médaille de vermeil.

4° *Prix militaire*, fondé par M. Decroix. — 300 francs. — Déterminer l'influence du tabac dans l'armée ; montrer, en s'appuyant sur les faits, si les fumeurs subissent plus de punitions, sont plus exposés aux maladies et font un moins bon service que les non-fumeurs ; privations endurées par les fumeurs, soit lorsqu'ils ne peuvent se procurer de tabac, soit lorsque les règlements leur interdisent d'en faire usage en garnison et en campagne.

5° En outre des prix ci-dessus, la Société décernera des récompenses honorifiques ou pécuniaires : 1° aux personnes qui lui auront été signalées comme ayant le plus mérité, par leurs travaux ou leur propagande ; 2° aux agents ayant montré le plus de zèle à faire exécuter les lois et règlements qui interdisent de fumer en certains lieux publics, notamment dans les bois, les chemins de fer, etc.

Chaque lauréat recevra une médaille d'honneur.

NOTA. Le concours sera clos le 31 décembre 1878. — Pour plus amples renseignements, s'adresser au Président de la Société, 3, rue Saint-Benoît, à Paris.

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — 1° *Cours de médecine opératoire* : M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours lundi 29 avril à deux heures; il traitera des *ligatures d'artères.* — M. le docteur Schwartz, premier prosecteur, traitera des *amputations.* — M. le docteur Henriet, deuxième prosecteur, traitera des *résections* et des *opérations spéciales.* Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférences d'histologie* : Des conférences sur l'*histologie normale* et *pathologique* continueront à être faites par M. le docteur Grancher, chef du laboratoire. Les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 23 avril.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 41. — SAMEDI 6 AVRIL 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 6 AVRIL 1878. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, 5 avril 1878.

Une erreur grave nous est échappée dans la rédaction de notre premier-Paris de jeudi dernier. Nous tenons d'autant plus à la réparer, à la place même où elle a été commise, qu'elle a pu momentanément, à notre grand regret, impressionner d'une manière pénible deux de nos honorables confrères, l'un en lui faisant croire à un échec, alors que son nom venait de sortir victorieux de l'urne électorale, l'autre en lui donnant l'avant-goût d'un succès dont il était digne, sans doute, mais qui est ajourné. En annonçant le résultat de l'élection que l'Académie a faite de deux correspondants nationaux dans sa dernière séance, nous avons indiqué comme élu dans la deuxième division M. Notta (de Lisieux), tandis que c'est M. Hergott (de Nancy) qui a été nommé, ainsi que le constate d'ailleurs le compte-rendu de la séance où se trouve le dénombrement exact du vote. Nous prions nos honorables et savants confrères de vouloir bien excuser ce lapsus involontaire de notre plume. Dr BROCHIN.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pleurésies hémorrhagiques néo-membraneuses, tuberculeuses et cancéreuses.

Les épanchements pleuraux hémorrhagiques ont dû être très-souvent méconnus avant l'époque où l'usage de la thoracentèse s'est généralisé. On ne pouvait guère les reconnaître qu'à l'autopsie, et dans ces conditions on les trouvait le plus souvent liés à l'existence d'un cancer intrathoracique. Cependant, à mesure que les thoracentèses se multipliaient, on voyait aussi s'accroître le nombre des cas d'épanchement hémorrhagique, et ils n'étaient pas tous la conséquence d'un cancer. Il devenait donc intéressant, toutes les fois que la ponction donne issue à un écoulement séro-sanguin, de se demander d'où vient le sang, quelle est la lésion cachée derrière l'épanchement. M. R. Moutard-Martin, qui porte un nom honoré depuis longtemps déjà en médecine, ayant eu l'occasion, dans les divers services des hôpitaux auxquels il a été attaché comme interne, d'observer un certain nombre de ces épanchements pleuraux hémorrhagiques, a réuni à ces faits toutes les observations du même genre, publiées ou inédites, qu'il a pu se procurer; et il en a fait, dans sa thèse inaugurale, une analyse clinique d'un très-grand intérêt. Nous en résumerons les résultats principaux, au point de vue de l'étude du mécanisme de l'hémorrhagie pleurale, de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement des trois groupes sous lesquels il a rangé ses observations, qui sont : 1° les pleurésies hémorrhagiques néo-membraneuses, 2° les tuberculeuses, et 3° les cancéreuses.

Mécanisme de l'hémorrhagie. — Dans la pleurésie hémorrhagique simple, affection presque toujours consécutive à une lésion pulmonaire, l'hémorrhagie est favorisée et produite tantôt par l'hyperémie inflammatoire, tantôt par la stase du système circulatoire pulmonaire, le plus souvent par ces deux causes réunies. Le premier mode appartient aux cas de rhumatisme articulaire suraigu avec détermination pleurale. Mais il appartient spécialement aux faits dans lesquels une congestion, une apoplexie, une pneumonie sous-jacente aux néo-membranes pleurales, y ont provoqué une suractivité phlegmasique.

On conçoit en effet, que l'excès de pression dans le système circulatoire, qui survient lors du développement d'une pneumonie, par exemple, soit une condition favorable à la production d'une hémorrhagie, les vaisseaux embryonnaires fragiles des néo-membranes cédant facilement et se rompant sous l'influence de cette pression exagérée.

Les hémorrhagies dans la pleurésie tuberculeuse sont explicables par le même mécanisme. Il faut toutefois admettre ici indépendamment du mécanisme, une action directe du produit morbide, qui, à la manière d'un corps étranger, entretient le travail inflammatoire et provoque l'afflux sanguin de la même manière que se produit l'hémoptysie au début de la tuberculose. Dans certains cas, l'infiltration générale du poumon par les tubercules miliaires accroît encore la pression dans les vaisseaux des néo-membranes.

Dans la pleurésie hémorrhagique cancéreuse, l'hémorrhagie peut survenir également par fluxion inflammatoire exagérée autour des dépôts néoplasiques ou par augmentation de la pression vasculaire. Cet accroissement de tension peut se produire ici de deux manières, soit par la diminution du champ circulatoire du poumon envahi par les produits cancéreux, soit par l'augmentation de la pression veineuse par compression des gros troncs du médiastin.

Aucun symptôme n'est capable de faire reconnaître la nature hémorrhagique de l'épanchement. On ne peut que la prévoir et la soupçonner.

Voici, d'une manière résumée, les symptômes et les signes qui peuvent faire soupçonner l'existence d'un épanchement hémorrhagique et de la lésion que cache l'épanchement.

Symptomatologie. — La pleurésie hémorrhagique cancéreuse pourra être soupçonnée avant la ponction, par les antécédents héréditaires ; par un début incertain dans lequel le frisson est exceptionnel ; par une pleurodynie fixe, tenace, violente, avec irradiations douloureuses, longue durée des symptômes, toux quinteuse, coqueluchoïde ; dyspnée marquée continue ou paroxystique ; fièvre rare ; coexistence de tumeurs viscérales ou extérieures ; quelquefois symptômes de compression, dilatation veineuse ; œdème de la paroi thoracique, etc. ;

Après la ponction, qui est souvent indiquée, dans ce cas, par les signes d'un épanchement abondant, signes locaux peu ou pas modifiés, persistance des phénomènes de compression, reproduction rapide d'un épanchement abondant ; nécessité de ponctions successives ; assez fréquemment, cloisonnement progressif de la plèvre ; aggravation, parfois relativement lente, de la maladie, cachexie, mort.

Pour la pleurésie hémorrhagique tuberculeuse, avant la ponction : antécédents héréditaires, rares ; début insidieux ; pleurodynie mal limitée, sans irradiations ; mauvais état général, parfois signes de pleuropneumonie ; toux sèche ; expectoration sans caractères ; dyspnée modérée, sans paroxysme ; fièvre fréquente ; pas de symptômes de compression locale, ni dilatation veineuse, ni œdème de la paroi thoracique.

L'épanchement étant en général peu abondant, l'indication de la ponction est exceptionnelle. Lorsqu'elle a été jugée utile, les signes locaux sont modifiés, l'épanchement se reproduit rapidement ; pas de phénomènes de compression ; peu de cloisonnement consécutif de la plèvre ; aggravation rapide de la maladie ; phénomènes généraux de la tuberculisation, mort.

Pour la pleurésie hémorrhagique simple, antécédents héréditaires nuls ; début franc, pleurodynie marquée, sans irradiations ; toux exceptionnelle, expectoration nulle, dyspnée en rapport avec l'abondance de l'épanchement. Quelquefois symptômes de compression par suite de l'abondance de l'épanchement ; œdème généralisé ayant débuté par les jambes, pas de dilatation veineuse.

Après la ponction, souvent indiquée par l'abondance de l'épanchement, signes locaux très-modifiés ; reproduction lente ou nulle d'un épanchement peu abondant ; disparition rapide des phénomènes de compression ; pas de cachexie ; amélioration rapide de l'état général ; pas de cloisonnement de la plèvre ; guérison.

Le *pronostic* est naturellement subordonné d'une manière absolue à la lésion diathésique que cache souvent l'épanchement. Il est rare de pouvoir prédire la marche et la terminaison de la maladie dès que la ponction vient d'être faite. Quelques cas de cancer permettent seuls cette affirmation prompte fondée sur l'absence de modification des signes physiques après la thoracentèse. Il faut en général voir évoluer la maladie ; il faut surtout se guider sur la reproduction du liquide ou sur le dessèchement de la plèvre.

Si le liquide ne se reproduit pas ou seulement en petite quantité, si la reproduction est lente, on pourra conclure en général à l'existence d'une pleurésie hémorrhagique simple.

Si le liquide se produit, si la reproduction est rapide, on se trouve en face d'un épanchement tuberculeux ou cancéreux.

Ainsi, rétablissement progressif et souvent rapide dans le cas de pleurésie hémorrhagique simple ; au contraire, aggravation rapide des symptômes s'il s'agit de tuberculose. Dans le cas de cancer, ou bien la ponction est faite pour parer à une menace de mort, et alors le malade succombe très-rapidement ; ou bien la première ponction en appelle d'autres, et les symptômes de la cachexie développés progressivement conduisent à une terminaison mortelle, mais retardée.

M. R. Moutard-Martin a examiné et étudié avec soin la question de savoir si les épanchements hémorrhagiques ponctionnés suppurent fréquemment. Il est arrivé sur ce point à une conclusion dont les prémisses exigeraient des développements dans lesquels il ne nous est pas possible d'entrer en ce moment, et qui suppose la connaissance préalable des motifs qui ont porté à établir une distinction entre les pleurésies *histologiquement* hémorrhagiques et les pleurésies *franchement* hémorrhagiques. Cette conclusion est celle-ci : les pleurésies histologiquement hémorrhagiques deviennent presque toujours purulentes, tandis que les pleurésies franchement hémorrhagiques ne deviennent presque jamais purulentes.

Le *traitement* avant la thoracentèse, c'est-à-dire alors que rien encore ne peut faire connaître la nature hémorrhagique de l'épanchement, ne comporte aucune indication particulière, autre que celle du traitement commun de la pleurésie.

La ponction faite et la nature du liquide reconnue, quelle est la quantité qu'il convient d'en retirer ? doit-on chercher à vider la cavité pleurale ? telle est la question pratique importante que M. R. Moutard-Martin a cherché à résoudre à l'aide des faits qu'il a recueillis. Son avis est qu'il ne faut pas chercher à vider la plèvre, et cela pour deux raisons. La première, c'est que l'évacuation complète expose à la reproduction du liquide, par suite de la rupture brusque de l'équilibre qui s'était établi entre la pression exercée sur les vaisseaux de la séreuse et de la néo-membrane par l'épanchement, d'un côté, et, de l'autre, par le tissu pulmonaire refoulé. La deuxième raison est le danger ou tout au moins l'imprudence qu'il y aurait à exposer les néo-membranes vasculaires qui fournissent le sang à la déchirure que pourraient provoquer l'expansion pulmonaire et la tendance au vide dans la cavité pleurale par le mécanisme même de l'aspiration.

M. R. Moutard-Martin adopte, comme plus particulièrement applicable aux épanchements hémorrhagiques, la formule de M. Dieulafoy pour les épanchements simples, séreux, qui consiste à ne pas retirer plus d'un litre de liquide et à ne le retirer qu'avec lenteur.

Il faut s'attendre, après la thoracentèse, à trois résultats possibles : ou la plèvre manifestera une certaine tendance à la résorption, ou le liquide restera stationnaire, ou enfin il augmentera.

Dans le premier cas, on abandonnera la résorption à l'action des révulsifs, des diurétiques et des sudorifiques.

Dans le deuxième cas, une nouvelle ponction et l'évacuation d'une égale quantité de liquide donneront ordinairement le résultat que les révulsifs auraient été impuissants à produire.

Enfin, dans le troisième cas, — qui est plus particulièrement celui qui a été observé dans les faits de cancer, — il aura été utile de ne pas retirer plus d'un litre de liquide ; car, dit M. Moutard-Martin, si le soulagement est moindre qu'après l'issue de deux ou trois litres, on peut du moins espérer qu'il sera plus durable.

La ponction sera d'ailleurs repétée suivant que l'oppression l'indiquera.

En résumé, la ponction associée aux révulsifs guérit la pleurésie hémorrhagique simple. Dans la pleurésie hémorrhagique tuberculeuse, elle ne fait que parer à la dyspnée et retarder de quelques jours seulement la terminaison fatale. Dans le cancer la thoracentèse peut et doit même être pratiquée : elle produit du soulagement; répétée avec discrétion, elle prolonge la vie des malades.

Telles sont les conclusions pratiques qui se déduisent des trois séries d'observations très-intéressantes qu'a recueillies M. R. Moutard-Martin et qu'il a analysées avec un jugement et un sens clinique à l'abri de toute critique.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

Il est fort difficile de juger de l'efficacité de l'opération d'après les statistiques; il en est du reste ainsi chaque fois que la statistique sert de base d'appréciation. Hunter n'a opéré lui-même que cinq fois; et comme l'opération était alors à l'état d'enfance, s'il est permis de s'exprimer ainsi, comme il ne prit d'abord pas le soin d'écarter la veine, et comme enfin il liait l'artère dans un point où elle n'est pas facilement accessible, il ne faudrait pas s'étonner s'il avait obtenu de mauvais résultats; cependant sur cinq opérés il n'en perdit qu'un seul, et il n'y a pas de doute que c'est cette heureuse circonstance qui a favorisé l'introduction de la nouvelle méthode dans la pratique.

Les statistiques publiées par Norris et Porta, qui résultent de la réunion de toutes les observations connues, donnent une mortalité d'environ un quart; sur deux cent quatre cas de ligature de la fémorale pour toutes causes, la statistique de Porta donne cinquante morts. Les résultats de la statistique établie par M. Hutchinson d'après les hôpitaux indiquent une mortalité d'environ un tiers ou à peu près. Mais ses chiffres sont faibles.

Les opérateurs particuliers, qui ont eu la bonne fortune d'avoir une grande expérience du traitement des anévrysmes, ont obtenu de bien meilleurs résultats. M. Syme pouvait compter vingt-trois ligatures consécutives de la fémorale sans un seul décès. Valentine Mott eût, dit-on, un succès presque aussi saillant. Et, certes, il semblait évident à tout chirurgien ayant l'expérience des deux opérations que, même si les statistiques publiées des deux opérations paraissaient indiquer la même mortalité après la ligature de la fémorale pour toutes causes et après l'amputation de la cuisse pour toutes causes, il semblait évident, dis-je, que la gravité des deux opérations n'était pas la même.

J'ai essayé de me rendre compte de la mortalité après la ligature dans nos hôpitaux, tant ceux de la métropole que ceux de la province, dans ces dernières années, et j'ai trouvé qu'elle était bien moindre que celle qui est indiquée dans les statistiques de Norris et de Porta. J'attribue ce résultat à diverses causes, mais surtout à l'horreur moindre des opérations chirurgicales due à l'emploi récent de l'anesthésie, dont l'action bienfaisante s'est fait sentir dans toutes les branches de la chirurgie, de telle sorte que les malades sont traités plus tôt et quand ils sont encore dans des conditions favorables, et aussi, j'en ai la certitude, grâce aux perfectionnements des méthodes opératoires et à nos connaissances plus exactes en anatomie et en chirurgie.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que la mortalité, au lieu d'être d'un quart ou d'un tiers, n'a été que du septième, et que ce chiffre comprend plusieurs cas où la mort est survenue à la suite de causes sans rapport aucun avec l'opération. Les hôpitaux de Londres ne sont pas inférieurs à ceux de la province dans cette statistique. J'ai eu, par exemple, une liste provenant de Saint-Bartholomew's Hospital, et comprenant vingt-cinq ligatures consécutives de la fémorale avec quatre morts seulement, dont une résultant d'affection viscérale sans rapport avec l'opération. Je ne parle ici que de ligature de la fémorale faite d'emblée, sans compression préalable ni autre traitement.

Vous pouvez vous faire une idée exacte des résultats offerts par le traitement des anévrysmes poplités dans les hôpitaux anglais, grâce à la table qui est devant vous. Sur un total de trois cent trente-sept anévrysmes, il y a deux cent douze anévrysmes poplités pour lesquels toutes les méthodes ont été employées.

Nous allons voir d'abord quels furent les résultats du traitement à la manière de Hunter, c'est-à-dire par la ligature primitive de la fémorale. La fémorale a été liée soixante-dix-sept fois, sans emploi préalable de la compression, et il y a eu onze morts. Cependant l'un de ces décès fut occasionné par la variole; et ce cas devrait peut-être être absolument exclu de la liste, car il est impossible de dire ee qui serait advenu sans l'occurrence d'un semblable accident. Mais il y aurait peut-être à y ajouter un autre cas dans lequel, bien qu'il ait été considéré comme un succès, le malade, âgé d'environ cinquante ans, ne se rétablit jamais; au contraire, comme sa santé générale était mauvaise, il s'affaissa graduellement et mourut d'épuisement et d'eschares au sacrum, cinquante-cinq jours après l'opération. Quant aux causes réelles de la mort, deux fois on pensa qu'elle résultait de blessure faite à la veine pendant l'opération, blessure qui provoqua une phlébite. Dans un cas, la terminaison fatale fut causée par hémorrhagie secondaire provenant de l'artère liée; il s'agit d'un malade de M. Helden, chez lequel l'artère fut liée avec un boyau de chat phéniqué (*S. Barth. hosp. reports*, v. VIII). Une fois l'amputation fut faite à cause de la gangrène, et le malade mourut d'hémorrhagie secondaire provenant du moignon. Trois fois la mort fut causée par infection purulente, outre les cas de blessure supposée de la veine. Une fois le malade s'éteignit quinze jours après l'opération par suite de maladie des reins et de la vessie. Une fois la ligature de la fémorale fut suivie d'hémorrhagie secondaire; on lia l'iliaque externe, et le malade mourut de gangrène. Il reste un cas dans lequel la cause de la mort n'est pas indiquée.

Il faudrait ajouter à ces cas défavorables ceux dans lesquels l'opération est restée sans effet sur la maladie. D'après ce que j'ai pu juger, ces cas sont au nombre de trois : un

(1) Suite. — Voir les numéros des 21 et 26 mars.

dans lequel la ligature échoua et l'opération ancienne fut faite avec succès; et deux dans lesquels l'amputation fut pratiquée avec succès, une fois pour gangrène, une autre fois à cause de la reproduction de l'anévrysme et de son accroissement rapide à la suite d'exercice inconsidéré de la part du malade.

Ainsi, sur un total de soixante-dix-sept opérations, les insuccès n'ont été qu'au nombre de quatorze, ou au plus de quinze; et, parmi ces derniers, trois ont été ultérieurement guéris, mais deux fois au prix de la perte du membre. On voit donc que la proportion maximum des insuccès, imputable à la ligature par la méthode de Hunter, ne serait que de 19,48 pour 100; et il faut se rappeler que cette proportion comprend un cinquième de cas dans lesquels, malgré l'insuccès de la ligature, les malades ont survécu et ont été guéris par d'autres moyens.

Je dois tout d'abord reconnaître que les résultats de cette statistique m'ont quelque peu surpris, en me montrant une mortalité inférieure et une fréquence plus grande de la gangrène après la ligature, que je n'aurais pu le supposer dans une statistique semblable. Il ne faut pas, en effet, perdre de vue que cette statistique diffère essentiellement de celles qui ont été réunies par Norris et autres écrivains, tout au moins en ce qu'elle repose, non pas sur des observations publiées, qui sont ordinairement choisies à cause de quelque particularité intéressante et que l'on juge devoir indiquer un résultat plus favorable que le résultat moyen réel, mais sur des faits tels qu'ils se présentent, suivant les caprices du hasard, dans la pratique journalière sur la réunion de tous ces faits publiés ou non. Cette statistique a donc l'avantage de montrer le résultat moyen réel de la pratique autant que des chiffres peuvent le faire, et ces chiffres sont, on en conviendra, fort suffisants pour montrer la vérité de la thèse que je soutiens.

Dans la statistique de Norris, la fémorale a été liée, pour anévrysme, cent quatre-vingt-huit fois; il y a eu quarante-six décès, c'est-à-dire 24,46 pour 100, ou, en nombre rond, environ un quart. Sur les soixante-dix-sept ligatures de la fémorale, pour anévrysme poplité, il y a onze décès; mais pour comparer ces chiffres avec ceux de la statistique de Norris, qui comprend des ligatures de la fémorale pour anévrysmes fémoraux, il faudrait y ajouter les dix faits de notre statistique dans lesquels cette opération a été faite sans compression préalable, sur lesquels il y a deux morts. Cela donne quatre-vingt-sept cas avec treize morts ou 14,94 pour 100. Le chiffre de la mortalité est étonnamment faible, et bien plus encore pour la gangrène. Je ne trouve, dans notre statistique, que trois cas où cette circonstance se soit présentée : une fois l'amputation fut pratiquée et le malade mourut; une fois le malade mourut de gangrène après hémorrhagie secondaire et la ligature de l'iliaque externe; une fois l'amputation fut faite avec succès. Il est possible que le cas malheureux, pour lequel la cause de la mort n'est pas indiquée, soit un quatrième exemple de gangrène, et il est certes possible que, dans quelques rares cas de guérison, un orteil ou une portion limitée du pied se soient mortifiés, et ce fait n'a pas été noté; mais il faut accepter la même probabilité pour la statistique de Norris, cela ne fait pas l'ombre d'un doute. Le fait n'est noté que dans un seul cas, un seul, de la statistique de Norris, le n° 16. Ainsi donc, dans notre statistique, la gangrène se montre trois fois, au plus quatre fois seulement sur quatre-vingt-sept cas, et se termine fatalement deux ou trois fois, tandis que dans la table de Norris qui renferme environ deux fois autant de cas, elle se montre trente et une fois et se termine au moins trente-trois fois par la mort.

Une autre circonstance digne de frapper l'attention et révélée par notre statistique, est l'absence absolue de suppuration mortelle du sac, il n'en est du moins fait mention nulle part; cependant je n'insisterai pas sur l'absence de cas de suppuration mortelle, car j'ai la conviction que, dans les cas qui se sont terminés par la guérison, cet accident peut avoir passé inaperçu. Mais la table de Norris indique six morts dues à cette cause, outre dix cas qui se sont terminés par la guérison.

La même observation peut être faite pour l'hémorrhagie secondaire. Elle causa trois fois la mort directement ou indirectement, et elle est indiquée une fois parmi les cas de guérison. Elle peut, sans doute, s'être produite dans d'autres cas terminés heureusement, mais il est probable qu'elle ne fut pas très-abondante, car certainement ce fait eût été noté. D'après la table de Norris, douze fois elle causa la mort et douze fois elle fut suivie de guérison, une fois au prix de la perte du membre.

D'après ce qui précède, nous avons de bonnes raisons de croire que la ligature de la fémorale réussit plus souvent de nos jours qu'autrefois. On doit se rappeler que la statistique de Norris, publiée en 1849, se compose de toutes les observations qu'il a pu réunir depuis la première opération de John Hunter, en 1785, jusqu'en 1848. Elle fait voir, aussi exactement que possible, ce qu'étaient les risques du traitement chirurgical des anévrysmes poplités, avant que l'introduction de la compression fût venue compliquer la question, et elle fait suffisamment voir combien ces risques étaient grands. Mais, en discutant cette question et en employant ces faits pour les comparer aux résultats de la compression, des écrivains, et j'ai fait tout comme eux, ont omis de tenir compte des perfectionnements que l'expérience a introduits dans l'opération de Hunter. Les chirurgiens sont aujourd'hui plus exercés à la dissection qu'ils ne l'étaient alors. Nous avons appris non-seulement à éviter les violences que Hunter et les autres faisaient subir alors à la veine en la comprimant dans la ligature, mais nous avons appris en grande partie, grâce à M. Syme, à éviter soigneusement de dénuder et de confondre ce vaisseau, même de la manière la plus légère, pendant la dissection. Aujourd'hui également on dénude et on manipule moins l'artère que ne le faisaient alors nos meilleurs opérateurs. Et, par-dessus tout, il n'y a pas de doute que l'emploi du chloroforme, en permettant au chirurgien de procéder à la dissection avec la même tranquillité et avec le même calme sur le vivant que sur le cadavre, n'ait largement contribué à rendre la ligature plus facile, tout en évitant une dénudation et des lésions inutiles.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Badal.

Blessures de l'œil. — Énucléation. — Amputation de l'hémisphère antérieur. — Prothèse oculaire (1).

III

L'œil artificiel est une petite coque d'émail, mince et parfaitement polie, convexe à sa face antérieure, concave à sa face postérieure, elliptique dans le sens transversal, et dont l'aspect général

(1) Fin. — Voir les numéros des 28 et 30 mars.

est celui de la partie visible de l'hémisphère antérieur de l'œil. La pièce est maintenue en place par la seule pression des paupières.

Pour beaucoup de personnes que leur position sociale oblige à dissimuler une infirmité grave, l'œil artificiel est un objet d'absolue nécessité. Mais ce n'est pas là le seul avantage de la protbèse oculaire.

La coque d'émail est encore d'un grand secours et souvent même constitue le seul moyen efficace, pour prévenir ou guérir certaines affections consécutives à la perte de l'œil ; de ce nombre sont :

1° L'affaissement des paupières, leur renversement en dedans, et le contact irritant des cils sur la muqueuse oculaire ;

2° L'épiphora, dû à ce que les larmes ne trouvent plus, comme à l'état normal, une surface convexe et lisse pour les conduire aux points lacrymaux ;

3° Les éblouissements gênants, douloureux même, que provoque chez certains sujets l'éclat d'une lumière trop vive, lorsque la cornée, bien qu'à peu près détruite, laisse encore passer quelques rayons lumineux. La pièce artificielle agit, en pareil cas, comme écran;

4° Enfin, chez les enfants, le point d'appui que la coque d'émail fournit à la cavité orbitaire et aux paupières prévient la déformation de la face et le rétrécissement de la fente palpébrale.

L'emploi de l'œil artificiel est indiqué :

1° A la suite de l'extirpation de l'œil, de l'énucléation du globe, de l'amputation de l'hémisphère antérieur et de l'ablation de staphylômes ;

2° Dans l'atrophie et la phthisie de cause accidentelle ou pathologique : blessures, perforations suite d'ophthalmies, maladies des membranes internes ;

En un mot, toutes les fois qu'il y a réduction de volume de l'organe, et par conséquent difformité.

Les conditions les plus favorables à la bonne adaptation d'un œil artificiel sont :

1° Une faible réduction du volume de l'œil;

2° L'intégrité de la conjonctive ;

3° La disparition du tissu de la cornée, qu'elle soit le fait de l'atrophie ou d'une opération.

Lorsque ces circonstances se trouvent réunies, la coque d'émail s'adapte si parfaitement à ce qui reste de l'œil, qu'elle suit le moignon dans ses excursions les plus étendues. Sous ce rapport, la dernière de nos opérées peut être citée comme exemple : à quelque distance, l'illusion est complète.

Bien que ces conditions de réussite ne puissent être toujours réalisées au même degré, l'emploi de l'œil artificiel n'est pas pour cela contre-indiqué.

On obtient des résultats encore satisfaisants dans les cas d'atrophie prononcée du globe. Chez le jeune garçon que voici, dont l'œil se trouve réduit de moitié par suite de la blessure dont je vous ai parlé, j'ai mis en place pour la première fois, et à titre d'essai seulement, un œil artificiel que je viens de choisir, un peu au hasard ,parmi les pièces de cette collection ; la mobilité est très-suffisante, et, bien que la ressemblance avec l'autre œil soit loin d'être parfaite, vous voyez qu'à distance on pourrait presque s'y tromper.

A la suite de l'énucléation du globe, la masse charnue formée par la conjonctive bulbaire, les muscles de l'œil et la capsule de Ténon, peut encore imprimer à la coque d'émail, par l'intermédiaire de la conjonctive du cul-de-sac et des tarses, des mouvements qui, quoique limités, suffisent à prévenir toute apparence de strabisme, si le sujet sait prendre l'habitude de tourner la tête à droite ou à gauche, lorsqu'il lui faut regarder dans l'une ou l'autre de ces directions. Notre jeune abbé a très bien saisi cette indication; quand il s'observe, il dissimule parfaitement son infirmité.

Les cas les plus défavorables sont ceux où il a fallu, pour une raison quelconque, enlever en même temps que l'œil les parties molles qui remplissent la cavité orbitaire. La pièce artificielle est alors complétement immobile et, de plus, mal soutenue.

Un des principaux obstacles que rencontre la prothèse oculaire consiste dans l'existence d'un symblépharon ou de brides cicatricielles qui interrompent la continuité du cul-de-sac conjonctival. Une heureuse combinaison de forme et d'échancrure permet quelquefois, en pareil cas, l'emploi d'une pièce artificielle ; mais le plus souvent l'habileté de l'artiste et la patience du malade viennent échouer contre une intolérance absolue.

Une application prématurée de l'œil artificiel, comme cela n'a que trop souvent lieu chez des opérés pressés de regagner leur résidence, est une cause fréquente d'insuccès.

Le moignon encore sensible s'irrite, le corps papillaire s'hypertrophie, et, si les malades ne s'arrêtent pas à temps, le cul-de-sac conjonctival se rétrécit peu à peu au point de finir par ne plus permettre l'introduction de la coque d'émail.

Ce n'est guère que quinze jours ou trois semaines après une énucléation, un mois ou six semaines après l'ablation d'un staphylôme, qu'on doit essayer la pose de la première pièce.

Il est toujours prudent, surtout si l'atrophie du globe remonte à une époque éloignée, et fait craindre par là même un rétrécissement de la cavité oculo-palpébrale, d'essayer en premier lieu d'une pièce relativement petite : on habitue ainsi peu à peu les parties molles au contact de l'œil artificiel. Cette première pièce sera gardée deux, trois ou quatre heures par jour, et, quand la tolérance sera bien établie, on essaiera d'une pièce plus volumineuse, en augmentant progressivement jusqu'à ce qu'on soit arrivé à un résultat satisfaisant.

Les personnes que leur éloignement des grandes villes oblige à se contenter de l'œil artificiel qui leur est expédié par un fabricant, obtiennent bien difficilement une adaptation parfaite, quelque détaillés que soient les renseignements donnés par correspondance. Cela vaut mieux que rien néanmoins, à la condition cependant que la pièce soit bien tolérée.

En pareil cas, le médecin de la famille est généralement consulté sur la manière d'introduire et d'extraire l'œil artificiel ; il est bon d'avoir quelques notions à cet égard.

Introduction. — La coque d'émail étant saisie dans le sens de son diamètre transversal, entre le pouce et l'index de la main droite, de telle sorte que l'extrémité nasale de la pièce, en général la plus petite, se trouve au côté interne, la main gauche est placée sur le front et l'extrémité des doigts indicateur et médius, dirigés en bas, soulève la paupière supérieure.

L'œil est alors glissé sous cette paupière ; lorsqu'il est aux trois quarts introduit, on le maintient en posant dessus un des doigts de la main gauche, et la main droite, devenue libre, abaisse la paupière inférieure, derrière laquelle va se loger le bord correspondant de la pièce.

Extraction. — L'extraction est plus facile : un des doigts de la main gauche abaisse la paupière inférieure, de façon à mettre à découvert le bord inférieur de la coque d'émail, au-dessous duquel on glisse la tête d'une forte épingle, ou d'un petit crochet spécial, tenu de la main droite. L'œil artificiel est alors soulevé, attiré en dehors, et saisi avec les doigts, à moins qu'on ne le fasse tomber sur un mouchoir ou tout autre linge.

Il ne faut pas oublier que la coque d'émail est mince et fragile. En raison de son petit volume et de son poli, elle glisse facilement entre les doigts. On devra donc l'introduire et l'extraire avec les plus grandes précautions.

L'entretien des yeux artificiels demande quelques soins, d'ailleurs faciles à prendre.

On met la pièce le matin, et le soir, en se couchant, on la retire. Après l'avoir essuyée sur les deux faces avec une éponge mouillée, on la place dans un verre d'eau, ou, ce qui vaut mieux, dans du papier de soie.

De cette façon, un œil artificiel peut durer six mois, huit mois et jusqu'à un an.

L'usure n'est pas la même chez tous les malades ; elle dépend

du nombre d'heures pendant lequel l'œil est porté chaque jour, de l'action plus ou moins corrosive des larmes, des soins donnés à la pièce, etc. Dès que l'émail devient terne et rugueux, l'œil doit être remplacé, sinon on voit apparaître une sécrétion muco-purulente bientôt suivie du développement de fongosités.

REVUE DE LA PRESSE.

Tumeur hydrorachidienne congénitale de la région lombaire, recouverte, en guise de queue, d'une longue et épaisse chevelure. Guérison de la tumeur par la compression, par Rizzoli (*Annales de la Soc. méd. chir. de Liége*). — Il s'agit d'une petite fille, née au mois de juillet 1871 de parents très-robustes. La mère avait eu antérieurement six autres enfants bien conformés. Rien d'anomal pendant la grossesse et l'accouchement. Immédiatement après la sortie de l'enfant, on s'aperçoit que cette dernière, quoique bien développée et vigoureuse, porte, au niveau de la région des lombes, une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de poule, molle, recouverte de derme à l'état normal, mais ornée d'une touffe de cheveux. Quinze jours plus tard, Rizzoli reconnaît une tumeur hydrorachidienne développée à travers les quatrième et cinquième vertèbres lombaires.

Les cheveux, de couleur très-semblable à ceux de la tête, sont très-fins et très-blonds, et ont une longueur de 8 centimètres. Les apophyses épineuses des quatrième et cinquième vertèbres lombaires manquent totalement : à droite, les portions divisées de l'axe vertébral sont poussées en dehors, ce que l'auteur attribue à l'absence de fusion postérieure des deux moitiés de vertèbres.

La tumeur était transparente dans toute son étendue ; l'exploration avec le doigt montre que la portion inférieure de la moelle ne fait pas hernie à travers la lacune vertébrale. Aucune trace de vaisseaux ou de nerfs d'un certain calibre. La peau qui recouvre la tumeur est intacte.

Rizzoli se décide à employer la *compression*, qui, tout en favorisant l'absorption du liquide accumulé dans la poche hydrorachidienne, a pour effet de repousser en dedans, graduellement et avec les précautions convenables, et replacer dans leur direction normale les deux parties osseuses flexibles des anneaux vertébraux. Il adapte sur la tumeur un coussinet, formé à l'intérieur d'une lamelle de plomb, convenablement recouverte et modelée de manière à pouvoir comprimer la poche sur tous les points de la surface. Ce coussinet est maintenu solidement au moyen d'une ceinture de cuir, modérément serrée, et destinée à être resserrée petit à petit chaque fois qu'elle se relâche.

Sous l'influence de ce traitement, d'ailleurs bien supporté, la tumeur disparaît complètement au bout d'une année. Les saillies osseuses se replient dans leur direction normale : les portions restantes des deux vertèbres correspondantes se réunissent dans la profondeur au moyen d'un tissu fibreux très-consistant. Après la guérison, les cheveux implantés sur la tumeur se sont allongés de plus en plus, ont pris des racines plus profondes, ont conservé, comme les cheveux de la tête, leur couleur châtain et forment une queue s'étendant de la région lombaire jusqu'au jarret. La longueur de cette queue est de 32 centimètres et la croissance en continue. État général très-satisfaisant. Les extrémités inférieures sont bien développées. — (*Journ. d'ocul.*)

L'hydrate de chloral dans l'incontinence nocturne d'urine. — Le docteur Vecchitti rapporte cinq observations d'incontinence d'urine, chez des enfants de six à douze ans, guérie par 50 grammes d'hydrate de chloral, pris *le soir* avant de se coucher. Il pense que dans l'incontinence nocturne idiopathique dépendant d'une hyperesthésie de la vessie, le chloral agit à titre d'anesthésique du grand sympathique. — (*Lancette belge.*)

Iodoforme inodore. — L'éther dissout l'iodoforme et le prive de son odeur désagréable. Si on étale cette solution à l'aide d'un pinceau, elle abandonne, après évaporation de l'éther, sur la surface qui l'a reçue, une couche uniforme et sans odeur. — (*Lancette belge*).

Nouvelle variété anatomique de phlegmatia alba dolens survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde. — A la *Société anatomique*, M. Leroux, interne des hôpitaux, a rapporté une observation ayant trait à une phlegmatia alba dolens, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde, et dont l'origine était une phlébite des veines ischiatiques et fessières, développée au niveau d'une vaste eschare de la région sacrée.

Il s'agissait d'une jeune fille entrée dans le service de M. Dumontpallier pour une fièvre continue à forme adynamique. Vers la fin du troisième septénaire, on vit se développer rapidement une eschare sacrée, et, onze jours après, apparaître un œdème qui, débutant par le membre inférieur gauche, envahit, en quarante-huit heures, le côté opposé.

La malade succombe à l'adynamie, et, à l'autopsie, on trouve au niveau de l'eschare, une phlébite portant à droite et à gauche sur les veines fessières et ischiatiques et, partant de ce point, une thrombose ascendante, qui gagne successivement l'hypogastrique, la veine iliaque primitive et enfin les veines du membre inférieur. Les caillots étaient d'autant plus récents qu'on s'éloignait davantage de l'eschare.

La phlegmatia alba dolens, survenant dans le cours ou au déclin de la fièvre typhoïde, a été signalée depuis longtemps déjà par Louis dans son *Traité de la fièvre typhoïde*, par Chomel, dans sa *Clinique*, par Forget, en 1841.

Trousseau, vers 1846, en cite un cas survenu au troisième septénaire ; Gigon en rapporte plusieurs exemples, ainsi que Virchow, dans son mémoire sur la thrombose. Leudet (*Archives génér. de méd.*, 1858), dans ses recherches anatomiques et cliniques sur les hydropisies compliquant la fièvre typhoïde, s'occupe surtout de l'œdème en général, consécutif soit à l'albuminurie, soit à l'adynamie, sans s'inquiéter beaucoup de l'état des vaisseaux ; enfin les auteurs classiques, Trousseau, Grisolle, Jaccoud, etc. et ceux qui récemment ont traité cette question, citent la phlegmatia alba dolens parmi les complications de la fièvre typhoïde. Laissant de côté les anciennes théories, telles que celle de la métastase de Mauriceau chez les nouvelles accouchées, celle qui faisait dépendre l'œdème d'une affection des voies lymphatiques, comme le croyait Charles White, ou d'une sorte d'hydro-phlegmasie du tissu cellulaire, comme Hull et Rayer. Nos auteurs classiques considèrent l'œdème comme consécutif à une oblitération veineuse par des caillots plus ou moins prolongés.

Dans cette théorie de l'oblitération veineuse, inaugurée par Davis et bien démontrée anatomiquement par Bouillaud, Velpeau, Cruveilhier et Trousseau, chez la femme enceinte récemment accouchée, on attribue la coagulation du sang à deux causes principales : tantôt c'est une phlébite ascendante, qui, née de la plaie utérine, amène l'oblitération secondaire des veines du membre inférieur ; tantôt la coagulation résulte de l'union de deux conditions favorables à son développement : l'altération du sang (inopexie), et le ralentissement de son cours, conséquences de la débilitation.

Pour la phlegmatia alba dolens qui complique la fièvre typhoïde, la seule explication donnée jusqu'ici est l'altération inopexique du sang, que provoque la débilitation du sujet : mais on n'a point encore cherché, pour le cas particulier, d'autres causes à la coagulation veineuse que celle qui préside à son développement chez un tuberculeux, chez un cancéreux par exemple.

Or l'observation présentée et le résultat de l'autopsie paraissent devoir étendre le cadre des lésions anatomiques qui peuvent être le point de départ de cette complication, puisque la cause en a été une phlébite des veines fessière et ischiatique, développée au niveau de la plaie sacrée ; de la même manière que, chez une accouchée, elle se produit au niveau de la plaie utérine.

Il semble donc que, désormais, il y ait également lieu de donner à la phlegmatia alba dolens qui complique la fièvre typhoïde, deux origines distinctes : la première, reconnaissant pour cause une

coagulation spontanée, favorisée, là comme ailleurs, par la débilitation, l'inopexie; la seconde, ayant pour origine une phlébite développée au niveau d'une eschare, comme le démontre le fait que nous venons de rapporter. — (*Progr. méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques : M. Douvillé, docteur en médecine, vice-président de l'Association philotechnique, est nommé officier de l'instruction publique.

MM. les docteurs Astier, Guichet, Fredet (de Clermont-Ferrand), de Nozeille, pharmacien principal de la marine, sont nommés officiers d'académie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Léon Henriot est délégué dans les fonctions de préparateur du laboratoire de pathologie chirurgicale (emploi nouveau).

Le Doyen rappelle à MM. les Étudiants que, par suite des vacances de Pâques, il ne sera reçu aucune inscription après le 17 avril. MM. les Étudiants qui n'ont pas encore le diplôme de bachelier ès sciences doivent néanmoins prendre l'inscription du trimestre avant l'époque susindiquée.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Morat est nommé professeur de physiologie.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Tédénat est délégué, pour un an, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies des enfants.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Bernheim, agrégé, est chargé du cours de clinique interne, en remplacement de M. Hirtz, décédé.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Moniez (Romain-Louis), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de zoologie et de botanique, en remplacement de M. Hallez, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. le docteur Friant, licencié ès sciences, est chargé, pendant l'année scolaire 1877-78, d'une conférence de zoologie.

— *École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.* — M. Lemarié, bachelier ès lettres et ès sciences, est institué préparateur des cours de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Domergue.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Trolard, chargé du cours de physiologie et d'anatomie, est nommé professeur titulaire.

M. Batandier, pharmacien de 1re classe, chargé du cours d'histoire naturelle et de matière médicale, est nommé professeur titulaire.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Raymond est institué suppléant aux chaires de pathologie externe, de clinique externe et d'accouchement pour une période de neuf années.

— *École de médecine de Reims.* — M. Luton, professeur de pathologie externe, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, vacante par la démission de M. le docteur Thomas.

— M. le docteur Leroy de Méricourt est nommé médecin titulaire de l'Opéra, en remplacement du docteur Levrat, décédé.

M. le docteur Chéron est nommé médecin suppléant de l'Opéra, en remplacement de M. Leroy de Méricourt.

— Sont nommés médecins du théâtre des Menus-Plaisirs : MM. les docteurs Gondouin, Vivien, Viat, Lebel, Lagoguey, Chabert, Beclère, Decorie, Chautemps, Bourgeois, Schloss, Chambard, Landois, Caresme et Pérussel.

— *Erratum.* — Dans notre numéro du 26 mars, page 287, 1re col., 9me ligne, au lieu de « en remplacement de M. Spillmann décédé » il faut lire : *démissionnaire.*

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 42. — MARDI 9 AVRIL 1878. 51e ANNÉE. MARDI 9 AVRIL 1878. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les signes physiques des folies raisonnantes (1).

V

L'état mental de Sandon, d'après tous les documents authentiques que j'ai recueillis, rapprochés, analysés ou résumés, se dessine donc, ainsi qu'on vient de le voir, de la manière la plus nette. Le désordre de son esprit est manifeste : illusions étranges, interprétations erronées, suggestions imaginaires, inventions maladives, exaltation orgueilleuse, perversion du sens moral, tout se trouve réuni chez lui. Personne n'est à l'abri de ses mensonges, de ses injures ou de ses violences, pas même les médecins qui sont appelés à statuer sur son état mental, bien qu'il les accable de protestations d'estime et de confiance.

Le 7 novembre 1862, il s'adresse à l'un des experts et le prie de hâter le dépôt du rapport médico-légal, et, dans la même lettre, sans transition, il le charge de lui acheter un cours de langue allemande dont il lui indique l'auteur, l'éditeur et le prix, puis il se laisse aller jusqu'à faire entendre cette menace singulière : « On me demande un récit de l'entrevue avec les trois médecins. Je veux votre avis avant de le donner ; c'est Me Dufaure lui-même qui doit venir le prendre, avant de placarder votre nom à tous les coins de la publicité, suisse, belge, anglaise, allemande, italienne, européenne. Enfin, j'ai dû vous en prévenir. » Ces derniers mots témoignent bien de cette idée fixe qui domine toute la conduite et toutes les facultés de Sandon, c'est que la France et l'Europe n'ont pas de préoccupation plus grave que celle de sa propre personne et du sort qui lui sera fait.

Le 18 novembre 1862, MM. Foville père, E. Blanche et Tardieu signent et déposent au parquet du tribunal de première instance de la Seine leur rapport médico-légal, concluant en ces termes :

1° Le sieur Léon Sandon est atteint d'aliénation mentale, caractérisée par un délire ambitieux et des idées fixes, ainsi que par une perversion absolue et complète des facultés morales et affectives ;

2° La maladie du sieur Sandon a fait depuis un an, et malgré l'état de liberté dans lequel il a vécu, de notables progrès ; et la tendance manifeste qui existe vers la démence, aussi bien que les phénomènes physiques qui se produisent du côté des centres nerveux, doivent faire considérer cette maladie comme incurable ;

3° L'état du sieur Sandon est de nature à lui enlever complétement la conscience et la responsabilité de ses actes, et le rend par cela même dangereux, non-seulement pour lui-même, mais pour l'ordre public et la sûreté des personnes ;

4° Il y a lieu, en conséquence, de le placer et de le maintenir dans un asile spécialement consacré au traitement des aliénés.

Une ordonnance de non-lieu est rendue le 29 novembre 1862. Sandon est remis à la disposition de M. le préfet de police, qui, cette fois, résiste au ministre de l'intérieur et ordonne le placement d'office à la maison de Charenton. Le malade y est conduit dans la journée du 2 décembre.

Le 3 décembre, Sandon comprend la gravité de la situation qui lui est faite, change aussitôt de tactique, se compose une physionomie nouvelle, prend les apparences du calme, de la bonhomie, de l'étonnement et de la résignation, et dissimule habilement son état. M. Rousselin, médecin-adjoint, rédige en ces termes le certificat immédiat exigé par la loi : « Est actuellement dans un état mental qui ne permet pas de constater l'aliénation mentale, si elle existe chez lui. Cet individu a été amené à Charenton sans aucun renseignement sur ses antécédents, et il serait à désirer qu'ils fussent communiqués, si toutefois il en existe. »

Ce certificat dubitatif, si inattendu, est à lui seul un argument précieux. Il réduirait à néant, s'il en était besoin, la prétendue connivence entre le ministre de l'intérieur, les médecins-experts, le préfet de police et le service médical de Charenton. La presse a maintes fois parlé d'enlèvement, de disparition subite, d'ordres donnés, de cris étouffés dans un cabanon, de lettre de cachet, d'infamie mystérieuse, de geôliers complaisants, de médecins achetés au poids de l'or, d'oubliettes discrètes, de lâche attentat, etc.; eh bien! l'on reconnaîtra tout au moins que le médecin-adjoint de Charenton, l'un des intéressés nécessaires de la fameuse coalition de l'administration, de la magistrature et de la médecine aliéniste, a bien mal exécuté sa consigne et que l'on a eu grandement tort de lui donner autant d'argent!

Le 18 décembre, M. Calmeil, médecin en chef, en face de l'attitude persistante, mais déjà moins étudiée, de Sandon, constate ce qui suit : « Ne nous a pas offert de signes patents d'aliénation mentale depuis qu'il est soumis à notre observation. Nous sommes frappés toutefois du peu de vraisemblance de plusieurs de ses écrits, de ses assertions, de ses appréciations. Nous sommes également frappés du contraste qui nous paraît exister entre le niveau de ses qualités morales et l'importance qu'il semble attacher à sa propre valeur intellectuelle. »

30 décembre. — Sandon, qui a fait parvenir une protestation au tribunal de première instance de la Seine et une pétition au Sénat, continue à faire de très-grands efforts pour donner le change sur sa véritable situation intellectuelle. Aussi, M. Calmeil dit-il simplement : « Nous l'avons examiné à différentes reprises pendant

(1) Suite. — Voir les nos des 5, 12, 21 mars et 2 avril.

plus de quinze heures. Ses discours ont toujours été parfaitement suivis. Quelques-unes de ses assertions nous ont paru manquer de certitude et même de vraisemblance. Le niveau du sens moral ne nous semble pas être chez lui à la hauteur des facultés mentales. »

30 janvier 1863. — Sandon commence à ne plus jouer aussi bien son rôle et déjà il se fait pressentir et deviner. M. Calmeil devient plus affirmatif, à en juger par cette déclaration : « Fait tenir à quelques personnes un langage qu'elles renient. Il est souvent à côté de la vérité, tient sur des hommes qu'il ne connaît pas des propos insultants et se figure que l'empereur se préoccupe de *son affaire* et du scandale qu'elle ne manquera pas de soulever.

« M. Sandon accuse dans la jambe gauche des douleurs qui se réveillent à des intervalles variables et qui sont assez pénibles à supporter. »

19 février. — A la séance du Sénat, M. Tourangin lit un long rapport sur la pétition de Sandon et termine ainsi :

« Si le pétitionnaire jouissait de sa raison, il devrait être considéré comme un homme d'une honteuse perversité.

« Les faits que nous avons exposés nous ont paru suffisants pour fixer votre opinion sur la pétition qui vous est soumise. Ces faits contiennent deux enseignements : ils prouvent d'abord que, lorsque l'ambition et la cupidité ont jeté l'homme hors des voies de l'honnêteté, elles peuvent le conduire jusqu'à la folie. Ils prouvent aussi que le caractère le plus honorable et les plus éminents services ne peuvent pas mettre l'homme public à l'abri des injures et des calomnies des méchants et des fous.

« Votre commission, à l'unanimité, vous propose de repousser par l'ordre du jour la pétition du sieur Sandon. » — Le Sénat prononce l'ordre du jour (1).

Après le résultat négatif de sa pétition au Sénat, Sandon écrit un nombre extrêmement considérable de lettres à l'empereur, à l'impératrice, au prince Napoléon, aux ministres, aux sénateurs, aux députés, aux conseillers d'État, aux membres du conseil de l'ordre des avocats, et, il faut le dire à l'honneur de M. Calmeil et à la louange de l'administration de la maison de Charenton, toutes les lettres remises par le malade sont envoyées et parviennent à leur adresse.

28 février. — Sandon se livre maintenant tel qu'il est et M. Calmeil accentue de plus en plus ses appréciations : « Quelquefois, dit-il, M. Sandon est rêveur ; quelquefois il s'exalte, se met à parler avec volubilité, et, dans ces moments, il se sert d'expressions violentes. Selon lui, tous les hommes sont sans honneur, sans probité. Les juges, les hommes d'État, les médecins, sont des misérables souillés de turpitude. Il est sans cesse à côté de la vérité, en parlant de ses amis, de ses ennemis ; il fait des sorties violentes contre le Sénat. »

La séquestration de Sandon préoccupe vivement l'esprit public, la presse se passionne et propage les bruits les plus absurdes. Le gouvernement est soupçonné.

Au Corps législatif, un avocat député se décide à présenter un amendement à l'adresse, demandant à l'empereur d'empêcher ses ministres de faire enfermer arbitrairement les gens qui les gênait. M. Billault espère un instant voir un adversaire provoquer un débat retentissant au sujet de l'affaire Sandon ; il va enfin pouvoir éclairer tout le monde et infliger un châtiment à la calomnie, mais le député n'ose pas soutenir son amendement et il le retire.

Au Conseil d'État, une double plainte de Sandon contre M. Billault et contre M. Boitelle, préfet de police, est examinée à deux reprises différentes et est l'objet de rejets motivés.

31 mars. — Le tribunal de première instance de la Seine, qui, après avoir reçu la protestation de Sandon, avait commis trois nouveaux médecins-experts, reçoit de MM. Parchappe, Mitivié et Baillarger, un rapport médico-légal extrêmement étendu. En voici les conclusions :

1° M. Sandon est actuellement atteint de folie caractérisée par des conceptions fixes, fausses et délirantes, par des illusions habituelles, par une perversion morbide du sens moral, avec exaltation des sentiments d'orgueil, de haine, de vengeance, et un penchant au suicide ; et par un affaiblissement très-prononcé du jugement équivalant à la perte du sens commun ;

2° Cet état de maladie a existé sans interruption de la fin de 1859 jusqu'à ce jour, augmentant graduellement d'intensité, de manière à exprimer actuellement une tendance manifeste à la démence ;

3° Cet état de maladie a eu pour effet, depuis le jour où il s'est manifesté chez M. Sandon, de le priver de sa liberté morale et de le rendre légalement irresponsable de ses actes ;

4° Le trouble morbide de la raison chez M. Sandon doit être rapporté par sa nature à l'un de ces états d'aliénation mentale qui doivent faire considérer comme dangereux les individus qui en sont atteints, et, en fait, a constitué dans le passé et constituerait dans l'avenir un danger pour l'ordre public, pour la sûreté des personnes et pour sa propre sûreté, par les délits de toute sorte, par les projets de vengeance violente, et par les tentatives de suicide auxquels il s'est tant de fois laissé entraîner, et contre la reproduction desquels l'altération plus profonde de ses facultés intellectuelles et morales offrirait moins de garantie que jamais.

Il y a lieu, par conséquent, de maintenir M. Sandon, en tant qu'aliéné dangereux, à l'état de séquestration d'office dans un asile spécial d'aliénés.

21 avril. — Un avocat à la cour de cassation ayant publié à l'étranger un mémoire en faveur de Sandon, le conseil de l'ordre, dont l'indépendance est si universellement reconnue, s'émeut, délibère et prend la décision suivante :

« ..... S'il n'est possible d'admettre que Me D... ait eu la pensée d'altérer les faits à dessein, de surprendre la religion du juge, il a du moins fait preuve d'une légèreté coupable, en acceptant sans les contrôler, par l'examen attentif des pièces, les déclarations de son client ;

« Qu'en outre, en qualifiant certains actes du sieur Sandon, ainsi qu'il est fait aux pages 6 et 7 dudit mémoire, de simples indiscrétions, d'imprudence, d'erreur qui n'est pas crime, Me D... a méconnu les sentiments de délicatesse et d'honneur dont le langage de l'avocat doit toujours s'inspirer ;

« Que sous ces différents rapports Me D..., dans la rédaction de son mémoire, a manqué gravement aux devoirs que lui imposait son caractère d'avocat...

« Arrête : *la peine disciplinaire de la réprimande est prononcée contre Me D...* »

17 mai. — Me Jules Favre plaide la cause de Sandon, prononce un très-remarquable discours et réclame instamment la mise immédiate en liberté de son ancien confrère. Le tribunal décide le maintien du malade à Charenton.

5 juillet. — M. Calmeil, de plus en plus édifié sur l'état mental réel de Sandon, résume sa manière de voir dans le bulletin suivant : « Les aberrations fonctionnelles qui constituent le symptôme de sa maladie ont constamment présenté la même expression, les mêmes formes et les mêmes caractères, depuis que M. Sandon est confié à nos soins et soumis à notre observation. Il conserve la faculté de causer, d'écrire, d'exprimer ses idées d'une manière suivie, de discuter les opinions des autres, de soutenir et de colorer ses assertions avec plus ou moins d'habileté, d'une manière plus ou moins spécieuse. Ses récits n'ont le plus souvent que l'apparence de la vérité, par la raison qu'il prend à chaque instant les conceptions de son esprit, les créations de son imagination pour des vérités de fait et qu'il lui arrive, dès qu'il est embarrassé pour éclairer une circonstance, d'inventer des choses mensongères. Un grand nombre de ses convictions repose sur des données évidemment fausses et inconnues : ces convictions deviennent pourtant les mobiles de ses déterminations, et elles ont chez lui les caractères d'idées absolument fixes et dominantes.

« M. Sandon est habituellement doux et inoffensif pour les personnes qui forment son entourage, mais il ne supporte pas de contrariétés et il lui arrive de se laisser aller à de véritables débordements de propos injurieux, grossiers et injustes envers ceux qu'il accuse de contribuer à le priver de liberté et à le maintenir dans un

(1) *Moniteur universel*, 20 février 1863.

état qu'il qualifie de « criminelle oppression ». Il ne s'est jamais porté à aucune voie de fait sur les pensionnaires ni sur les serviteurs de l'établissement; il n'a jamais enfreint les règles de l'ordre et de la discipline; il a une haute opinion de ses moyens et de sa valeur personnelle; il est parfois triste, sombre, dans un état voisin du découragement; il menace de temps à autre d'attenter à ses jours, mais il n'a point fait de tentative de suicide à Charenton, où du reste il est surveillé de très-près.

« Il nous semble incapable quant à présent de se diriger raisonnablement par lui-même, et il est vraisemblable qu'il recommencerait bientôt, s'il était maintenant rendu à la liberté, à se compromettre par des lettres et par des actions dont il n'apprécierait point la gravité et la portée. »

20 août. — La cour impériale de Paris, sur les conclusions du procureur-général Cordoen, confirme le jugement du 17 mai. Sandon est donc définitivement maintenu à Charenton.

30 août. — Sandon est découragé. « Il lui passe par la tête, dit M. Calmeil, des idées de suicide. »

30 septembre. — Il recommence à écrire, à se plaindre, à injurier, à mentir.

30 décembre. — Ses propos et ses écrits sont injurieux. Il accuse. Il menace.

Un grand événement politique survient : M. Billault meurt. Le parquet, sur une lettre de Sandon, commet encore trois médecins-experts.

22 février 1864. — MM. Mitivié, E. Blanche et Calmeil déposent leur rapport. J'en relève les principaux passages : « Le désordre des facultés intellectuelles et morales dont est atteint M. Sandon est des plus graves et ne nous paraît pas susceptible d'une amélioration réelle et durable. Le début en remonte déjà très-loin, et nous n'espérons pas que la lumière se fasse jamais dans cet esprit profondément troublé.

« Nous sommes convaincus que, si M. Sandon est rendu à la liberté, il ne se conduira pas plus raisonnablement qu'il ne l'a fait jusqu'ici et qu'il ne pourra pas se plier à des habitudes régulières et exercer une profession, si simple et si facile qu'elle fût. Il continuera à rêver des positions chimériques et à accuser l'injustice des hommes de ses mécomptes et de son insuccès. Il ne se résignera pas à une situation modeste et paisible. Il recommencera ses démarches et ses importunités, et nous ne croyons pas qu'il puisse se maintenir longtemps dans la vie commune, Mais nous pensons que M. Sandon n'est pas actuellement un aliéné dangereux et que l'on pourrait, sans péril pour la sûreté des personnes et pour l'ordre public, essayer de le remettre en liberté.

« M. Sandon a un frère qui habite la province et qui se chargerait de le recevoir et de le surveiller. L'autorité continuerait de son côté à maintenir M. Sandon sous sa surveillance et prendrait les mesures que nécessiterait sa conduite ultérieure.

20 mars. — « Il sort de Charenton non guéri. » (Calmeil.)

En appréciant sagement et cliniquement la chose, on doit reconnaître que la mise en liberté constitue à la fois une fausse manœuvre administrative et une inutile faiblesse. Comment une concession peut-elle désarmer un fou raisonnant? Si M. Billault est mort, quelqu'un le remplace; eh bien! Sandon s'adressera un jour ou l'autre à celui-là. C'est fatal. La disparition inopinée du ministre de l'intérieur ne peut ni modifier ni guérir Sandon. La médecine mentale a des prévisions impitoyables.

Pendant un an, Sandon erre en liberté, sans contrainte aucune; il récrimine, sollicite et importune. Par les simples efforts d'un sens droit et au milieu du calme d'une saine raison, pouvait-il chercher à se refaire une position régulière? Non, il est réellement aliéné et il est constamment rejeté, par le fait de sa lésion pathologique, dans ce tourbillon de conceptions fausses et dans cette stérile agitation où devaient s'épuiser et s'éteindre les lueurs dernières de son intelligence compromise.

Le 31 mars 1865, Sandon adresse au Sénat une nouvelle pétition. Voici en quels termes il s'exprime : « Je vous demande, Messieurs les sénateurs, de déclarer que c'est par erreur et en violant la loi que M. Tourangin m'a diffamé le 19 février 1863; que c'est par une légèreté coupable que M. Haussmann m'a diffamé le 21 mai 1863, qu'une réparation morale et matérielle m'est due pour cette cause.

« La justice est plus populaire que la gloire, même en France, car elle s'adresse à des intérêts plus nombreux, plus réels, plus sacrés. La justice doit être notre gloire. »

9 mai 1865. — Sandon commet un acte absolument déraisonnable. Il intente un procès à MM. Tardieu, Foville père, E. Blanche, Mitivié, Parchappe et Baillarger, et il leur réclame six cent mille francs de dommages-intérêts. Si ce procès n'est qu'une occasion nouvelle de diffamation et de scandale, on reconnaîtra que Sandon a bien choisi ses adversaires, puisque ces derniers sont enchaînés par la loi du silence. S'il s'attaquait, au contraire, aux enfants de M. Billault — et il s'en garde bien — il rencontrerait une sérieuse contradiction et s'exposerait en même temps à une demande reconventionnelle. Mais avec des médecins qui ne relèvent que de leur conscience, qui procèdent en vertu d'une délégation officielle, qui ne peuvent pas se défendre, qui sont sans responsabilité (1) et qui doivent nécessairement faire défaut, il est assez facile d'occuper à son profit l'opinion publique et de se montrer irrité, brave et exigeant.

A l'audience, Sandon demande à plaider lui-même et il obtient aussitôt la faveur de défendre sa cause. Le tribunal a-t-il fait acte de faiblesse en n'obligeant pas Sandon à se pourvoir d'un avocat, conformément au droit commun, ou a-t-il fait acte d'impartialité? Les avis sont restés très-divisés sur ce point. En tout cas, Sandon prononce une plaidoirie agressive, violente et injurieuse contre l'administration, les médecins, les juges d'instruction, le procureur impérial, le préfet de police, les sénateurs, M. Tourangin, M. de la Guéronnière, etc., et il termine en déclarant que, relativement aux six cent mille francs de dommages-intérêts, il est décidé à se contenter de la somme qui sera fixée par la justice. Dans son exaltation acerbe, ce qu'il a le plus outragé, c'est la vérité.

Le tribunal, qui avait pu entendre un langage passionné, inique, et assister, impassible, à un véritable travestissement des faits, déboute Sandon de sa plainte, le condamne aux dépens et interdit le compte-rendu des débats. Sandon fait alors imprimer sa défense à Bruxelles et la fait distribuer en profusion à Paris. Dans ce pamphlet, il revient complaisamment sur le procès de Limoges, la plaidoirie de M. Billault et les douze mille francs d'honoraires remis au célèbre avocat de Paris, et, perdant absolument tout sens moral, il ajoute : « Et à moi il n'a rien donné ! »

29 mars 1866. — M. de Persigny, membre du conseil privé et ministre, écrit au chef du cabinet de l'Empereur la lettre suivante :

« Mon cher Conti,

« Voilà une affaire grave qu'il importe d'étouffer. La conduite de M. Billault a été inouïe. L'homme qui a été victime à ce point peut se laisser entraîner dans les mains des partis; nous pouvons avoir un scandale affreux. Il paraît qu'avec 20 ou 30,000 francs que M. Conneau se chargerait de prendre sur les fonds, on pourrait tout arranger. Il y a d'abord une iniquité épouvantable : il importe de la réparer.

« Mille compliments,

« PERSIGNY. »

Le signataire de cette lettre, trouvée plus tard dans les papiers saisis aux Tuileries, connaît évidemment très-peu la question, et il se hâte de porter un jugement bien prompt et bien sévère sur l'un de ses prédécesseurs. Toujours est-il que, soit par l'intervention officieuse du prince Napoléon, dont il se disait l'ami, soit par le

---

(1) L'article 75 de la Constitution de l'an VIII qui établissait l'impossibilité, sans l'autorisation préalable du conseil d'État, de poursuivre un fonctionnaire public ou un citoyen tenant son autorité d'un pouvoir public reconnu, au sujet des actes accomplis par lui dans l'exercice de son mandat, n'a été aboli, on s'en souviendra, qu'en 1870. Le médecin n'est plus couvert aujourd'hui et il doit donc pouvoir répondre, à l'occasion, des opinions qu'il a émises et des pièces qu'il a signées, soit à titre de fonctionnaire, soit à titre de citoyen temporairement fonctionnarisé.

fait de la demande de M. de Persigny, Sandon reçoit dix mille francs sur les fonds secrets ! Or, à mon avis, cet acte est d'une inqualifiable immoralité. Il n'a pas eu le prestige discret d'une aumône impériale, il a été un émargement indemnitaire. Le souverain n'a point obligé un malheureux ; c'est l'or des contribuables qui a fait taire une prétendue victime. La France ne s'est point fait honneur d'une libéralité gracieuse, elle a voulu éteindre une dette criarde et considérée comme honteuse. Mais alors Sandon n'est donc point un fou ? Si tous les médecins entendus dans l'affaire ne sont que des imposteurs, pourquoi ne les révoque-t-on pas ? Le gouvernement, en allouant dix mille francs à Sandon, a certainement accompli une mauvaise et lâche action.

22 septembre 1866. — Sandon est arrêté et conduit à Mazas. Il est accusé cette fois d'avoir poursuivi M. Rouher de ses obsessions, de ses injures et de ses violences ; d'avoir pénétré au château de Sercey et d'avoir réclamé au premier ministre l'argent et la place qui lui avaient été promis par lui ; d'avoir acheté et chargé un revolver et d'avoir publiquement menacé de mort M. Rouher, etc. L'aliéné raisonnant est bien dans le ton voulu. Rien n'est plus implacable que la fausse logique d'un délire systématisé. Que M. Rouher vienne à perdre son portefeuille demain, et Sandon s'attaquera après demain à celui dont le *Journal officiel* lui aura appris l'élévation. C'est absolument fatal, ainsi que je l'ai déjà fait entrevoir. La preuve la plus péremptoire, entre toutes, de l'insanité irrémédiable de Sandon, c'est la persécution exercée contre M. Rouher, peu de temps après la mort de M. Billault.

28 décembre — MM. Béhier, E. Blanche et A. Voisin, commis à l'effet de constater judiciairement l'état mental de Sandon, déposent un rapport se terminant ainsi : « Les soussignés ont constaté que cette fois, à propos des menaces adressées à M. le ministre d'État, M. Sandon a suivi la même marche, mis en œuvre le même ordre d'idées et employé les mêmes formules que celles dont il s'était servi lors des circonstances antérieures, et tout-à-fait analogues.

« M. Sandon, dans l'opinion des soussignés, est donc un aliéné. Ils pensent que la forme d'aliénation dont il est atteint doit être dénommée une « manie raisonnante », au milieu de laquelle certaine exagération orgueilleuse se fait jour.

« Le désordre est dans les actes et dans les conceptions, comme dans les espérances chimériques du malade, quelque sensés que paraissent les discours dont il est loin d'être avare. »

M. Douet d'Arcq, juge d'instruction, en face des termes de cette nouvelle constatation, rend une ordonnance de non-lieu.

Sandon sort de Mazas, promet de respecter la personne de M. Rouher, s'engage à ne plus écrire, à ne plus faire parler de lui et à se faire complétement oublier. Une main inconnue l'inscrit aussitôt pour une pension viagère de six mille francs sur la cassette impériale !

La police veille jour et nuit.

La folie fait peur.

MATERNITÉ DE L'HOPITAL COCHIN.

M. Lucas-Championnière.

De l'anesthésie obstétricale.

M. Lucas-Championnière, depuis qu'il est définitivement chargé du service obstétrical de l'hôpital Cochin, a institué, dans le service, l'anesthésie à titre d'application régulière et constante. Dans la communication qu'il a faite à la Société médicale des hôpitaux sur la demande de ses membres (voir n° du 28 mars 1878), M. Lucas ne parle que des cas simples et laisse de côté ceux d'opérations obstétricales avec anesthésie complète ; son travail repose sur une quarantaine d'observations.

Le but de l'anesthésie obstétricale employée d'une façon constante, régulière, est d'annihiler les souffrances sans déterminer la perte complète de la conscience. Il ne faudrait pas s'imaginer qu'on pût toujours obtenir ce résultat par un même procédé, avec les mêmes quantités de chloroforme et dans le même temps. En effet l'action du chloroforme varie, pour ces cas d'abord en vertu d'une disposition individuelle, puis avec la période du travail où l'anesthésie est entreprise. Dans certains cas, si l'on commence de bonne heure, on donne seulement de temps en temps quelques gouttes à respirer sur un mouchoir. La femme tient elle-même ce mouchoir et respire au moment où elle sent la contraction ; il survient un réel soulagement ; la femme en travail sent à peine l'acuité de la douleur et continue à causer avec les personnes qui l'entourent ; elle s'anesthésie elle-même en quelque sorte, arrivant ainsi peu à peu jusqu'à la dilatation complète, et l'accoucheur est averti par un appel plus pressant au chloroforme que la tête est à la vulve ; c'est à lui seul qu'il appartient de juger si à ce moment il faut augmenter la dose de chloroforme ou laisser la femme souffrir pendant cette dernière période. C'est là le type le plus simple, sinon le plus commun ; pour ce cas on a usé une très-petite quantité de chloroforme. Mais il est des femmes qui sont plus rebelles au chloroforme, surtout si on commence à le leur donner après qu'elles ont déjà cruellement souffert depuis une ou plusieurs heures ; elles n'accusent du bien-être que lorsque le chloroforme a été donné plus abondamment. Elles ne perdent pas connaissance, mais elles ont une tendance à l'assoupissement dont elles se rendent très-bien compte, et, dès que cette tendance cesse, elles demandent instamment de nouvelles inhalations de chloroforme. Elles restent habituellement silencieuses dans l'intervalle. Mais il faut avoir soin de ne pas donner du chloroforme à intervalles trop éloignés, sans quoi on serait obligé d'exagérer les doses pour obtenir une anesthésie suffisante. Grâce à cette précaution, on arrive ainsi jusqu'à la délivrance ; les femmes s'agitent et témoignent qu'elles sentent la contraction, mais sans accuser de fortes douleurs.

Enfin il est d'autres femmes qui se montrent plus réfractaires encore : ce sont celles chez lesquelles le travail commence alors que la poche des eaux est rompue depuis longtemps, lorsque l'utérus est dur et contracturé, ou lorsque le travail est très-avancé. Il faut, dans ces cas, donner d'emblée une proportion plus considérable de chloroforme, comme dans la méthode de Simpson, et pousser sans crainte les inhalations jusqu'à ce que la femme soit complétement assoupie. Ce n'est pas encore l'anesthésie chirurgicale, c'est le sommeil qui précède la période d'excitation ; si on prolonge ainsi ces inhalations pendant un quart d'heure ou vingt minutes, on peut ensuite prolonger la demi-anesthésie jusqu'à la fin du travail.

M. Lucas-Championnière pense que l'on peut rapporter tous les faits aux trois types principaux dont il vient de parler.

Le résultat le plus évident de la demi-anesthésie, ajoute M. Lucas-Championnière, est la suppression de la douleur et des phénomènes d'excitation qui l'accompagnent si souvent. Les contractions utérines ne sont pas supprimées, mais elles sont régularisées, elles s'espacent et deviennent efficaces. En réalité l'influence sur le travail est favorable ; il marche d'ordinaire rapidement, quelquefois même cette rapidité est vraiment surprenante.

Non-seulement cette anesthésie n'offre aucun danger, mais même, suivant M. Lucas-Championnière, elle est absolument sans inconvénients. Le travail n'est pas ralenti, quoi qu'on en ait dit, et l'enfant ne présente aucun accident de stupeur au moment de sa naissance. Les suites de couches sont meilleures, les forces se relèvent rapidement.

Un fait important, sur lequel insiste le chirurgien de la Maternité de Cochin, c'est que, si l'on veut se maintenir dans des doses minimes, il faut commencer les inhalations avant que la femme ait beaucoup souffert.

Y a-t-il des contre-indications ? Cela est probable, mais M. Lucas Championnière les croit excessivement rares. Ni les affections cardiaques, ni les affections pulmonaires, ne sont pour lui des contre-indications à l'anesthésie obstétricale.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Coursserant.

—

Amblyopie hystérique avec hémianesthésie.

Le cas suivant est la confirmation des troubles si intéressants observés à la Salpêtrière par MM. Charcot et Landolt chez les hystériques de cet hospice; il est même curieux à rapporter en raison de l'âge du sujet, car les malades de la Salpêtrière étaient, pour la plupart, des hystériques âgées et endurcies. Il montre une fois de plus par combien de points l'ophthalmologie se rattache à la pathologie générale et l'influence si fréquente des maladies nerveuses sur le fonctionnement de l'appareil sensoriel de l'œil.

Observation. — Mlle Pag..., âgée de seize ans et demi, demeurant à Paris, se présente pour la première fois à ma clinique le 17 septembre 1877. Elle se plaint de ne pouvoir pas travailler plus de quelques minutes sans éprouver immédiatement une grande fatigue dans les yeux, qui s'emplissent de larmes, deviennent rouges et lui occasionnent une cuisson souvent très-pénible.

Examinée à l'ophthalmoscope, elle est rapidement reconnue hypermétrope des deux côtés : l'anomalie de la réfraction, après atropine, donne Ht 3 dioptries (+ 1/12 ancien système).

Pendant l'examen par les verres, cette jeune malade dit très-positivement que, par instants, elle voit moins distinctement de l'œil gauche : les objets se voilent légèrement pour redevenir nets quelques minutes après. Comme la dilatation pupillaire était maxima par suite d'une quantité assez notable de collyre au sulfate neutre d'atropine, je crus pouvoir, à cette première visite, mettre ce léger accident sur le compte du mydriatique, comme cela s'observe assez souvent dans les examens de ce genre.

Huit jours après cette première inspection, la jeune malade revient me voir. Elle peut désormais travailler plusieurs heures sans se fatiguer, mais à gauche la vue se trouble encore subitement; de plus, elle ressent dans le fond de cet œil des sensations qu'elle ne peut pas bien définir. Disons ici que l'examen ophthalmoscopique nous avait primitivement démontré l'intégrité absolue des membranes profondes de l'œil et de ses milieux transparents. Enfin, elle accuse des picotements désagréables dans toute la moitié gauche de la face, avec sensation de chaleur et de froid alternativement.

En présence de ces réponses, je pensai à l'amblyopie hystérique et je recherchai l'état de la sensibilité. Tout le côté gauche est frappé d'anesthésie, sans paralysie ni contracture. La température, prise à la main et comparativement, est légèrement abaissée de ce côté. La face dorsale de la main gauche ainsi que la partie postérieure de l'avant-bras, dans une étendue de 15 centimètres environ, sont gonflées, mais sans œdème; la peau de ces régions est marbrée. L'anesthésie est complète sur tout le bras, l'avant-bras, le bord cubital et la face dorsale de la main. Tout le membre inférieur est en pleine anesthésie. A la face, l'anesthésie occupe le front, la paupière supérieure, la joue; le cuir chevelu est pris également. Le conduit auditif externe et le lobule de l'oreille présentent, au contraire, une vive hyperesthésie. Toutes les parties que nous venons d'énumérer offrent la même insensibilité au froid et à la chaleur.

Le goût et le tact sont abolis dans toute la partie gauche de la langue, depuis la base jusqu'à la pointe. L'ouïe est obtuse.

L'œil droit, lorsque l'œil est armé des verres ci-dessus indiqués, possède une acuité fine égale à 1; à gauche, avec le même verre, qui corrige l'anomalie, il existe une instabilité de l'acuité telle qu'il nous a été impossible de fixer une moyenne.

Le champ visuel est plus fixe. Pris à 30 centimètres comme nous en avons l'habitude, il donne un rétrécissement marqué pour le blanc, une diminution considérable pour le rouge, le bleu, le vert.

A droite, absolument normal. En présence d'un état hystérique aussi prononcé, je fis commencer un traitement au bromure de potassium (2 à 5 grammes par jour), combiné avec l'emploi journalier de douches froides. Je dois l'avouer, ce traitement n'a pas eu une grande influence sur les phénomènes oculaires. Si l'état général de la jeune fille est devenu meilleur, les obnubilations de l'œil gauche, moins fréquentes il est vrai, persistent et inquiètent la malade. L'état du champ visuel varie peu pour les couleurs; il semble pourtant s'agrandir pour le blanc.

Troubles visuels dus probablement à une intoxication rétinienne d'origine albuminurique.

Observation. — Mlle Lucie A..., âgée de trente-deux ans, domestique, demeurant à Paris, vient me consulter pour la première fois à ma clinique, le 9 juillet 1877.

Elle se plaint de ne plus pouvoir s'appliquer aux travaux d'aiguille sans éprouver des étourdissements pénibles qui iraient, dit-elle, jusqu'à la syncope si elle voulait lutter. Depuis plusieurs années, elle est très-faible; elle ne sait à quoi attribuer cette faiblesse, n'ayant jamais été sérieusement malade. Depuis quelques mois principalement, elle souffre beaucoup dans la tête d'une pesanteur siégeant dans la région pariéto-frontale gauche.

L'aspect des yeux est normal; les pupilles, régulières, contractiles. L'accommodation mesurée par la méthode de de Graeffe est en rapport avec l'âge de la malade. Pas d'insuffisance des muscles droits.

L'examen ophthalmoscopique révèle la construction emmétrope des deux yeux. Les milieux sont sains ainsi que les membranes profondes; mais un examen attentif permet de relever une légère dilatation des veines de la rétine. Suivant notre habitude dans les cas douteux, nous examinons les urines de la malade. Elles contiennent des flots d'albumine. La malade nous fait alors remarquer qu'il y a quatre ans elle a été soumise par un médecin à une cure de lait.

Ainsi voilà une malade albuminurique à un haut degré qui, depuis plusieurs années, n'a présenté ni œdème des paupières, ni œdème des membres inférieurs. Ses réponses sont positives à ce sujet.

Quel nom donner aux troubles oculaires qu'elle accuse? Rétinite albuminurique? La vision est nette à distance, mais elle ne se maintient pas. Enfin il n'existe aucune des lésions de cette forme de rétinite aujourd'hui si bien décrite. Paralysie urémique de l'accommodation? Pas de dilatation pupillaire, conservation totale du pouvoir accommodateur démontré par l'examen des verres. Pour nous, nous n'hésitons pas à désigner son affection sous le nom d'intoxication rétinienne par la présence de l'albumine. Le traitement, du reste, semble nous avoir donné raison.

Nous avons immédiatement prescrit une tisane diurétique, deux litres de lait par jour et la digitale à la dose de 10 centigrammes (poudre ou feuilles). De plus, nous avons fait porter des lunettes légèrement teintes. Au bout de quinze jours, amélioration considérable. Deux mois de campagne, pendant lesquels le traitement fut scrupuleusement suivi, paraissaient avoir amené une guérison complète. Malheureusement la malade, obligée de travailler, nécessiteuse, ne voulut plus continuer cette cure. Peu de temps après la cessation du régime, les troubles visuels reparaissaient, et, devant notre refus absolu de rien changer au traitement, la malade ne revint plus à notre consultation.

ABSORPTION

Par l'organisme vivant de l'oxyde de carbone introduit en faibles proportions dans l'atmosphère.

Par N. Gréhant,
Aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle.

En poursuivant mes recherches sur la mesure du plus grand volume d'oxygène ou d'oxyde de carbone qui peut être absorbé par le sang et sur l'élimination de l'oxyde de carbone par les poumons après une intoxication partielle, j'ai été conduit à me demander dans quelles proportions l'oxyde de carbone doit exister dans l'atmosphère pour être absorbé par un animal vivant. Déjà M. F. Leblanc a démontré dans son travail célèbre qu'un chien meurt empoisonné par l'oxyde de carbone dans un mélange produit par la combustion du charbon qui renferme seulement 0,54 pour 100 ou 1/185 d'oxyde

de carbone; ainsi une atmosphère contenant une aussi faible proportion de gaz toxique produit l'empoisonnement et la mort.

J'ai composé des mélanges d'air et d'oxyde de carbone contenant une bien moindre proportion de ce dernier gaz, et j'ai fait chaque fois les deux expériences suivantes qui se contrôlent mutuellement :

1° J'ai dosé par un procédé très-exact le volume d'oxyde de carbone qui reste dans le mélange qu'un animal a été forcé de respirer pendant un certain temps; en retranchant ce volume de celui qui a été introduit d'abord, on obtient le volume d'oxyde de carbone qui a été absorbé par le sang; 2° j'ai déterminé le plus grand volume d'oxygène qui est absorbé par le sang avant et après l'intoxication partielle; la différence dans les plus grands volumes d'oxygène absorbés par les deux échantillons de sang représente exactement le volume d'oxyde de carbone qui s'est fixé sur le sang et qui s'est combiné avec l'hémoglobine; car on sait, depuis les ravaux de mon illustre et regretté maître Claude Bernard, que l'oxyde de carbone s'unit avec les globules rouges du sang de telle sorte qu'un volume d'oxyde de carbone se substitue à un volume égal d'oxygène.

J'entre maintenant dans le détail des expériences. J'ai composé dans un grand ballon de caoutchouc un mélange de 100 litres d'air et de 255^{cc} d'oxyde de carbone pur, ce qui fait 1|392 de gaz tonique; avant de faire respirer ce mélange, on decouvre la veine jugulaire chez un chien du poids de 9 kil., et, par une longue sonde de gomme élastique introduite du côté du cœur dans la veine cave inférieure, on aspire à l'aide d'une seringue 30^{cc} de sang qui est injecté dans un flacon et défibriné par une agitation qui dure plusieurs minutes; on adapte sur la tête de l'animal une muselière de caoutchouc qui est réunie au robinet du ballon contenant le mélange d'air et d'oxyde de carbone dans lequel on fait respirer l'animal pendant une demi-heure; pendant les deux dernières minutes, on fait dans la veine cave inférieure une seconde prise de sang qui est défibriné.

Chaque flacon contenant le sang est rempli d'oxygène et agité à l'aide d'une planche oscillante mise en mouvement par un moteur hydraulique, afin de faire absorber par le sang défibriné le plus grand volume d'oxygène; chaque échantillon est introduit successivement dans le vide absolu de l'appareil à extraction des gaz du sang : les gaz sont extraits complétement, analysés et ramenés secs à 0° et sous la pression de 76^{c}.

Le premier échantillon de sang normal avait absorbé 28^{cc} 3 d'oxygène pour 100^{cc}; le deuxième échantillon de sang, pris une demi-heure après l'intoxication partielle, n'absorbait plus que 14^{cc} 9 d'oxygène pour 100; par conséquent, la différence 28,3 — 14,9 est égale à 13^{cc} 4 d'oxyde de carbone qui ont été absorbés par 100^{cc} de sang.

Le gaz du ballon analysé à l'aide de l'appareil à oxyde de cuivre chauffé au rouge que j'ai décrit complétement dans mon mémoire sur le mode d'élimination de l'oxyde de carbone (Bibliothèque de l'École des hautes études, section des sciences naturelles, tome X, article n° 3) ne renfermait plus que 128^{cc}, 4 d'oxyde de carbone, par conséquent, 254,8 — 128,4 = 126^{cc},4 d'oxyde de carbone avaient été fixés par le sang; l'atmosphère contenue dans le ballon après cette absorption du gaz tonique ne contenait plus que 1|779 d'oxyde de carbone; il résulte de cette expérience qu'une aussi faible proportion d'oxyde de carbone dans l'atmosphère a suffi pour maintenir dans le sang 13^{cc},4 de ce gaz pour 100^{cc} de liquide; ainsi la moitié environ de l'hémoglobine était combinée avec l'oxyde de carbone et l'animal n'avait plus à sa disposition pour absorber l'oxygène que l'autre moitié restée intacte.

Dans une autre expérience, j'ai composé dans un grand ballon de caoutchouc un mélange de 200 litres d'air et de 200^{cc} d'oxyde de carbone pur, mélange à 1 pour 1000 ; chez un chien du poids de 15 k. 5 on prend du sang dans la veine cave inférieure : 100^{cc} de ce liquide absorbent 24^{cc},9 d'oxygène; on fait respirer l'animal dans le mélange gazeux pendant une demi-heure, puis on aspire du sang dans la veine cave : ce sang défibriné, agité avec de l'oxygène, absorbe 19,3 d'oxygène pour 100, par conséquent la différence dans le pouvoir absorbant est égale à 24, 9 — 19, 3 ou à 5^{c}, 6, et représente le volume d'oxyde de carbone fixé par 100^{cc} de sang. L'analyse du gaz resté dans le ballon montre qu'au moment où le sang a été pris l'animal respirait un mélange qui renfermait 138^{cc} d'oxyde de carbone. Ainsi 200—138 = 62^{cc} représentent le volume total d'oxyde de carbone qui a été absorbé par le sang, et la proportion du gaz tonique qui dans l'atmosphère faisait équilibre à la partie combinée avec l'hémoglobine était égale seulement à 1/1449; une aussi faible proportion d'oxyde de carbone a donc suffi pour maintenir dans 100^{cc} de sang 5^{cc}, 6 de ce gaz.

Pour se rendre bien compte du grand pouvoir absorbant du sang pour l'oxyde de carbone, il est utile de comparer le volume de gaz contenu dans des volumes égaux de sang et d'air ; or, dans la première expérience, dans une atmosphère renfermant 1/779 d'oxyde de carbone, 100^{cc} de sang contenaient 105 fois plus du gaz tonique que 100^{cc} d'air, tandis que, dans la seconde expérience, l'atmosphère renfermant 1/1449 d'oxyde de carbone, il y avait 81 fois plus de gaz tonique dans 100^{cc} de sang que dans 100^{cc} d'air.

Ces résultats expliquent les accidents qui peuvent être produits chez l'homme par de petites quantités d'oxyde de carbone mélangées avec l'air et présentent de l'intérêt au point de vue de la physiologie et de l'hygiène.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Traité de thérapeutique appliquée,** par le professeur J.-B Fonssagrives. — Tome Ier. — In-8°. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Cie. — II. **Manuel médical d'hydrothérapie,** par le docteur Beni-Barde. — In-12. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

I. Dans ses « Principes de thérapeutique générale » M. le professeur Fonssagrives nous avait donné l'introduction du nouveau livre que nous lui devons aujourd'hui.

M. Fonssagrives est un professeur de thérapeutique convaincu. Il pense que c'est à tort qu'on ne se rend pas suffisamment compte des ressources de cette importante partie de l'art de guérir. La thérapeutique est assez avancée de nos jours, pour que celui qui connaît toutes ses ressources et qui sait bien les employer ne se sente complètement désarmé dans aucun cas et y joue un rôle, limité souvent, utile toujours. Si la médecine ne peut rien contre l'irréparable (lésions organiques), elle a prise sur les troubles fonctionnels dont celles-ci sont l'occasion. Elle peut prolonger la vie des malades qu'elle est impuissante à guérir. Guérir, faire durer, soulager, tel est le programme de la thérapeutique.

Écrire séparément l'histoire de chaque médicament, en le considérant comme une unité thérapeutique et énumérer la longue série des maladies auxquelles on l'a successivement opposé avec plus ou moins de succès, c'est substituer l'idée mystique du remède à l'idée concrète de médicament. M. Fonssagrives rejette cette méthode de l'*entité médicamenteuse*. Il lui préfère la discussion des indications, rejetant en notes au bas des pages les détails de posologie et des formules. De cette façon, le clinicien trouvera réunis les *motifs* de son intervention, le *sens* dans lequel il doit agir et l'*instrument* de son action. Les mêmes formules pouvant se rapporter à des indications diverses, ces notes ont reçu des numéros d'ordre qui, reproduits entre crochets dans le texte, constitueront des renvois évitant des répétitions et faciles à consulter.

La première partie du « Traité de thérapeutique appliquée » est consacrée aux médications physiologiques ou biocratiques (modificateurs du rhythme et de la manière d'être des fonctions). C'est en quelque sorte une physiologie temporaire, une forme transitoire de la santé, qui fournit aux maladies des occasions ou des moyens de solution.

Cette action biocratique du médecin peut s'exercer sur l'action nerveuse, sur l'état du sang et de la circulation, sur la respiration, et la calorification sur la nutrition ou sur les sécrétions. De là

autant de chapitres consacrés à ces divers modificateurs. Enfin le sens dans lequel s'exerce cette modification des fonctions se résume dans ces trois termes : 1° stimulation; 2° dépression; 3° régularisation. Ce sont eux qui fourniront à l'auteur les divisions secondaires de chacune des médications biocratiques.

M. Fonssagrives étudie d'abord les stimulants de l'action nerveuse. Il prend les stimulants de la sensibilité, et plus particulièrement les stimulants de la sensibilité générale. Voici ceux de la sensibilité de la peau, des muqueuses. Puis les stimulants de la sensibilité spéciale (olfactive, gustative, auditive, rétinienne); ceux de la sensibilité musculaire (action musculaire, excito-moteurs spéciaux, vie cérébrale). Les stimulants des appétits physiques, des forces (hypersthénisants diffusibles, fixes et spéciaux).

Nous passons ensuite aux dépresseurs de l'action nerveuse, puis aux régulateurs de cette action.

Le livre deuxième traite des « modificateurs de l'état du sang ». Le livre troisième étudie les « modificateurs de la circulation et de la respiration ». Le livre quatrième s'occupe des « modificateurs des sécrétions et des exhalations ». — Le livre cinquième est consacré aux « modificateurs de la nutrition »; le livre sixième aux « modificateurs de la calorification ». Enfin le livre septième fait connaître les « modificateurs des fonctions de génération (ovulation, fonction spermatique et lactation). »

Nous venons de retracer à grands traits le programme suivi par l'auteur dans ce premier volume. Ce livre, comme toutes les œuvres de M. Fonssagrives, est écrit d'une manière agréable et se lit facilement. Mais il faut ajouter que cette nouvelle manière d'écrire un livre de thérapeutique sera très-goûtée du praticien.

Le second volume, qui terminera l'ouvrage, est sous presse et doit paraître le 15 juillet : les lecteurs du premier volume attendront avec impatience que M. Fonssagrives leur livre le complément du « Traité de thérapeutique appliquée basé sur les indications ».

II. Ce livre fait partie de la *Bibliothèque* Diamant et prendra une place honorable à côté de ses aînés.

Tous nos lecteurs savent que M. Beni-Barde s'est consacré à l'étude de l'hydrothérapie. Nous lui devions déjà un *Traité théorique et pratique de l'hydrothérapie*, dans lequel il avait étudié ce vaste sujet sous toutes ses faces. Aujourd'hui, c'est une forme plus concise qu'il adopte pour faciliter la vulgarisation des préceptes exposés dans son *Traité*. Elle est destinée aux médecins qui, absorbés par les exigences de leur profession, n'ont pas le temps de lire des ouvrages de longue haleine.

Ce *manuel* forme, avec le *Traité*, un travail d'ensemble contenant une exposition, aussi complète que possible, de la plupart des questions qui concernent l'application de l'hydrothérapie au traitement des maladies chroniques et des maladies nerveuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 4 avril 1878 ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re *classe* : M. Cuignet;

Au grade de médecin principal de 2e *classe*; M. Papillon;

Au grade de médecin-major de 1re *classe* : MM. Bablon, Chauvin et Lereboullet.

— La Société française de tempérance, dans sa séance solennelle du 31 mars, a décerné 94 diplômes d'honneur, 17 médailles d'argent, 342 médailles de bronze et 44 livrets de caisse d'épargne de 25 fr. Un prix de 1,500 fr., qui ne sera décerné qu'au mois d'octobre, a été attribué en outre à l'auteur d'un excellent travail sur la législation comparée des débits de boissons.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 avril, à 8 heures précises du soir, la Mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Élection de deux membres titulaires et d'un associé. — 2° Constitution médicale du mois de mars. Policlinique. — 3° M. Passant : des modifications à apporter dans le service des accouchements des indigentes à domicile. — 4° M. Amanieu : tumeur à hydatides vraies de l'utérus. — 5° M. Grellety : de l'érysipèle lié à la menstruation.

— M. le docteur L. Martineau commencera, à l'hôpital de Lourcine, son cours clinique sur les affections de l'utérus, le jeudi, 11 avril, à *neuf heures*, et le continuera tous les jeudis à la même heure. Les mercredis et samedis, à neuf heures, conférences cliniques et examen des malades.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale et d'hygiène pour 1878, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1877 et les formules de médicaments nouveaux, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 (38e *année*), 1 fr. 50. Paris, Germer-Baillière et Cie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 43. — JEUDI 11 AVRIL 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 11 AVRIL 1878. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans l'une des séances du mois de novembre 1876, M. le docteur Fua (de Padoue) donna lecture d'un mémoire sur le maïs et ses propriétés hygiéniques et thérapeutiques. Le but principal de ce mémoire était de prouver que cette céréale peut rendre de grands services dans les hôpitaux et les hospices. M. Fua appuyait son opinion de citations de textes nombreux établissant que, depuis un temps immémorial, le maïs était employé dans la thérapeutique en Amérique, que les populations qui en faisaient habituellement usage étaient exemptes de certaines maladies; qu'on le donnait avec avantage à l'état de bouillie aux convalescents; qu'enfin le maïs constitue un aliment complet, qui, en outre de cette qualité précieuse, a l'avantage d'être très-adoucissant et de « calmer les passions », etc., etc. Quant à la pellagre, c'est à tort qu'on l'a attribuée à l'usage du maïs, la cause principale de cette affection étant la misère. Dans certaines contrées, où un nombre considérable d'individus font du maïs leur nourriture principale, on ne voit presque jamais cette affection, tandis qu'il n'est pas rare de voir des individus qui n'ont jamais fait usage de cet aliment avoir la pellagre.

Tel était en substance le contenu de ce mémoire, qui se terminait par des analyses comparatives destinées à montrer la supériorité du maïs sur toutes les autres graminées alimentaires. Ce mémoire a fait hier le sujet d'un long et savant rapport de M. Gubler, qui a repris en sous-œuvre ce sujet et l'a examiné et étudié sous le triple rapport botanique, hygiénique et alimentaire. M. le rapporteur, partageant sur presque tous les points l'opinion émise par M. Fua dans son mémoire, a proposé, indépendamment des formules ordinaires d'approbation, d'appeler l'attention de l'administration sur les applications utiles que l'on pourrait faire des propriétés alimentaires du maïs dans les hôpitaux, dans les prisons, dans les casernes, etc. Ces conclusions ont été adoptées, après une courte discussion qui nous a paru rouler plutôt sur des malentendus que sur des dissentiments réels.

Avant la lecture de ce rapport, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales. M. Bouis, l'habile chef des travaux chimiques de l'Académie, qui a déjà rendu tant de services à la compagnie par ses savantes analyses, a été nommé à une très-grande majorité.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Traitement de l'albuminurie chronique par la fuchsine — Urémie sans accidents urémiques. — Anasarque. — Guérison.

Les premiers essais de fuchsine contre l'albuminurie, provoqués par les résultats avantageux obtenus par le docteur Feltz de Saint-Denis, m'ont engagé à continuer mes observations, et, comme vous venez de voir, dans mes salles, un fait remarquable de guérison obtenue par cette substance, je vais vous en parler avec quelques détails.

L...., âgée de six ans, entrée le 10 juillet 1877, au n° 22 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, a eu, il y a dix mois, une fièvre scarlatine et, il y a quatre mois, une fièvre muqueuse à la suite de laquelle il s'est montré des battements de cœur. Depuis six semaines elle a commencé à avoir de l'enflure aux pieds, et de là l'œdème s'est répandu sur tout le corps. Peu d'appétit. Pas de vomissements. Selles naturelles.

Aujourd'hui l'anasarque est considérable, occupe le visage et les membres, et il y a un peu d'ascite.

Matité cardiaque de 5 centimètres. Impulsion faible. Bruit de souffle à la base et en dedans du mamelon sous le sternum. — En arrière, à la base des poumons, il y a un peu de matité, d'affaiblissement du murmure vésiculaire, et quelques râles fins humides. — Pouls petit 120 — *T. S.* 39°.

Les urines sont fortement albumineuses, et ne renferment que 7 grammes d'urée par litre.

Traitement. — Fuchsine, 10 centigrammes en deux pilules. — Régime lacté. Enveloppement du corps dans la laine.

La dose de *fuchsine* est portée à 15 et 20 centigrammes les jours suivants, et cette quantité ne produit aucun trouble fonctionnel. — Au bout de trois jours, elle colore les urines en rose pâle.

21 juillet. — L'anasarque a considérablement diminué. — Les membres sont réduits de moitié. — L'albumine a complétement disparu des urines.

Fuchsine 15 centigrammes. — Même régime.

24 juillet. — L'anasarque a entièrement disparu et il n'y a plus d'albuminurie.

L'enfant reste pâle, avec le même bruit de souffle à la base du cœur en dedans du mamelon.

Elle a bon appétit, ne se contente plus du lait et commence à manger de la viande. On l'habille comme les autres enfants et elle se lève pour jouer avec eux.

Elle sort guérie de l'hôpital.

Après les faits d'albuminurie guérie par la fuchsine que l'on trouve dans la *Gazette hebdomadaire* du 23 juin 1876 et ceux que j'ai publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er mai 1877, il me paraît utile de faire connaître ce cas nouveau.

Je dirai d'abord, comme précédemment, qu'il faut beaucoup d'observations réunies pour donner à une action thérapeutique quelconque une importance décisive. On se trompe soi-même et on trompe les autres quand on vante les bons effets d'un médicament d'après deux ou trois cas heureux de réussite. En médecine, il faut se méfier des coïncidences, et, pour donner à l'observation toute son autorité, il est bon de savoir attendre. Ce que j'ai à dire ici n'est donc pas une affirmation de guérison d'albuminurie par la fuchsine, mais bien une probabilité. De nouvelles observations sont encore nécessaires pour donner à celle-ci et aux précédentes toute la signification désirable.

Toutefois, après avoir déclaré que l'albuminurie aiguë scarlatineuse, l'albuminurie diphthéritique ou puerpérale, guérissent souvent seules, en quelques semaines, je suis sûr de n'être pas contredit en disant que l'albuminurie chronique guérit très-difficilement. De très-bons juges en pareille matière, même, pensent qu'elle est souvent incurable. En tout cas, nous ne connaissons pas de remède certain pour la guérir.

Ici, il s'agit d'une albuminurie chronique, datant de dix mois, venue après une scarlatine, et compliquée d'anasarque générale. On est en droit de supposer chez son malade une profonde altération du parenchyme des reins, ce qu'on appelle *une néphrite parenchymateuse chronique.*

La sécrétion urinaire était profondément modifiée, et, avec une grande quantité d'albumine, il y avait dans la *diminution d'urée* quelque chose de très-remarquable. Il n'y en avait plus que sept grammes par litre, ce qui suppose une rétention de ce produit dans le sang, bien qu'il n'y eût aucun des désordres nerveux encéphaliques, cardiaques ou gastriques, généralement attribués à l'*urémie.*

C'est dans un cas de ce genre que la fuchsine a réussi. — Outre cette circonstance, qui prouve que cette substance n'a rien des qualités toxiques qu'on lui attribue quand elle est à petite dose mélangée au vin, elle mérite évidemment qu'on multiplie les essais et les observations afin de savoir si, comme on est en droit de le croire, d'après les observations précédentes, il n'y aurait pas là un remède utile à vulgariser.

En effet, il est rare de voir une albuminurie, causée par une scarlatine remontant à dix mois, accompagnée d'enflure depuis six semaines, céder au régime lacté et à l'excitation cutanée produite par le maillot de laine dure.

C'est là ce qui a été fait concurremment avec l'usage interne de la fuchsine.

De deux choses l'une. La guérison doit être attribuée au régime lacté, ce qui arrive quelquefois, ou bien elle résulte de la fuchsine. Mais j'ai employé bien souvent déjà le régime lacté dans des cas aussi anciens que celui que je viens de rapporter, et cela sans réussir. Cela m'empêche de lui attribuer la guérison sans faire quelque réserve. Alors, si ce n'est pas le régime lacté qui a guéri cette affection rénale, il faut en rapporter l'honneur à l'usage de la fuchsine. C'est ce que je suis disposé à croire. Toutefois, je le répète encore, ces faits n'auront leur consécration définitive que si leur nombre, déjà considérable, puisque j'en puis citer, vient encore à s'accroître.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

Accouchement à terme chez une rachitique. Craniotomie.

Hier, a été amenée à la Clinique, à huit heures du soir, une femme enceinte et en travail. L'enfant, disait la lettre que lui avait remise son médecin, se présentait probablement par la tête, mais il y avait en même temps procidence de la main et du cordon.

Prévenu sur-le-champ, j'arrivai et trouvai la malade dans l'état suivant :

Elle était en travail, disait-elle, depuis le matin seulement; elle avait eu ses règles pour la dernière fois dans les premiers jours de mars, et était, par conséquent, à terme. Elle ajoutait qu'elle avait très-bien supporté sa grossesse, quoique atteinte d'une affection thoracique, que son médecin lui avait déclarée être un asthme. Mais, à en juger par l'aphonie complète de cette femme, il était évident que cette dénomination ne devait servir qu'à masquer une maladie plus grave, laquelle n'était autre, disons-le de suite, qu'une phthisie pulmonaire et laryngée à un degré très-avancé.

Quant à la rupture des membranes, elle s'était produite quelque temps après le début du travail, qui avait commencé sur les midi ; il y avait, par conséquent, sept à huit heures qu'elle avait eu lieu.

Mon premier soin, après avoir entendu le récit de la malade, fut d'examiner l'utérus. Il était notablement réduit et revenu sur lui-même; il était dur, même dans l'intervalle des douleurs, et, toutes les trois ou quatre minutes, présentait des contractions très-énergiques, pendant lesquelles la femme criait et faisait des efforts expulsifs considérables. Par le palper abdominal, il était facile de sentir, en un point du ventre correspondant au détroit supérieur, une tumeur dure, arrondie, qui n'était autre que la tête.

Ce premier point établi, je me préparais à pratiquer le toucher vaginal quand, en introduisant ma main sous les couvertures, je m'aperçus que la face interne des cuisses et les draps eux-mêmes étaient baignés par un liquide assez épais, ayant la consistance de purée, et qui s'écoulait du vagin. C'était du méconium.

Continuant mon examen, j'introduisis mon doigt dans le vagin. Comme on m'en avait prévenu, je trouvai, en effet, au fond de ce conduit, des anses du cordon encore animé de battements, puis, à côté de celui-ci, une main dont le pouce était tourné à droite, tandis que la face palmaire regardait en haut et en avant. C'était, par conséquent, la main droite. Je sentis, enfin, un peu en arrière et à gauche, la tête en partie engagée dans le détroit supérieur et reconnaissable à la présence d'une suture et de quelques petites saillies dues au froncement du cuir chevelu.

En présence de ces faits, ainsi d'ailleurs que je l'avais pensé dès le moment même où l'on était venu me prévenir qu'il s'agissait d'une présentation de la tête avec procidence de la main et du cordon, j'acquis la conviction que cette femme était atteinte d'un vice de conformation du bassin, développé probablement comme cela a lieu le plus ordinairement sous l'influence du rachitisme. Cette opinion fut bientôt confirmée, quand, en découvrant la malade, je vis la con-

formation de ses membres inférieurs. En effet, les fémurs présentaient une exagération de courbure considérable, et les tibias, au lieu de présenter leur disposition habituelle, avaient leur convexité dirigée en dedans, tandis que la concavité regardait en dehors. Enfin, ce diagnostic fut complétement établi par la mensuration du bassin, qui nous permit de constater que le détroit supérieur atteignait à peine 8 centimètres dans le diamètre antéro-postérieur, au lieu de 11 centimètres, qui représentent, vous le savez, le diamètre normal du bassin. Ce dernier était donc notablement rétréci, et je me trouvais par conséquent en présence d'un cas sérieux, plein de difficultés.

Que devais-je faire? Mon hésitation ne fut pas de longue durée; il fallait, en effet, intervenir immédiatement, car il était évident que la vie de l'enfant commençait à être compromise à en juger d'après la grande quantité de méconium qu'il avait perdue et, de plus, par quelques troubles notables qui se manifestaient du côté de la circulation fœtale.

Le parti auquel je m'arrêtai fut d'abord d'essayer d'accoucher la malade par une simple application du forceps. Mais avec une procidence du cordon, de la main et du bras, c'était difficile. Il pouvait arriver, en effet, que l'application de l'instrument déterminât une rupture du membre, qui faisait saillie à l'extérieur de la matrice : non pas que celui-ci pût être saisi par erreur avec la tête entre les branches du forceps et fracturé directement par la pression; mais fortement comprimé au passage de la tête entre l'une des cuillères d'une part, et la paroi osseuse d'autre part, il était à craindre qu'il ne se rompît à la première tentative de traction. J'essayai donc d'abord de faire rentrer le membre au-dessus de la tête, dans l'utérus, mais celui-ci était tellement contracté, qu'il me fut impossible d'y parvenir, et que je dus renoncer à cette manœuvre si je ne voulais qu'elle-même devînt la cause de l'accident qu'elle avait pour but de prévenir. Je me résolus donc à appliquer l'instrument avec précaution, en ayant soin toutefois de ne pas endormir la malade chez laquelle, en raison de son affection thoracique, l'emploi du chloroforme aurait pu avoir des conséquences fâcheuses.

Après quatre ou cinq tentatives très-modérées, qui ne furent suivies d'aucun succès et après avoir acquis la certitude, par la résistance que j'éprouvai, que je ne parviendrais pas à triompher de l'obstacle, j'abandonnai cette idée. A ce moment, d'ailleurs, les battements du cœur avaient presque complétement cessé; on les entendait seulement à des intervalles très-longs, très-irréguliers. Il était évident que l'enfant se mourait. Aussi, après une dernière application, qui ne fut pas plus heureuse que les premières, puis après avoir constaté que, cette fois, tout signe de vie avait complétement disparu, je me décidai à diminuer le volume de la tête et à débarrasser ainsi la malade.

A cet effet, l'instrument étant appliqué sur les côtés de la tête, de manière à la maintenir solidement, je fis la perforation, en ayant soin d'obtenir une ouverture aussi régulière que possible, sans aspérités, de manière à ne pas blesser la malade; puis, serrant fortement les branches du forceps, je brisai la tête et je déterminai l'issue d'une quantité considérable de matière cérébrale. Je tirai alors, et bientôt j'entendis un petit craquement particulier, qui m'indiqua que l'obstacle produit par l'angle sacro-vertébral qui proéminait dans le bassin était vaincu. En effet, la tête descendit rapidement vers le détroit inférieur, et, prenant alors les précautions nécessaires pour éviter des accidents du côté du périnée, je débarrassai cette femme.

Une fois l'enfant expulsé, je constatai sur la région coronale une dépression considérable du frontal, due à la saillie de l'angle sacro-vertébral qui s'opposait au passage. Quant à la femme, elle ne nous présente rien de particulier, et aujourd'hui elle va aussi bien que possible; elle n'a pas de fièvre, elle n'éprouve pas de douleurs dans le ventre; elle a uriné; ses parties génitales n'ont pas gonflé; en un mot, elle est, quant à présent, dans des conditions assez satisfaisantes.

Enfin, pour compléter son observation, ce matin, je l'ai interrogée devant vous sur ses antécédents, et, relativement à son histoire obstétricale, vous avez vu qu'elle était aussi très-intéressante. C'est une femme âgée de vingt-six ans; elle a déjà eu cinq enfants, et celui dont je viens de l'accoucher est le sixième. Sur ces cinq accouchements antérieurs à celui-ci, trois ont été faits à l'hôpital Lariboisière; ils ont tous été très-pénibles et ont nécessité tous trois l'intervention d'instruments que cette femme ne peut nous indiquer. Les trois enfants sont nés morts. Quant aux deux autres accouchements, ils ont eu lieu chez elle, et, dans ces deux cas, elle a accouché spontanément après un temps toujours très-long, mais sans que l'on fût obligé d'intervenir. De ces deux enfants, l'un s'était présenté, suivant l'expression de cette femme, plié en deux, c'est à dire par le siége. Tous deux sont nés vivants : le premier a actuellement treize ans; quant au second, il est mort à l'âge de sept ou huit mois, par conséquent d'une cause étrangère à l'accouchement.

Mais cette femme ajoute que les deux enfants dont elle est accouchée et qui étaient vivants, étaient petits, et c'est probablement, fait-elle observer, à cette particularité qu'elle doit d'avoir accouché spontanément, car les trois autres étaient beaucoup plus gros. Celui que je viens d'extraire était lui-même dans ces conditions, car, sans la matière cérébrale, il pesait encore 2,800 grammes. Il est certain, en effet, que, dans ces deux cas, cette femme n'était pas à terme, et que c'est à cela qu'elle doit d'avoir accouché spontanément.

Telle est l'histoire de notre malade, qui est d'ailleurs celle de presque toutes les femmes rachitiques. Aussi, en présence d'un accouchement laborieux, que rien extérieurement n'explique, car toutes les femmes qui rentrent dans cette catégorie n'en portent pas toutes des traces aussi évidentes que celle dont je viens de vous faire l'histoire; dans ce cas, dis-je, il convient d'examiner attentivement les malades et de les questionner avec soin sur les premiers temps de leur vie. Presque constamment, dans ces cas, vous découvrirez les traces de l'affection que vous recherchez, ou, à défaut de celle-ci, vous apprendrez que, comme notre malade, ces femmes n'ont commencé, étant enfants, à marcher qu'à une époque plus ou moins tardive.

Vous aurez alors la raison de ces accouchements laborieux dont vous rencontrerez des cas fréquents dans votre pratique, et que vous ne sauriez à quoi appliquer si vous ne vous livriez aux recherches que je viens de vous indiquer.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

IV

Si je suis dans le vrai quand je dis que, sous ce rapport, la chirurgie moderne obtient de plus nombreux succès que l'an-

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 26 mars et 6 avril.

cienne, nous serons moins étonnés des succès si grands de Syme et de Mott dans les ligatures de la fémorale. Si la mortalité moyenne d'une opération quelconque est représentée par 1/7, il peut très-bien se faire que vingt, vingt-cinq succès et même plus se produisent sans une seule mort.

Nous sommes donc en droit de conclure, d'après cette collection de faits pris au hasard et sans choix dans les hôpitaux anglais, que la ligature de la fémorale pour anévrysmes poplités est réellement beaucoup plus efficace qu'on ne serait porté à le croire d'après les recherches de nos devanciers et que très-probablement elle a donné, dans ces dernières années, beaucoup plus de succès qu'elle n'en avait donné précédemment. Je désire vivement mettre ce fait en lumière dans la discussion du traitement des anévrysmes poplités. Je déclare que je suis, sans réserves, partisan de la compression, parce que je crois qu'elle expose à moins de dangers et qu'elle laisse au patient un membre plus utile. Mais rien n'est à mon avis plus irrationnel et n'a mis plus d'obstacles aux progrès de la chirurgie, que la manière inconsidérée avec laquelle certains chirurgiens se sont déclarés partisans de telle ou telle méthode ancienne ou nouvelle; s'en constituant les avocats, au lieu de se borner au rôle d'investigateurs scientifiques et mettant en usage les moyens ordinaires aux avocats, qui consistent à jeter un voile discret sur les faits défavorables à la méthode dont ils se font les champions, tandis qu'au contraire ils présentent les objections qu'ils ont découvertes contre la méthode incriminée, en les revêtant des plus sombres couleurs et en y insistant d'une manière exagérée. Loin de moi la pensée d'incriminer ou de déprécier la méthode de Hunter; je suis prêt à admettre, au contraire, qu'elle est excellente et je suis heureux de pouvoir constater les nombreux succès que lui doit la pratique contemporaine dans ce pays. Il ne faut pas non plus perdre de vue, pendant que nous étudions cette question, que, dans un grand nombre d'hôpitaux, la ligature est réservée pour des cas beaucoup plus graves que ceux que l'on traite par la compression, c'est-à-dire, pour des cas où le malade est irritable ou en mauvaise santé, ou bien dans lesquels la tumeur est volumineuse ou s'accroît rapidement, ou bien dans lesquels la rupture du sac est imminente ou s'est déjà effectuée peut-être en un point quelconque.

Nous ferons donc bien de commencer l'examen des avantages respectifs de la compression et des autres méthodes non sanglantes de traitement appliquées aux anévrysmes poplités, en disant que nous avons dans la méthode de Hunter un moyen qui réussit presque toujours, si le malade guérit de l'opération, on peut même dire qu'on peut raisonnablement espérer la guérison dans l'immense majorité des cas, surtout si la dissection est habilement et soigneusement conduite, de façon à éviter de blesser la veine, d'exposer inutilement ou de contusionner l'artère.

Autant qu'on en peut juger par notre statistique, voici les résultats fournis par la compression dans le traitement des anévrysmes poplités.

La compression a donné soixante-six succès et cinquante-huit insuccès. Parmi les insuccès l'artère a été ultérieurement liée quarante-quatre fois; huit fois on a amputé. La mort est survenue une fois. Dans quatre cas on n'indique pas qu'on a appliqué un traitement ultérieur, bien que dans un cas, provenant de l'hôpital Saint-George, on suppose que la ligature a été faite plus tard avec succès à l'hôpital Saint-Barthélemy. Enfin il reste un cas dans lequel l'anévrysme reparut après le succès apparent de la ligature. On essaya alors vainement la compression sous toutes ses formes: la malaxation cependant sembla amener la solidification, au moins temporairement. (Ce malade, qui était dernièrement dans le service de M. Amandade, n'est pas encore guéri, je crois, mais il est assez bien pour travailler. La malaxation fut faite en 1872.)

Ce qu'il y a de fort intéressant à remarquer, c'est la fréquence des insuccès de la compression; les conséquences qu'elle peut avoir quand elle échoue, sur la marche future de la maladie, et enfin le mode le plus efficace de compression. Je traiterai successivement ces différents points.

1° *Fréquence des insuccès.* — Il est certainement peu encourageant à première vue de voir la compression échouer cinquante-huit fois sur cent vingt-quatre, c'est-à-dire à peu près aussi souvent qu'elle a réussi. Mais je ne puis admettre que ce résultat puisse servir d'argument contre la méthode. Il faut se rappeler que ces cas remontent aux premiers temps de la compression, que plusieurs ont été traités par des chirurgiens qui n'étaient nullement favorables à la compression, et n'avaient aucune expérience des moyens de l'appliquer. L'un deux, par exemple, fut traité par Syme qui éprouvait peu de sympathie pour la nouvelle méthode et avait encore moins de confiance en elle. Il faut dire, en outre, que dans la pratique des hôpitaux beaucoup de petits détails qui, dans la clientèle privée, reçoivent l'attention du chirurgien lui-même, sont confiés aux étudiants ou aux infirmiers, qui ne peuvent, avec la meilleure volonté, agir dans ces circonstances aussi bien que le chirurgien lui-même; et ils n'apportent pas toujours le soin qu'ils devraient à l'application d'un traitement qui est incontestablement ennuyeux et fatigant. J'ai souvent trouvé la pelote du tourniquet profondément enfermée dans la cuisse sans que l'artère fût comprimée pour cela. Je l'ai souvent vue appliquée avec une force telle qu'elle compromettait le succès d'un traitement qui aurait réussi s'il eût été plus judicieusement employé. J'ai connu une malade qui avait l'habitude de se délivrer de la gêne de l'instrument et de se promener dans l'hôpital avec la connivence de l'infirmière; dès que celle-ci fut changée, les résultats heureux du traitement devinrent appréciables. Le succès de la compression dépend de l'attention scrupuleuse que l'on porte dans les plus petits détails, et ce mode de traitement ne peut être convenablement employé que par des personnes habiles, et se sentant intéressées au point de vue scientifique. Il faut ici beaucoup plus de soin et une perte de temps bien plus considérable de la part du chirurgien que dans la ligature, et, si les manœuvres sont confiées à d'autres, les choses vont souvent fort mal. Mais, de plus, il ne faut pas oublier que la plupart de ces cas furent traités par la compression instrumentale, et il n'y a pas le moindre doute que la compression digitale ne lui soit infiniment supérieure.

Cependant, en admettant qu'on doive continuer à échouer dans la moitié des cas ainsi traités, devons-nous nous décourager ou renoncer à tenter la compression? Évidemment non, quels que soient d'ailleurs les succès que puisse donner la ligature, à moins qu'il n'y ait de forte raison de croire que la compression ne soit par la suite un obstacle à la guérison. La compression, en effet, dans les cas favorables n'expose certainement le malade à aucun risque, tandis que la ligature de la fémorale, si bien que puisse marcher l'opération, fait toujours courir de graves dangers.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 avril 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le Ministre de l'instruction publique adresse une série d'ouvrages à l'Académie et transmet l'ampliation du décret qui autorise l'Académie à accepter le legs d'une rente de 1,000 francs que lui a fait feu le docteur Joseph Daudet.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant 1876 et 1877, dans les départements du Jura et des Basses-Pyrénées (commission des épidémies); 2° des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, de nouvelles sources minérales; 3° le rapport général du service médical des eaux d'Allevard (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° des lettres de remercîments de MM. Hergott (de Nancy) et Laussedat (de Moulins), récemment élus membres correspondants; 2° une lettre de M. le maire de Saint-Maixent (Deux-Sèvres), qui informe l'Académie que l'inauguration du monument élevé à la mémoire de M. le docteur Amussat aura lieu le lundi 22 avril ; 3° des lettres de candidatures de MM. Félix Guyon, pour la médecine opératoire; Bucquoy, pour la section de pathologie médicale; Cornil, pour la section d'anatomie pathologique; Tillaux et Marc Sée, pour la section d'anatomie et de physiologie; Decaisne, Blanche et Brochin, pour la section des associés libres; 4° un rapport de M. le docteur Foubert sur les bains de Villers-sur-Mer (Calvados) (commission des eaux minérales); 5° la relation d'une épidémie exanthématique qui a sévi sur la population de Proveyzieux (Isère), par le docteur Henri Bernard (commission des épidémies); 6° un travail manuscrit de M. le docteur Jules Félix (de Bruxelles), intitulé : *De l'assainissement des villes et des habitations par la destruction complète des gaz méphitiques et des émanations délétères des égouts et autres foyers d'infection au moyen du combu-rateur hygiénique au gaz* (commission des épidémies); 7° une note de M. Husson, pharmacien, sur le lait artificiel. (Commissaires, MM. Plauchon et Riche.)

PRÉSENTATIONS

M. AM. LATOUR présente, au nom de M. le docteur Mazaé Azéma (de St-Denis, Réunion), le premier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Traité de la lymphangite endémique des pays chauds*.

M. BERGERON présente deux séries de brochures au nom de M. le docteur Armengaud (de Bordeaux).

M. LARREY présente, au nom de M. Ed. Coste, médecin major, une brochure intitulée : *Recherches statistiques sur la Sologne*. — 2° un ouvrage en anglais intitulé : *Manuel pratique d'hygiène*, par M. Edmond Parkes.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de MM. Huzard et Boudet.

M. BOULEY, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Huzard.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

La liste de présentation portait :

En 1re ligne, M. Bouis ; — en 2e ligne, M. Jungfleisch ; — en 3e ligne *ex æquo*, MM. Bouchardat et Gauthier ; — en 4e ligne, M. Hardy.

Le nombre des votants était de 65, majorité 33 ; M. Bouis obtient 57 voix, M. Bouchardat 5, M. Jungfleisch 2 et M. Gauthier 1.

En conséquence M. Bouis est proclamé élu.

RAPPORTS

M. GUBLER, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Magne et Théophile Roussel, lit un rapport sur diverses communications de M. Fua (de Padoue) relatives au maïs Les conclusions de ce rapport sont : 1° d'adresser des remercîments à M. Fua; 2° de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie; 3° d'envoyer aux ministres compétents un extrait du rapport dans le but d'appeler leur attention sur l'emploi du maïs.

M. BOULEY regrette que M. Gubler, dans son rapport, n'ait pas rappelé les travaux du docteur Costallat sur le maïs et les preuves expérimentales qu'il a données que les effets fâcheux que pouvait avoir le maïs étaient dus, non pas à sa composition essentielle, mais à son mélange avec un élément étranger constituant le verderame.

M. LARREY exprime le même regret que M. Bouley relativement au docteur Costallat, qui s'est occupé d'une façon presque exclusive de la question du maïs et de la pellagre.

M. GUBLER répond qu'il avait été dans sa pensée d'en parler; il fera à cet égard une petite addition à son rapport.

M. DEPAUL ne partage pas l'opinion de M. Gubler sur l'action nuisible du maïs. Il n'est pas prouvé, suivant lui, que, comme on l'a soutenu et comme on le soutient encore, ce soit le maïs qui produise la pellagre. Il a lui-même mangé de grandes quantités de maïs pendant sa jeunesse; il en cultive; il est d'un pays où les habitants en mangent constamment, et il n'a jamais vu un cas de pellagre attribuable au maïs. Il est bien entendu que M. Depaul ne parle que du maïs non altéré, les paysans dont il parle ayant bien soin de n'en jamais manger d'altéré. Il n'a jamais vu de pellagre qu'il dût attribuer au maïs, et, en revanche, il a vu un grand nombre de pellagreux qui n'avaient jamais mangé de maïs. Il a fait sur les animaux des expériences avec le verdet et n'a rien constaté de particulier. Le maïs, dit-il en terminant, est calomnié; c'est un excellent aliment, doux, agréable, et facile à digérer.

M. GUBLER craint de n'avoir pas été bien compris de M. Depaul, lorsqu'il semble lui reprocher d'attribuer la pellagre au maïs; c'est à l'altération particulière du maïs désignée sous le nom de verdet, ou de verderame, et non au maïs lui-même qu'il attribue la pellagre; il n'a donc rien à lui répondre.

M. JULES LEFORT dit que deux chimistes italiens viennent d'isoler du maïs un alcaloïde auquel ils attribuent tous les accidents produits par le maïs.

M. CHAUFFARD propose que l'envoi des conclusions aux ministres soit accompagné d'une lettre explicative faisant ressortir toute l'importance de cette question.

M. BOUILLAUD rappelle qu'il y a déjà eu une grande discussion à l'Académie sur le maïs et la pellagre, que M. Costallat, l'un des premiers, avait approfondi cette question et qu'il a été victime d'une injustice telle, qu'elle n'a certainement pas été étrangère à sa mort.

M. MAGNE dit qu'une grande administration de la province a substitué, pour la nourriture de ses chevaux, le maïs à l'avoine, et qu'à un certain moment tous ces chevaux ayant été pris de coliques, on s'aperçut que le maïs était altéré. Il faut donc bien s'appliquer à n'employer jamais que le maïs parfaitement sain. C'est d'ailleurs une céréale qui paraît s'altérer plus souvent que les autres.

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hérard sur les titres des candidats dans la section d'anatomie pathologique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

LISTE DES PRIX DE LA FACULTÉ POUR L'ANNÉE 1876-1877.

La Faculté avait à décerner pour l'année scolaire 1876-1877 :

1° Les prix provenant des libéralités de : MM. le baron Trémont, de la valeur de 1,000 fr. ; le baron Barbier, 2,000 fr. ; Mme la comtesse de Chateauvillard, 3,000 fr. ; MM. Corvisart, une médaille et 400 fr. ; Lacaze, 10,000 fr. ; de Montyon, une médaille et 300 fr.

2° Les prix pour les thèses les plus remarquables soutenues devant elle pendant l'année.

1° *Prix Trémont* (Commission : MM. A. Vulpian, *doyen*; Bouchardat, Depaul, Verneuil et Trélat). — Ce prix, de la valeur de 1,000 fr., a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° *Prix Barbier* (Commission : MM. Gosselin, Richet, Verneuil, Broca, Trélat, Guyon). — Sept mémoires ont été présentés. La Faculté a décerné le prix de 2,000 fr. à M. le docteur Badal, né à Salers (Cantal), le 11 mars 1840, docteur de la Faculté de Strasbourg (1864), auteur d'appareils destinés aux études ophthalmologiques. Elle a accordé une mention très-honorable à M. le docteur Minière (Joseph-Théodore) pour les appareils destinés au traitement de la spermatorrhée.

3° *Prix Chateauvillard* (Commission : MM. Gosselin, Le Fort, Peter et Verneuil). — Quatre mémoires ont été présentés à la Faculté. La Faculté a décerné le prix de 2,000 fr. à M. le docteur Sanné (Albert), né le 23 janvier 1839, à Paris. Elle a accordé une mention très-honorable à M. le docteur Galezowski pour son ouvrage sur l'ophthalmologie.

4° *Prix Corvisart* (Commission : MM. Lasègue, Hardy, G. Sée, Potain et Ball). — Cinq mémoires ont été présentés. La Faculté a décidé que le prix serait partagé de la manière suivante : 1er prix. Une médaille d'or et 200 fr. à M. Valmont (Félix-Marc-Louis), né à Barentin (Seine-Inférieure), le 19 mai 1852, externe à l'hôtel-Dieu. 2e prix. 200 fr. à M. Surre (Abely-Calixte-Alexis), né à Saint-Girons (Ariége), le 16 octobre 1848, externe à La Charité. — Mention honorable : M. Miltran (A. Gradjikian), élève à la clinique médicale de la Pitié.

5° *Prix Lacaze* (Commission : MM. Lasègue, Chauffard, Charcot et Parrot). — Ce prix, qui n'est décerné que tous les deux ans, le sera en 1878.

6° *Prix Montyon*. — Trois mémoires ont été soumis à la Faculté. La Faculté a décerné le 1er prix à M. le docteur Joanny Rendu, né à Paris, le 24 juillet 1844, pour son ouvrage sur l'isolement des varioleux, à l'étranger et en France. — Un 2e prix à M. le docteur Manouvriez (Anatole-Hippolyte), né à Valenciennes (Nord), le 5 juin 1848, pour son mémoire intitulé : Maladies prédominantes dans l'arrondissement de X. — Une mention honorable à M. le docteur Hocquard (Charles-Edmond), né le 15 janvier 1853 à Saint-Nicolas (Meurthe).

7° *Thèses récompensées* (Commission : MM. Wurtz, Sappey, Béclard, Pajot, Le Fort, Jaccoud, Ball et Guyon).

1° *Médailles d'argent*. — MM. Richet (Charles). Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité. — Vacher (Louis). De la voix chez l'homme. — Meunier (Aubin). Étude parallèle des globules rouges et blancs du sang et des principaux éléments de l'urine dans quelques maladies aiguës. — Mercier (Pierre). De la congestion pulmonaire rapide et de l'œdème aigu des poumons avec ou sans expectoration albumineuse. — Testut (Léon). De la symétrie dans les affections de la peau. — Vignaux (Jean-Clément). De l'énucléation dans le traitement de l'ophthalmie sympathique. — Bouilly (Georges). Des lésions traumatiques portant sur des tissus malades. — Teissier (Louis-Joseph). Du diabète phosphatique. — Robin (Albert). Essai d'urologie clinique : la fièvre typhoïde.

2° *Médailles de bronze*. — Henriet (Léon). Étude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie. — Cusset (Jean). Appareil branchial des vertèbres et quelques affections qui en dérivent chez l'homme. — Hutinel (Victor). Contributions à l'étude des troubles de la circulation veineuse chez l'enfant et en particulier chez le nouveau-né. — Salathé (Auguste). Recherches sur les mouvements du cerveau et le mécanisme de la circulation des centres nerveux. — Calvet (Léopold). Essai sur le morphinisme aigu et chronique. — Dupuis (Louis). Étude expérimentale sur l'action physiologique de la quinine. — Bez (John). De la contemporanéité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu. — Boyet (Isidore). De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques. — Léger (Henri). Étude sur l'aortite aiguë. — Delaunay (Jacques-Victor). — Maunoury (Gabriel). Étude clinique sur la fièvre primitive des blessés. — Pitres (Jean-Marie). Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux au point de vue des localisations. — Michel (Joseph). Étude sur les arthropathies de l'ataxie locomotrice. — Boururet (Mathieu). De la dysphagie dans la péricardite et en particulier sur la péricardite hydrophobique. — Longuet (Maurice). De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes. — Raguet-Lepine (Jules). Des principales indications à remplir dans le traitement des plaies. — Gœtz (Édouard). Étude sur le spina-ventosa. — Deffeaux (Émile). Contribution à l'étude des tumeurs du sein d'origine épithéliale. — Affre (Émile). De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac. — Valtat (Émile). De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations.

3° *Mentions honorables*. — MM. Hogg-Douglas, Beauregard (Henri), Bureau (Louis), Sidky-Mahmoud, Barnay (Marius), Patrigeon (Gabriel), d'Arsonval (Arsène), Bertholon (Lucien), Rochas (Félix), Janicot (Jean), Monod (Frédéric), David (Théophile), Heydenreich (Albert), Barié (Louis), Vibert (Charles), Mirza-Ali, Erpaggi (Charles), Guyard (Joseph), Chauvet (Louis), d'Arolls (Henri), Gombault (François), Darey (Jean), Iszenard (Paul-Charles), Parinaud (Pierre-Henri), Chesnel (Fernand), Hervouet (Henri), Mahot (Henri), Chevalier (Gabriel), Arnulphy (Bernard), Coursserant (Germain), Ravaud (Louis-Henri), Hachard (Frédéric), Passerat (Édouard), Ricklin (Eugène), Lebrun (Paul-Eugène).

Liste des prix de la Faculté pour l'année scolaire 1877-1878.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 francs.

Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique auquel il est attaché ; 2° la réponse à la question proposée.

Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une médaille de vermeil et une somme de 600 fr. en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne, tous les ans, un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chateauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chateauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé

du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er janvier de l'année qui suit leur publication.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

(Septième liste.)

Listes précédentes		5,359 fr. 50 c.
MM. le docteur	Fort	20 —
—	Talairach, médecin de la marine.	5 —
—	G. Jacob	10 —
	Total	5,394 f. 50 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix Aubanel. — La Société médico-psychologique de Paris décernera au mois d'avril 1879 le prix Aubanel, de la valeur de 2,400 francs, au meilleur mémoire manuscrit sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Les mémoires, écrits en langue française, porteront une épigraphe reproduite sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de leur auteur. Ils devront être parvenus le 31 décembre 1878 à M. le docteur Motet, secrétaire général de la Société, à Paris, rue de Charonne, n° 161.

— M. le docteur Félix Roubaud, fondateur de la *France médicale*, a succombé à la suite d'une très-courte maladie, le 5 avril. Il était né à Grasse, le 4 octobre 1820, et avait tenu longtemps une place importante dans la presse médicale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études de médecine clinique : De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies, par L. Lorain, professeur à la faculté de médecine de Paris. — Publication faite par les soins de M. Brouardel, professeur agrégé à la faculté de médecine, Paris, 1878, 2 vol. in-8° avec 200 figures intercalées dans le texte. Prix : 30 fr. — J.-B. Baillière et fils.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre. — La première et la deuxième partie du tome II de la quatrième série, de la lettre F à la lettre L, et la première et la deuxième partie du tome XXI de la première série, de la lettre A à E, viennent de paraître. Elles contiennent les principaux articles suivants : Côtes, par M. Paulet; Cou (anatomie et pathologie), par M. Gillette; Couches, par MM. Bouchacourt et Courty; Coude, par M. Pingaud. — Quatrième série : Fièvres, par M. Lereboullet; Fistules, par M. Samuel Pozzi; Fœtus, par M. Pinard; Foie (anatomie et physiologie), par M. Chrétien; Foie (pathologie), par M. Rendu. — *Prix de chaque demi-volume*, 6 fr. — Paris, P. Asselin.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. — 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le lait, la crème et le beurre au point de vue de l'alimentation, de l'allaitement naturel, de l'allaitement artificiel et de l'analyse chimique, par C. Husson, pharmacien de 1re classe. — 1 vol. in-18, avec figures dans le texte, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 fr. 50 c.

Contribution à l'étude des hernies étranglées, par le professeur A. Ripoll. — In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

La science expérimentale, par Claude Bernard, membre de l'Institut. — Avec figures intercalées dans le texte. — 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Essai sur la méningite en plaque ou scléreuse limitée à la base de l'encéphale, par le docteur Labarrière. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Leçons sur les maladies des voies urinaires faites à l'École pratique de la faculté de médecine de Paris, par le docteur Reliquet, ancien interne des hôpitaux, etc. Premier fascicule : miction, spasme de la vessie et de l'urèthre, action du chloroforme sur l'urèthre et la vessie. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 44. — SAMEDI 13 AVRIL 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 13 AVRIL 1878. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Spasmes de la vessie dus aux affections des reins.

La colique néphrétique, quelle qu'en soit la cause, provoque toujours une excitation violente et des spasmes de la vessie qui se traduisent par des envies fréquentes d'uriner et une véritable dysurie. Voici quelques exemples de ce genre d'influence d'une affection néphrétique sur les troubles de la miction, que nous trouvons dans l'une des leçons du cours de M. le docteur Reliquet à l'École pratique sur les maladies des voies urinaires (1).

Je fus appelé, dit M. Reliquet, près d'un malade qui rendait de temps en temps de petites agglomérations de cristaux d'acide urique. Tout se passait presque sans douleur; un peu de chatouillement dans le canal de l'urèthre lorsque ces agglomérations de cristaux y passaient ou lorsqu'elles y restaient entre deux mictions. Ce malade avait en même temps une hydrocèle dont il demandait à être débarrassé. Avant d'accéder à son désir, je lui fis prendre de l'eau de Contrexéville et du lait. Il se passa quelque temps sans qu'il rendît du gravier. Lorsque je me décidai à opérer l'hydrocèle, il urinait abondamment à la fois et à des intervalles éloignés. Au moment où la tunique vaginale était distendue par la teinture d'iode injectée, le malade fut pris brusquement d'une douleur excessive, qu'il rapportait d'une façon vague à tout l'abdomen, et d'un besoin d'uriner impérieux. Après quelques instants, la douleur se localisa dans le rein gauche, allant du rein à la vessie. Puis le ténesme vésical incessant provoque l'évacuation d'une petite quantité de liquide avec douleur violente dans la verge. L'anxiété était énorme. De larges cataplasmes appliqués en ceinture, des lavements laudanisés, de grands bains prolongés, rien ne calma. Je fis alors des injections de chlorhydrate de morphine, commençant par deux centigrammes, sans rien obtenir. J'appliquai les courants électriques descendants du rein au périnée sans résultat. Je donnai un purgatif salin, ordinairement si utile dans les coliques néphrétiques; les évacuations abondantes ne furent suivies d'aucune cessation dans les phénomènes douloureux et dans les spasmes vésicaux. Le malade continuait à prendre du lait, dans l'espoir de provoquer la descente d'un gravier. Je lui fis une nouvelle injection de chlorhydrate de morphine dans le bain; je commençai par 3 centigr.; un quart d'heure après, j'injectai 2 centigrammes et fus assez heureux pour provoquer le sommeil. Il y avait plus de 36 heures que les accidents aigus duraient. Le malade resta une heure et demie dans le bain sans uriner. La première miction fut sans douleurs. On insista sur le lait bu en quantité. Soixante-douze heures après le début de cette colique néphrétique, le malade rendit une agglomération de cristaux d'acide urique.

On voit par cet exemple un accès de colique néphrétique provoqué par l'injection iodée dans la tunique vaginale dans l'opération de l'hydrocèle, provoquant à son tour un état spasmodique violent de la vessie, qui ne cesse qu'avec l'expulsion d'une agglomération de cristaux d'acide urique, par laquelle se termine l'accès.

Dans tous les cas de coliques néphrétiques aiguës que M. Reliquet a eu l'occasion d'observer, il y a eu des symptômes de surexcitation de la vessie.

L'irritation prolongée et continue des uretères ou de la surface des reins par des graviers, lui a paru provoquer également un état de spasme de la vessie qui prend la forme chronique, avec exacerbations plus ou moins rapprochées, selon le degré de l'irritation produite par les graviers dans les voies urinaires supérieures.

Un exemple frappant de ce genre a été celui d'un jeune homme qui éprouvait de fréquentes envies d'uriner avec des douleurs en urinant et dont les urines étaient catarrhales. Ces phénomènes spasmodiques de la vessie étaient momentanément calmés par des courants électriques continus, mais ils revenaient sous l'influence de la moindre cause. Ces alternatives durèrent jusqu'à ce qu'une colique néphrétique franche, terminée par une évacuation de gravier, vînt indiquer la véritable cause de ces spasmes, en les faisant cesser.

Ces spasmes douloureux de la vessie et de l'urèthre, dus à l'existence de graviers ou de calculs dans les reins et les uretères, s'observent fréquemment dans les cas de pyélo-néphrite calculeuse. M. Reliquet dit avoir trouvé plusieurs fois chez la femme la véritable cause de ces spasmes dou-

(1) Leçons sur les maladies des voies urinaires faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris par M. le docteur Reliquet (1er fascicule), in-8°, Paris, 1878.

loureux et violents de la vessie et de l'urèthre, contre lesquels tous les moyens thérapeutiques locaux sont sans action, en découvrant l'existence de calculs dans les reins.

Certaines formes de néphrite provoquent aussi cette excitation spasmodique. M. Reliquet a eu à donner ses soins à un confrère habitant un pays chaud et paludéen, en proie à une vive excitation de la vessie et de l'urèthre, qui avait fait croire à plusieurs médecins à l'existence d'une pierre. Il avait, en outre, un rétrécissement de l'urèthre qui nécessita l'uréthrotomie interne. Le soir même de l'opération, il avait des douleurs uréthrales et vésicales que M. Reliquet fit cesser au moyen de courants électriques continus appliqués localement. Tout se passa normalement les jours suivants. Le canal fut cautérisé plusieurs fois sans provocation nouvelle de douleurs. Il se passa ainsi deux mois de parfaite santé, et le malade retourna dans son pays. Cinq mois après, il vint de nouveau trouver M. Reliquet ; les spasmes de la vessie avaient reparu avec une acuité excessive. Il urinait tous les quarts d'heure et la miction était suivie chaque fois d'une douleur excessivement violente. L'examen microscopique des urines fit connaître la présence de tubes d'épithélium, résultat de la desquamation rénale. Convaincu qu'il se trouvait en présence d'une néphrite d'origine palustre, M. Reliquet conseilla l'usage d'un traitement hydrothérapique ; sous l'influence de ce traitement les douleurs avaient complétement disparu et les mictions étaient redevenues normales au bout d'une huitaine de jours.

Dans un autre fait, il s'agit d'un malade qui avait depuis plusieurs mois un calcul occupant l'extrémité inférieure de l'uretère et son orifice vésical, sans avoir provoqué aucune espèce de phénomène spasmodique de la vessie. Mais de petits graviers, étant venus à s'accumuler derrière le calcul, provoquèrent une colique néphrétique, laquelle fut accompagnée d'envies fréquentes d'uriner et de douleurs en urinant.

Ces divers exemples renferment un enseignement pratique important. Ils montrent l'influence de l'état des reins sur les spasmes de la vessie et l'utilité par conséquent d'examiner attentivement l'état des reins afin de diriger de ce côté les moyens thérapeutiques appropriés toutes les fois qu'on aura constaté des spasmes de la vessie qui ne peuvent être expliqués par aucune autre cause connue ou facile à apprécier, comme des excitations directes de son col ou de ses parois par des corps étrangers.

Du traitement de l'anévrysme de l'aorte par l'électropuncture.

La *Gazette des hôpitaux* a rapporté, dans les numéros du 17 juillet et du 30 octobre de l'année dernière, l'intéressante observation de traitement d'un anévrysme de l'aorte par l'électropuncture de M. le docteur Dujardin-Beaumetz. Dans la dernière séance de la société de thérapeutique, M. Dujardin-Beaumetz a constaté que ce mode de traitement, qu'il a le premier appliqué avec succès en France, tend à se généraliser. Cette opération a été faite trois fois depuis, deux fois par M. Potain et une fois par M. Ball. Dans ces trois cas l'application de cette méthode a amené une amélioration très-notable. L'anévrysme siégeait chez ces trois malades à l'aorte thoracique ; deux occupaient l'aorte à son origine et formaient des poches occupant le côté gauche du thorax ; un troisième siégeait à la région dorsale et avait son origine dans la portion dépendante de la crosse de l'aorte ; dans ce dernier cas, une paraplégie était la conséquence de cette tumeur. Cinq séances ont été faites à trois semaines d'intervalle et ont produit une diminution dans la paraplégie et une grande diminution dans les battements.

Ces anévrysmes ne s'accompagnaient d'aucune altération du cœur.

Le procédé opératoire a été le même.

M. Dujardin-Beaumetz pense que l'électricité agit en ce cas en enflammant la poche, plutôt qu'en amenant directement la coagulation de l'albumine et de la fibrine ; c'est ainsi que s'expliquerait l'apparition tardive de l'amélioration qui ne se produit que de huit à quinze jours après l'application de l'électricité.

Ces faits rapprochés de celui qu'il a fait connaître l'année dernière et de ceux qui ont été publiés à l'étranger, notamment en Italie et en Angleterre, le portent à considérer ce mode de traitement comme le meilleur et le plus efficace de tous ceux qui ont été préconisés jusqu'à présent. Toutefois il est loin de sa pensée d'exclure l'usage de la glace et celui de l'iodure de potassium, qui comptent aussi des succès. Il est même d'avis qu'il convient d'essayer d'abord ces moyens et de ne recourir qu'en cas d'insuccès à l'électropuncture, qui restera comme une ressource ultime précieuse.

MM. Constantin Paul, Édouard Labbé et Bucquoy ont rappelé à cette occasion des succès obtenus par l'iodure de potassium ; mais il paraîtrait que dans ces cas il y avait une influence syphilitique. C'est là une indication importante, à ne pas négliger.

De l'action de l'ergot de seigle et, en particulier, de son influence sur la tunique musculeuse des vaisseaux.

L'action hémostatique de l'ergot de seigle, si bien constatée cliniquement et si heureusement utilisée par la thérapeutique, n'était encore jusque dans ces derniers temps qu'imparfaitement connue dans son mécanisme et son action physiologique. C'était à la physiologie expérimentale qu'il incombait de nous éclairer sur ce point. De divers côtés et sur divers points, les expérimentateurs se sont mis à l'œuvre, et, sans nous avoir dit peut-être encore le dernier mot, ils ont éclairé déjà d'une lumière assez vive les points principaux du problème pour que nous croyions devoir porter à la connaissance de nos lecteurs des résultats qui seront certainement d'une grande utilité à la clinique, en élargissant le champ des indications et en leur donnant surtout une bien plus grande précision.

Holmes (de Philadelphie), si prématurément enlevé à la science, ayant le premier, en 1869, soumis à l'observation expérimentale l'ergot de seigle, constata, sous le microscope, la contraction et par conséquent la diminution du calibre des vaisseaux de la membrane interdigitale, de la muqueuse linguale ou du mésentère de grenouilles sous la peau desquelles il injectait quelques gouttes seulement, soit de macération aqueuse d'ergot, soit d'ergotine. Holmes essaya même de démontrer l'action directe de l'ergot sur les fibres musculaires lisses, en enlevant le ganglion cervical supérieur chez des animaux auxquels il administrait l'ergot, et chez lesquels il observait, malgré cette énervation, la contraction plus ou moins permanente des vaisseaux de la langue et la dilatation pupillaire.

Ces tentatives, sans résoudre complétement le problème, lui faisaient faire un grand pas. Les recherches de MM. Peton et Laborde ont pour but d'en compléter la solution.

Ces deux expérimentateurs ont tout d'abord observé à découvert ce qui se passait dans un utérus gravide, dans les conditions expérimentales suivantes :

Chez une chienne de taille moyenne, soumise à la respiration artificielle, l'artère crurale est mise à nu et préparée pour l'injection intra-veineuse. Le thorax et le ventre sont ouverts de façon à mettre à découvert le cœur d'un côté et l'utérus de l'autre. — Par une coïncidence heureuse pour l'expérimentateur, l'utérus se trouve être en état de gravidité.

Première injection, à trois heures quarante, de 6 centimètres cubes d'une solution d'ergotine de Bonjean, dans laquelle 6 centimètres cubes de la solution représentent 1 gramme d'extrait.

Pas de modification très-notable du côté du cœur.

Quelques contractions légères et partielles à la surface de la corne utérine en gestation.

Deuxième injection de 6 centimètres cubes de la solution à trois heures cinquante (dix minutes environ après la première).

Les battements cardiaques diminuent de fréquence, mais deviennent plus énergiques.

Les contractions utérines s'accentuent, mais ne sont pas encore généralisées.

Troisième injection, de quatre heures dix à quatre heures quinze : toujours 6 centimètres cubes de la solution, représentant 1 gramme de principe actif.

Presque immédiatement après l'injection apparaissent d'énergiques contractions, se faisant successsivement de haut en bas, comme en tire-bouchon, formant, de distance en distance, des nœuds qui marquent une séparation complète entre chaque fœtus. Bientôt cette sorte d'accès de contraction diminue peu à peu et cesse à peu près complétement.

Mais, aussitôt qu'une injection nouvelle est poussée, les mêmes contractions recommencent et se produisent avec la même énergie et la même forme.

On aperçoit, en outre, que les vaisseaux relativement volumineux, qui rampent à la surface de l'utérus, ont très-notablement diminué de calibre depuis le commencement de l'expérience, et que cette diminution augmente visiblement à chaque nouvelle injection. On assiste, en un mot, à une contraction successive et progressive des parois des vaisseaux que l'on a sous les yeux, comme aux contractions provoquées des fibres utérines.

Les vaisseaux artériels sont les premiers et le plus énergiquement influencés; ils se contractent peu à peu, de façon à revenir presque complétement sur eux-mêmes et à chasser tout le sang qu'ils contiennent. Il en est de même des veines, mais plus tardivement et plus lentement. Le même phénomène se reproduit, comme pour les fibres utérines, instantanément après chaque poussée nouvelle de l'injection.

Dans le but de constater ce qui se passerait en cas d'hémorrhagie, MM. Peton et Laborde ont ouvert par une piqûre une des artères et des veines qu'ils avaient sous les yeux ; la quantité de sang qui s'écoulait était loin d'être en proportion avec le calibre réel des deux vaisseaux, et cet écoulement a très-notablement et progressivement diminué à la suite d'une injection nouvelle, faite à quatre heures cinquante, et qui a été la dernière, le cœur ayant cessé de battre vers cinq heures dix.

L'utérus étant immédiatement ouvert, on a constaté la mort récente de tous les fœtus qu'il contenait, et qui n'étaient encore guère qu'à mi-terme.

Bien que l'attention des expérimentateurs se soit particulièrement portée, dans ce cas, du côté de l'utérus, ils ont constaté aussi du côté de l'intestin des contractions énergiques se produisant, après chaque injection, au même moment que les contractions utérines, et affectant une forme semblable.

Deux faits distincts, quoique simultanés, ressortent de cette expérience :

La mise en jeu de la contraction des fibres utérines d'un côté, des fibres musculaires des vaisseaux, de l'autre ; chacun de ces phénomènes étant indépendant l'un de l'autre, bien qu'étant, au fond, de même nature, car il s'agit, en somme, d'une influence identique s'exerçant sur des éléments anatomiques identiques : *la fibre musculaire lisse.*

Mais il n'était pas indifférent de démontrer expérimentalement la réalisation indépendante et, en quelque sorte, individuelle du phénomène dans les muscles lisses des vaisseaux et ceux des autres organes.

MM. Peton et Laborde se sont placés dans des conditions encore plus démonstratives que celles de l'expérience précédente en observant isolément des vaisseaux dont le siège et la disposition sont des plus favorables à cette recherche, les vaisseaux de l'oreille du lapin.

Une injection hypodermique d'une solution de deux grammes d'extrait d'ergot, pratiquée à la base des oreilles d'un lapin albinos, produit, à partir de la 5ᵉ ou 6ᵉ minute, un commencement d'anémiation des deux oreilles et de dilatation simultanée des pupilles. Cette anémiation débute par les réseaux vasculaires de la périphérie et de l'extrémité de l'oreille, pour gagner de proche en proche les vaisseaux centraux et basilaires, et s'étendre bientôt à toute la zone vasculaire de l'organe.

On voit en même temps les artères se rétrécir peu à peu, leurs parois revenir sur elles-mêmes, finalement s'effacer plus ou moins complétement, et chasser la majeure partie du sang qu'elles contenaient ; de telle sorte que ces sortes de voiles membraneux qui, dans les conditions normales et vus par transparence, apparaissent sillonnés de vaisseaux et colorés d'un rouge plus ou moins vif, sont, à la suite de l'injection d'ergot, pâles et presque complétement décolorés. Ils se sont en même temps considérablement refroidis.

Ce fait expérimental montre, dans toute son évidence, l'influence de l'ergot sur la paroi contractile des vaisseaux, indépendamment de tout autre phénomène de contraction de voisinage comme dans l'utérus. Mais comment s'exerce cette influence ? Est-ce par l'intermédiaire du système nerveux, ou bien est-ce directement, en provoquant la contraction de la fibre musculaire lisse, sans l'intervention du nerf, qui l'anime ?

Cette question a été résolue, en pratiquant chez ce même lapin la section du filet cervical du grand sympathique d'un côté. On a obtenu presque immédiatement dans l'oreille correspondante les phénomènes bien connus de vasculo-dilatation et de calorification, grâce à l'énervation et par conséquent à la paralysie de la tunique musculeuse des vaisseaux auriculaires, auxquels se distribue le nerf grand sympathique. Or, si dans ces conditions on injecte comme précédemment sous la peau de cette oreille privée de vasomoteurs, plus rouge et plus chaude que sa congénère laissée en son état normal, deux grammes d'extrait d'ergot en solution, on voit, au bout de cinq à six minutes, se produire et augmenter progressivement la réduction du calibre des vaisseaux paralysés et dilatés, l'anémie et une pâleur plus ou moins complètes s'ensuivre, et l'abaissement simultané de la température se faire proportionnellement.

La section du nerf grand auriculaire, complétant l'énervation totale des vaisseaux de l'oreille, a eu les mêmes résultats.

L'action directe, immédiate, de l'ergot de seigle sur la fibre musculaire lisse des tuniques artérielles, en l'absence de toute implication nerveuse, se trouve ainsi démontrée, de la façon la plus nette.

Dans les expériences dont on vient d'indiquer les résultats sommaires, l'introduction de la substance a été faite par injection hypodermique, et sur le lieu même ou du moins dans le voisinage le plus prochain du lieu où l'on voulait étudier son action. Il n'était pas sans intérêt ni sans importance, au point de vue des applications pratiques, de s'assurer de ce qui arriverait comparativement si l'injection était faite à une plus ou moins grande distance de la région ou de l'organe en observation.

Dans ce but, après avoir pratiqué chez un de nos lapins l'énervation complète de l'une des oreilles, MM. Peton et Laborde ont injecté, non plus à la base de l'oreille même, mais le plus loin possible, sous la peau de l'une des pattes postérieures, toujours la même dose d'extrait d'ergot : 2 grammes dans 5 c. c. d'eau.

C'est à peine si, une heure après l'injection, ils ont aperçu une différence appréciable dans l'injection de l'oreille énervée; la température n'a pas été non plus sensiblement modifiée, et la pupille correspondante est restée contractée relativement, comme elle l'était après la section du sympathique.

On sera frappé de ce résultat, si on le compare à celui qui a été obtenu à la suite de l'injection *in situ*, l'anémie se produisant alors non-seulement d'une manière constante, mais avec une rapidité et une intensité remarquables.

Plus frappante encore sera la différence des effets produits, si, au lieu de recourir à l'injection hypodermique, soit *in situ*, soit à distance, on introduit l'ergot par l'estomac, l'ingestion stomacale étant, en général, bien moins favorable à l'absorption de la substance médicamenteuse, à sa diffusion dans l'organisme par l'intermédiaire de la circulation sanguine, et partant à la mise en jeu de son action physiologique élective. Ainsi s'expliquent clairement les résultats si différents obtenus récemment, dans le traitement de certaines hémorrhagies, selon le mode d'administration de l'extrait d'ergot, l'ingestion stomacale donnant lieu à des effets beaucoup plus tardifs, moins sûrs, et exigeant des doses beaucoup plus considérables que l'injection sous-cutanée, surtout l'injection pratiquée le plus près possible de la région ou de l'organe auxquels s'adresse le médicament.

Cette tendance particulièrement localisatrice de l'action de l'ergot de seigle nous paraît résulter et se déduire immédiatement de l'électivité même de cette action, c'est-à-dire de ce que l'on pourrait appeler l'affinité de l'ergot pour la fibre musculaire lisse, indépendamment du système nerveux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Du Psoriasis (1).

III

Le traitement du psoriasis comprend des moyens locaux et des moyens généraux.

Les premiers consistent dans l'emploi de certaines pommades, de frictions et de bains.

Dans cette maladie, qui ne s'accompagne pas d'inflammation de la peau, on peut impunément employer des pommades assez irritantes, sans crainte d'irriter la peau et d'augmenter l'intensité du mal. Les meilleures sont évidemment les pommades à base de goudron, soit pur, soit mélangé avec de l'huile. Dans ce cas, la substance active est associée à l'huile ou à l'axonge dans des proportions variables, tantôt au 1/10, au 1/5, au 1/4; tantôt à parties égales. Sous l'influence de frictions un peu rudes, faites avec cette préparation, les squames tombent, laissant à découvert la rougeur caractéristique de la peau qui, elle-même, finit par disparaître. Le goudron que j'emploie de préférence dans cette affection, est celui qui provient du genévrier ou huile de cade. Cette substance qui, dans quelques cas, peut être employée pure, a pour effet de déterminer une inflammation assez vive de la peau, laquelle est bientôt suivie de la chute des squames et de la disparition de la rougeur.

A côté de ces pommades, il en est d'autres que l'on a encore conseillées. Ce sont, en général, des préparations mercurielles. Telles sont les pommades que l'on obtient en mélangeant avec de l'axonge soit du protoiodure de mercure, dans la proportion de 1/60 ou de 1/30; soit de l'onguent citrin ou sulfure de mercure, au 1/5 au 1/10. Telle est encore la pommade au sulfo-phosphure de mercure. Mais ces préparations ont l'inconvénient d'irriter beaucoup la peau, et, de plus, de déterminer des accidents d'intoxication mercurielle, et notamment la salivation.

On a également recommandé l'emploi des pommades sulfurées, à l'oxyde de zinc, au chloral, mais elles ne donnent guère de résultats satisfaisants, et presque toujours on est obligé, en désespoir de cause, d'en venir aux préparations de goudron malgré la répugnance qu'elles inspirent aux malades à cause de l'odeur désagréable qu'elles exhalent, laquelle trahit les gens qui en font usage, et la coloration brune qu'elles donnent à la peau.

Quant à moi, voici la pratique que je suis dans ces conditions. J'ai pour habitude de faire frictionner les malades, tous les soirs, soit avec de l'huile de cade pure, soit avec des pommades au goudron, au 1/5, au 1/4 ou au 1/3; puis, le lendemain matin, je fais suivre cette opération d'une friction énergique avec une solution de savon, et particulièrement de savon noir, étendu d'eau.

A ces moyens, j'ajoute l'usage des bains, et principalement des bains émollients. Les bains sulfureux, alcalins, donnent, en effet, de moins bons résultats que ceux dans lesquels on a ajouté du son ou de l'amidon. Mais j'ai soin d'employer alternativement, avec ces derniers, les bains de vapeur qui exercent leur action sur les parties supérieures du corps, sur la figure, le cuir chevelu; c'est ainsi que je donne par semaine deux bains d'eaux et deux bains de vapeur.

Mais, si vous n'employiez que des moyens locaux, leur action serait bien vite épuisée et vous ne tarderiez pas à voir l'éruption reparaître avant peu de temps. Aussi convient-il de joindre à l'usage des topiques un traitement général et médicamenteux.

Pour les substances qui, données à l'intérieur, agissent efficacement contre le psoriasis, celles auxquelles on doit donner la préférence sont incontestablement l'arsenic et ses diverses préparations. La meilleure de toutes, celle que j'ai pour habitude de prescrire à mes malades, est la suivante :

Eau distillée.	300 grammes.
Arséniate de soude. . .	10 centigr.

(1) Voir le numéro du 4 avril.

On prend par jour deux cuillerées à bouche de cette solution, l'une avant déjeuner, l'autre avant dîner. Le malade absorbe ainsi journellement 1 centigramme de substance active, dont l'action sur l'économie est telle que, alors même que l'on n'emploie pas concurremment les topiques, on voit, au bout de peu de temps, les plaques s'affaisser, puis disparaître complétement.

A côté de cette solution, je vous citerai la liqueur de Fowler, que l'on donne à la dose de quatre, huit, douze, seize gouttes par jour, en deux ou trois fois. Mais cette préparation qui, dans les cas rebelles, invétérés, amène quelquefois de bons résultats, a l'inconvénient de déterminer du côté de l'estomac une irritation telle que l'on est bientôt obligé d'en suspendre l'usage.

Les préparations d'arséniate de fer ont été également recommandées. La non-toxicité de ce sel permet de le donner à dose relativement élevée. M. Bazin en fait prendre 5, 6, quelquefois 10 centigrammes par jour à ses malades, sous forme de pilules. Il emploie la formule suivante :

Arséniate de fer.	1 gramme.
Conserve de roses.	Q. S.

pour 100 pilules.

Après ces différentes préparations d'arsenic, on a conseillé encore la teinture de cantharides : cinq, dix, quinze gouttes par jour. Mais c'est un moyen peu sûr, qui détermine des accidents du côté de l'estomac et des voies urinaires.

Le phosphore également, a été donné à l'intérieur à la dose de 1 milligramme par jour, soit pur, soit associé à l'huile ou à l'éther, dans la proportion de 1 centigramme de substance active.

Mais, comme la teinture de cantharides, ce médicament a l'inconvénient d'être très-mal supporté, de sorte qu'au bout de quinze jours, trois semaines, on est obligé d'en suspendre l'usage.

Enfin, dans quelques cas rebelles, il m'est arrivé d'administrer le copahu. Ayant, en effet, dans mon service à l'hôpital Saint-Louis un malade qui était atteint, en même temps, de psoriasis et de blennorrhagie, je résolus, avant de traiter la première affection, de combattre la seconde. A cet effet, je prescrivis le copahu. Au bout de quelques jours de ce traitement, je fus très-étonné de voir les plaques de psoriasis s'affaisser, en même temps qu'apparaissait sur la peau une éruption copahique. J'en ai conclu que le baume de copahu avait agi en déterminant une inflammation cutanée substitutive, que l'on pouvait utiliser avec profit dans le traitement de l'affection qui fait l'objet de cette leçon. Malheureusement, ce n'est pas un moyen constant.

Enfin, il ne faut pas oublier, dans le traitement du psoriasis, de tenir compte du régime. C'est ainsi que l'on devra proscrire de l'alimentation de ces malades certains aliments tels que le poisson, les coquillages, le gibier, les viandes salées, et qu'on leur recommandera de s'abstenir de café, de vin pur, de liqueurs alcooliques, etc. Le régime diététique sera, au contraire, celui auquel on s'adressera de préférence, si l'on veut prévenir le retour de la maladie. D'autre part, on veillera à ce que les sujets atteints de psoriasis ne se fatiguent pas outre mesure, et on leur interdira d'une façon absolue les veilles trop prolongées, les travaux qui exigent une longue tension de l'esprit, et surtout les excès quels qu'ils soient.

Enfin, des moyens très-vantés et desquels on peut tirer parti dans ces circonstances, ce sont les eaux minérales. Mais rappelez-vous bien qu'aucune ne guérit et que toutes guérissent, c'est-à-dire que, par cela même que les malades se baigneront tous les jours, et qu'ils resteront dans le bain pendant un certain temps, surtout alors que les eaux seront chaudes et un peu irritantes, il en résultera une action utile sur la disparition du psoriasis.

Enfin, je ne veux pas terminer cette énumération sans vous dire quelques mots d'une station thermale très-vantée en ce moment, et qui, à en croire la plupart des médecins, aurait la propriété de guérir le psoriasis. J'entends les eaux arsenicales de la Bourboule. Il n'en est rien. On a cité, il est vrai, quelques exemples de guérison, mais, jusqu'à présent, je n'en ai pas encore observé. Mon collègue, M. Bazin, qui a plusieurs fois conseillé à ses malades un séjour à cette station, et que j'ai consulté à ce sujet, ne m'en a lui-même cité qu'un seul exemple, et voici dans quelles conditions la guérison s'est effectuée. Il s'agissait d'un individu qui, depuis vingt ans, souffrait d'un psoriasis extrêmement rebelle. Il est allé deux fois à la Bourboule : la première année, il revint amélioré; l'année suivante, le psoriasis avait disparu définitivement, mais un cancer de la langue était survenu, qui emporta le malade en six ou huit mois.

REVUE DE LA PRESSE.

Observation de calcul salivaire. — La *Lancette* anglaise publie, en quelques mots, une observation fort intéressante de calcul salivaire. Il siégeait immédiatement au-dessous de la muqueuse sublinguale, au niveau du frein, ne pesait pas moins de cent grammes et sa longueur était de deux pouces environ. Ce calcul, l'un des plus volumineux qui aient été signalés jusqu'ici, avait une surface irrégulière (calcul mûral). Il formait dans la bouche une tumeur considérable, provoquait une salivation très-abondante et très-pénible et des phénomènes réflexes de contracture du côté des muscles moteurs maxillaires. Quelques cautérisations au nitrate d'argent ont suffi pour amener le retrait et la cicatrisation de la poche qui le contenait. Il est à regretter que l'auteur ne nous ait pas donné l'analyse de cette concrétion. (*Lyon méd.*)

De l'avortement criminel ; importance médico-légale de la rupture des membranes. — MM. Gallard et Leblond ont soulevé à la Société de médecine légale, dit le docteur Lutaud, une question des plus importantes. Ils ont cherché à établir que les avortements des trois premiers mois de la grossesse se font *en bloc* et en un seul temps, c'est-à-dire qu'au moment de son expulsion, l'embryon est toujours enveloppé de ses membranes *intactes*. A partir du troisième mois, la rupture a lieu et l'accouchement se fait en deux temps.

Ce fait est à observer, et l'on pourra en tirer des indices avantageux. Il ne peut être considéré comme un signe certain d'avortement provoqué, parce qu'il pourrait se faire que, même dans un avortement provoqué, les membranes fussent intactes, notamment quand la dilatation du col a été faite au moyen de l'éponge préparée. (*Courrier méd. et Gaz. obst.*)

Entérocèle rétro-péritonéale. Étranglement de l'intestin, perforation. Mort. — M. Lataste, interne de l'hôpital Saint-Antoine, au service de M. le Dr Ball, rapporte l'observation dont voici le résumé : Un cocher, âgé de 37 ans, de forte constitution, portait depuis trois ans dans la région inguinale gauche une tumeur herniaire qu'il maintient réduite par un bandage. Mais depuis quelque temps déjà elle reste réduite, et on n'en trouve aucune trace. Il entre à l'hôpital, se plaignant de constipation, d'insomnie, et de violentes douleurs abdominales revenant par accès, depuis quatre jours. Abdomen météorisé. Matité dans la fosse iliaque gauche, et léger

empâtement mal délimité. On ne retrouve pas la tumeur herniaire dont parle le malade : les anneaux sont libres, rien ne vient faire saillie lorsque le malade tousse ou fait un effort. Un purgatif prescrit provoque une selle abondante.

A la suite d'une indigestion provoquée par sa gourmandise, le malade est repris, trois jours après, de vomissements. On sent une tumeur résistante dans la fosse iliaque gauche ; mais elle estsituée au-dessus de l'arcade fémorale, remontant en haut, en arrière et en dehors. Ce siège, qui paraît profond, fait songer à une accumulation de matières fécales dans l'S iliaque ; on ne retrouve aucun signe de l'ancienne hernie. Les accidents s'aggravent la semaine suivante, et le malade succombe rapidement.

A l'autopsie, on trouve les lésions d'une péritonite : puis, en examinant la paroi abdominale du côté gauche, on voit une anse intestinale pénétrer à travers l'orifice interne du canal inguinal. A cet orifice fait suite un sac formé par le refoulement du péritoine. Le trajet inguinal ne paraît pas dilaté, et le sac, au lieu de s'engager dans sa direction, se porte en haut et en dehors, dédoublant, en quelque sorte, la paroi abdominale pour se placer entre le feuillet pariétal du péritoine doublé du tissu cellulaire sous-jacent, et la face postérieure des muscles de la paroi abdominale antérieure. Aussi la tumeur herniaire, trouvant moins de résistance en arrière, s'était-elle développée du côté de la cavité abdominale où elle formait une tumeur du volume d'une orange qui était recouverte par le péritoine. Ce sac sous-péritonéal ne renfermait que l'anse intestinale, et pas d'épiploon quoique la tumeur soit toujours restée mate à la percussion. Au niveau du collet du sac, c'est-à-dire, au siège même de l'orifice péritonéal, l'intestin était étroitement serré par le collet ; d'où sa mortification et une perforation occupant près de la moitié de sa circonférence. (*France méd.*)

De l'influence de l'attitude des membres sur leur articulation, par M. le docteur Masse de Montpellier. — La physiologie des articulations étant un des sujets qui présentent le plus de lacunes, nous nous empressons d'extraire les considérations suivantes de l'analyse faite par M. le docteur Henriet de ce travail expérimental et clinique.

Il résulte des recherches de Bonnet, de J. Guérin, d'Albert et de Courty, que certaines attitudes sont plus favorables que d'autres au repos des articulations et des parties ligamenteuses ou musculaires qui les entourent. Bonnet, injectant de l'eau dans les cavités articulaires, démontra que l'injection forcée plaçait ces articulations dans des positions déterminées. Il en tira cette conclusion que ces positions étaient celles où l'espace compris entre les surfaces articulaires était le plus large. D'une part, cette expérience pouvait servir dans une certaine mesure à expliquer la cause des attitudes des membres à la suite d'épanchements synoviaux rapides et abondants. D'autre part, on en pouvait déduire avec raison que, dans ces mêmes positions, les surfaces osseuses étaient le moins en contact, les séreuses synoviales et les ligaments le moins tendus. L'examen des muscles environnants fit reconnaître qu'en même temps ceux-ci étaient à leur degré maximum de relâchement relatif. Ces mêmes attitudes sont celles qu'affectent les malades à certaines périodes des arthrites ; et l'individu au repos, couché, par exemple, tend généralement à prendre des positions analogues. Il résulte donc qu'il y a, pour chaque membre et pour chaque articulation, une attitude moyenne, une attitude de repos. Exemple : pour la cuisse, l'attitude de repos est une légère flexion, avec abduction faible et rotation en dehors ; pour le genou, un léger degré de flexion de 140° environ (c'est précisément dans cette position que les mouvements de latéralité de l'articulation sont possibles, ce qui prouve le relâchement ligamenteux). Pour le poignet, l'attitude moyenne ou de repos est celle où la main fait avec la face dorsale de l'avant-bras un angle de 170° ; dans cette position, les os de la première rangée du corps sont dans le prolongement du plan de l'avant-bras. Pour l'articulation tibio-tarsienne, cette même position est obtenue quand le pied fait avec la jambe un angle droit ; pour le coude, c'est quand le bras fait avec l'avant-bras un angle de 100 à 110° ; pour l'épaule, c'est l'attitude que prend le bras quand vous l'abandonnez à son propre poids.

Ces attitudes moyennes sont celles que prend le malade, au moins au début d'une arthrite, alors qu'il cherche surtout, instinctivement, à relâcher ses ligaments et ses muscles, pour éviter la douleur due à la pression réciproque des surfaces articulaires, ou à la tension des liquides épanchés. Ainsi, au début de la coxalgie, c'est dans la rotation en dehors, avec abduction et flexion légères, que le malade laisse reposer son membre, dans les premières périodes de la maladie. Mais, plus tard, c'est surtout l'immobilité absolue du membre que recherchera le malade afin d'éviter les crises douloureuses que provoque le moindre choc : alors, se défendant instinctivement contre cette appréhension, il cherche à sa cuisse un point d'appui et une protection contre son tronc, il fléchit son genou sur son ventre. A ces causes viennent d'ailleurs s'en ajouter d'autres, telles que le décubitus sur le côté sain, la contraction musculaire, si efficace dans les abducteurs, etc.

De ces faits découlent donc, pour le chirurgien, deux pratiques différentes à remplir. Dans une première période, si la résolution est possible, il devra choisir l'attitude de repos, et imiter la nature. Mais, dans la seconde période, si l'ankylose est à craindre, il devra renoncer à cette première attitude de repos, et mettre le membre dans une situation la plus favorable au membre ankylosé. Parfois, d'ailleurs, les deux positions sont identiques, exemple, pour le pied ; sur le genou, la position sera presque la même : il ne faut pas redresser le genou jusqu'à l'extension forcée, parce qu'il est démontré que la marche est plus facile lorsque la jambe est ankylosée dans une très-légère flexion. (*Tribune méd.*)

Nouveau mode de drainage avec les crins de cheval, par le professeur Lister. — Dans une leçon faite à King's College's Hospital, Lister rapporte l'observation d'une jeune fille à laquelle il a dû pratiquer la résection de l'extrémité inférieure des condyles fémoraux pour obvier à une flexion permanente de la jambe avec subluxation, le fémur s'étant allongé par l'hypertrophie des condyles. Après cette résection, les extrémités tibiale et fémorale étaient en contact si intime, que toute tentative de drainage à l'aide des tubes de caoutchouc eût été illusoire. L'illustre créateur de la méthode antiseptique ne se tint pas pour battu, et eut alors recours à un drain en crin de cheval. Ces drains agissent par capillarité, et, chaque crin étant individuellement incompressible, leurs interstices ne peuvent être oblitérés par aucune pression. Lister a été amené à cette pratique par l'exemple du docteur Chiesse (d'Edimbourg) qui, il y a quelque temps, substitua aux drains de caoutchouc le catgut. Il espérait que ces drains agiraient par capillarité, et que, le catgut étant absorbé par les tissus, on ne serait pas dans la nécessité d'éxécuter toutes les manœuvres qu'exigent l'ablution des drains et leur changement quand ils sont altérés ou lorsqu'il y a lieu de diminuer leur calibre. Dans le drainage avec les crins de cheval, en enlevant chaque jour un ou deux crins, on diminue graduellement le volume.

Le drain en crin n'a pas seulement sur le catgut la supériorité de ne pas être absorbé et par conséquent de pouvoir être laissé en place autant qu'il est nécessaire, mais encore, dans quelques cas, il a l'avantage contraire de pouvoir être de bonne heure diminué de volume ou enlevé sans la moindre difficulté, et cela au bout d'un temps beaucoup moins long que celui qu'a exigé l'absorption du catgut. Et pendant que cette absorption se produit, le drain de catgut s'infiltre de cellules embryonnaires, il se forme entre les fils des vaisseaux capillaires, de sorte que l'on ne saurait y toucher sans les déchirer et amener un suintement sanguin. Et, si l'on attend jusqu'à l'entière absorption de ce drain, il restera vers ses extrémités de petites plaies granuleuses qu'il faudra laisser se fermer. La cicatrisation en sera retardée d'autant. Ajoutons enfin que les fils du catgut se gonflent et s'agglutinent entre eux, ils cessent alors d'agir comme des drains capillaires. Avec les fils de crin, nous n'avons aucun de ces inconvénients ; leur action reste toujours la même jusqu'au bout. (*Lyon médical.*)

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition revue et augmentée, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 45. — MARDI 16 AVRIL 1878. 51e ANNÉE. MARDI 16 AVRIL 1878. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

Les signes physiques des folies raisonnantes (1).

VI

Le 24 août 1870, Sandon est admis à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Besnier, troisième étage, chambre n° 7. Un examen clinique sérieux et attentif révèle l'existence d'un *accès congestif encéphalique*, avec état saburral des voies digestives. Le malade présente de la congestion de la face, du tremblement fibrillaire de la langue, de la gêne de la parole, de la faiblesse des membres inférieurs, de l'incohérence dans les idées et de l'aberration dans les actes.

Interrogé sur son âge, Sandon répond qu'il a « cinquante ans ». Sur l'année de sa naissance, il répond « 1823 », et il est impossible, quelque soin affectueux que l'on prenne de le remettre sur la voie, non-seulement de lui faire rectifier son erreur, mais encore de la lui faire comprendre.

Sandon, interrogé sur sa profession, ses antécédents, sa situation de fortune, répond qu'il est avocat, qu'il a été substitut à Riom, en 1856 ; qu'il est revenu à Paris depuis cinq ou six ans... « que ses affaires vont mieux qu'elles n'ont jamais été... qu'il a gagné 25,000 francs, sa première année d'exercice à Limoges... qu'il lui sera difficile de se remettre à sa profession... qu'il n'est pas malade, etc., etc. »

Sous l'influence d'une médication appropriée, les accidents congestifs et saburraux s'amendent, mais l'aberration mentale reste la même : négligence absolue de sa personne, difficulté de déshabiller le malade qui veut se coucher et qui, en effet, se couche tout habillé. Aux interrogations habituelles de la visite du matin, il répond un jour en réclamant un objet qui ne lui manque pas, un autre jour en demandant, devant tout le personnel du service, qu'on lui amène « sa petite maîtresse ».

La Maison municipale de santé n'étant pas destinée au traitement des affections mentales, Sandon est emmené le 6 septembre. M. Besnier fait part alors de ses observations à M. Tardieu, et il écrit loyalement à notre éminent confrère : « Je m'empresse de vous adresser le résumé des incidents principaux du séjour de M. Sandon dans mon service. C'est une réduction photographique qui a toute la sécheresse, mais toute l'exactitude de la photographie. Je désire vivement qu'elle vous serve, le cas échéant, à anéantir une odieuse calomnie que les journaux ont encore articulée ces jours derniers. »

Le 26 octobre 1872, Sandon, à peine de retour d'Angleterre, où il s'était rendu pour réclamer à l'ex-famille impériale et pour toucher les trimestres échus de sa pension, tombe sans connaissance dans la rue, vers midi, en face du palais de Justice. On s'empresse autour de lui, et l'un des passants, après avoir examiné avec soin le malade, dit aussitôt : « Je connais cet homme, c'est Sandon. Je l'ai arrêté il y a quelques années. » Ce passant n'était autre qu'un commissaire de police de la ville de Paris.

Transporté à l'hôtel-Dieu, Sandon entre dans les salles de M. Hérard, et il succombe, le même jour, dans la soirée, à l'âge de quarante-neuf ans. Je ne saurais mieux faire que de reproduire *in extenso* ici le texte officiel du procès-verbal de l'autopsie :

Nous soussignés, docteur Henri Liouville, chef de clinique à la Faculté, et Émile Percheron, interne des hôpitaux de Paris,

Chargés par M. le docteur Hérard, médecin à l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine (dans le service duquel un malade du nom de Léon Sandon, âgé de 49 ans, a été amené le 26 octobre 1872, frappé subitement vers midi d'une attaque apoplectique, et est mort le même jour à sept heures et demie du soir),

Chargés de procéder à son autopsie et d'en décrire les différentes particularités, déclarons avoir opéré le 28 octobre 1872 de la façon suivante, et avoir constaté les faits qui vont être relatés.

Le malade étant mort dans un service d'hôpital, l'autopsie a été naturellement faite devant les élèves de cette division, dans la salle spéciale, à l'heure habituelle.

Le chef du service dirigeait cette investigation. La mort remontait à 36 heures. Le temps était froid. Le cadavre avait une rigidité notable.

Il n'y avait pas de signes extérieurs de décomposition avancée ; mais, à la place de la bande qui avait été placée sur le bras (pour la saignée pratiquée pendant la vie), on remarquait une teinte ecchymotique d'environ quatre travers de doigt.

En ouvrant le cadavre on était de suite frappé de l'épaisse couche de tissu adipeux qu'il fallait sectionner pour arriver aux cavités splanchniques.

On a retrouvé également une notable quantité de graisse (surcharge) dans l'épaisseur du grand épiploon.

Les organes viscéraux avaient subi un commencement d'altération, surtout le foie et le cœur.

Le cerveau, au contraire, était intact. Presque tous les viscères étaient, du reste, gorgés d'un sang noirâtre, épais, visqueux (surtout les poumons).

Nous résumerons dans l'ordre suivant les modifications principales que les maladies avaient fait subir à ces organes et qu'il nous était possible de constater d'une façon évidente.

1° Cavité thoracique. *Cœur.* — Le cœur est volumineux.

(1) Suite. — Voir les nos des 5, 12, 21 mars, 2 et 9 avril.

Il existe une *hypertrophie*, caractérisée par l'épaississement des parois, en même temps que par l'augmentation de la cavité du ventricule gauche. A l'intérieur du cœur gauche existent des signes d'*endocardite ancienne*, qui sont surtout prononcés au niveau de la valvule mitrale et des valvules de l'aorte. Toutes sont rigides, et, par ce fait, leur fonctionnement devait être entravé. Dans le cœur droit, on retrouve quelques modifications également chroniques de l'endocarde, mais moins accusées qu'à gauche.

Poumons. — Les poumons étaient le siège d'une congestion apoplectique très-intense, et un sang très-noir s'écoulait, en abondance, à la coupe.

Aorte. — Sur la face interne de l'artère-aorte, à son origine, on distingue des traces irrécusables d'une lésion déjà ancienne (plaques scléro-athéromateuses).

2° Cavité abdominale. *Foie.* — Le foie, assez volumineux, était d'une teinte grisâtre. Il ne laissait pas écouler de sang à la coupe ; la section en était dure; on y distinguait une série de petits mamelons entourés de tissus plus doux, caractérisant un degré déjà prononcé de *cirrhose.* Cette modification dans la structure du foie était surtout bien évidente autour des vaisseaux.

Reins. — Les reins, dont la capsule se détache difficilement, indiquaient un commencement de lésions de leur parenchyme.

La sclérose commençante portait principalement sur la périphérie où, dans quelques points, on constatait de *petites hémorrhagies.*

On voit donc la place importante qu'il faut faire aux *maladies* du *système circulatoire* pour la cavité *thoracique* et la cavité abdominale.

3° Cavité cranienne. — Mais ce qui a été l'objet d'un examen plus complet, plus minutieux, et ce qui doit être relaté avec le plus de détail, c'est l'étude des organes encéphaliques : nous avons pensé que nous ne devions pas la faire seuls, et que le résultat de nos recherches devait subir encore le contrôle d'autres observateurs, dont la compétence serait une nouvelle garantie.

MM. Bex et J. Castiaux, internes des hôpitaux, ont bien voulu nous assister, et les désordres cérébraux que nous allons consigner ont été contrôlés par MM. les docteurs Béhier, Hérard et B. Ball, médecins à l'Hôtel-Dieu.

Toutes les pièces justificatives, du reste, seront conservées et pourront être étudiées à nouveau.

Dès le premier examen du cerveau, *deux sortes de lésions principales* nous ont tous frappés par leur netteté : ce sont les *désordres anciens* et les *désordres nouveaux*, très-facilement isolables les uns des autres.

Il y aura plus de clarté et plus d'intérêt à en présenter la description séparée dans cet ordre.

1° Désordres cérébraux anciens. — Ils comprennent les modifications des *artères*, des *méninges* et des deux substances du cerveau.

Artères. — Les artères présentent un calibre très-notable et ont leurs parois tout à fait épaissies; la basilaire surtout reste béante à la coupe, ce qui indique un certain degré de maladie profonde du vaisseau.

Méninges. — Les méninges sont partout très-épaissies, de couleur blanc grisâtre, prononcée par place, elles ont perdu leur transparence; elles s'enlèvent tout d'une pièce, sont devenues rigides, et leur épaississement est surtout notable autour des vaisseaux le long des scissures.

L'ablation des méninges, qui n'amène pas partout une exulcération de la substance grise, montre cependant une adhérence anormale avec cette couche externe du cerveau, et produit dans de certains points (sur la convexité de l'hémisphère cérébral gauche, à la partie moyenne, tout contre la grande scissure) des *excoriations superficielles* reposant sur un fond un peu plus rosé et grenu que les autres circonvolutions.

Cette même disposition se reproduit à droite, mais beaucoup moins prononcée.

Dans l'espace interpédonculaire, ces enveloppes emprisonnent dans leurs épais cloisonnements morbides les nerfs et les vaisseaux de cette région. Par ce fait, toutes ces parties ont subi des modifications de rapports et de formes, déjà visibles à l'œil.

La méningite chronique, avec ses conséquences, est donc ainsi dans de nombreuses places, des plus manifestes.

Foyers hémorrhagiques. — Dans de certains points, à l'extérieur, on constatait déjà les méninges enlevées, des déformations de la couche externe du cerveau, qui présentait, par ce fait, des inégalités dans le volume et la configuration des circonvolutions. Mais c'est surtout en faisant des coupes que l'on distinguait de suite très-nettement la cause de ces malformations, car on tombait dans des foyers d'apoplexies anciennes, caractérisés par des débris cérébraux de teinte jaune ocrée, gomme-gutte, terre de Sienne ou plus foncée même, et des parcelles de sang emprisonné, ayant subi, avec le temps, des métamorphoses connues (cristaux et blocs hématoïdiens).

Dans quelques-uns on distinguait des brides intérieures, et il y avait de véritables cicatrices qui toutes portaient le cachet irrécusable des désordres cérébraux anciens.

La grandeur de ces apoplexies, de date différente à en juger par le travail consécutif qui s'était effectué d'une façon spéciale à chacune, était également variable. Les plus grosses pouvaient mesurer deux centimètres sur trois, les plus petites de trois à quatre millimètres.

Elles existaient dans la substance blanche et dans la substance grise du cerveau, mais les plus considérables atteignaient les circonvolutions, et, à ce niveau, la substance grise était vidée, s'exulcérait facilement, et c'est elle qui servait même d'enveloppe.

Un de ces foyers, qui avait dû être autrefois volumineux, existait dans le corps strié gauche, qu'il avait atteint dans sa partie antérieure où l'on distinguait une perte de substance très-notable. A ce niveau même, une bride cloisonnait, pour ainsi dire, la partie antérieure du ventricule latéral.

Rien de pareil n'existait de l'autre côté, à droite, dans le point symétrique.

En faisant différentes coupes, on a pu ainsi compter *sept* de ces *foyers*, quatre à gauche et trois à droite. Tout autour d'eux existait un travail d'inflammation lente, spéciale à ces sortes de désordre du cerveau (encéphalite scléreuse).

Telles sont les *principales lésions de date éloignée* qu'il nous a été permis de constater de suite à l'œil nu et sans avoir employé aucun procédé qui pût, en quoi que ce soit, modifier ces altérations morbides. Très-faciles à découvrir, elles sont des *preuves irrécusables de maladies cérébrales de dates variées remontant à une époque éloignée*, mais sans qu'il soit possible de fixer le moment précis où elles ont commencé.

Toutefois l'on peut affirmer que rien ne doit être confondu avec elles, et qu'elles diffèrent surtout d'une façon incontestable des modifications, quelles qu'elles soient qu'aurait pu amener une maladie récente.

Nous les résumerons donc en disant qu'elles traduisent d'une façon très-complète l'existence de *désordres anciens et profonds* des *deux côtés du cerveau* et des *enveloppes méningées.*

2° Désordres cérébraux nouveaux. — Nous arrivons actuellement à ce qui a occasionné les accidents ultimes et la mort si rapide. Ce sont les désordres cérébraux nouveaux.

Ils sont caractérisés surtout par l'existence d'une grosse *apoplexie* dans l'intérieur de la *protubérance annulaire.*

Cette hémorrhagie formidable, qui a détruit ce point central dans sa presque-totalité, irradie vers les pédoncules cérébelleux moyens des deux côtés, et forme un *vaste foyer récent* de 3 centimètres de large pour la seule protubérance, sans compter les irradiations voisines.

Sa paroi interne contient des débris de pulpe nerveuse détachée des bords, qui sont tout à fait irréguliers, et il est rempli d'un sang rouge noirâtre en caillots.

L'examen du sang de ce foyer indique bien de suite, d'une façon irrécusable, sa récente extravasation.

Notons encore l'existence de sérosité sanguinolente dans les ventricules, de suffusions sanguines intraméningées, paraissant récemment produites et évidentes sur les parties latérales des hémisphères cérébraux comme aussi sur le cervelet.

De plus, presque partout les vaisseaux sont gorgés d'un sang

noir coagulé, et leur volume est plus que triple par rapport à l'état normal.

Or ces lésions sont très-suffisantes pour rendre compte des phénomènes présentés par le malade à partir de l'attaque apoplectique dernière et constatés pendant le séjour à l'hôpital; elles suffisent également bien pour expliquer la mort si prompte, la mort presque foudroyante qui les a suivies.

(*Signé* :) H. Liouville, Percheron.

28 octobre 1872. — A peine l'autopsie est-elle terminée qu'une dépêche télégraphique (sans signature), recommandant formellement qu'il ne soit point procédé à l'ouverture du corps de Sandon, est remise entre les mains du directeur de l'Hôtel-Dieu.

Personne, en France ou à l'étranger, ne doute plus ou ne doutera plus aujourd'hui de l'état pathologique si réel dans lequel a vécu Sandon. La clinique avait dit vrai. Les révélations cadavériques sont venues déposer éloquemment en faveur des opinions émises par les médecins.

Comme il est pénible de penser que l'excitation turbulente et que les mensonges morbides d'un fou raisonnant aient pu pendant tant de temps troubler, égarer et fausser l'opinion publique! Recherchons par suite de quelles incorrections un fait semblable a pu se produire.

M. Billault, fort de lui-même, puisqu'il n'avait jamais failli en quoi que ce fût vis-à-vis de Sandon, a dédaigneusement méprisé les entreprises malhonnêtes, les tentatives de chantage et les audaces comminatoires de celui qu'il regardait comme « un fou pervers ». Il a laissé tout dire, tout écrire, tout oser. Ne pouvant être ni effleuré, ni diminué, ni frappé par la preuve la plus insignifiante de forfaiture, et se plaçant bravement au-dessus de la calomnie, il a pris la chose de haut et n'a opposé que le silence à l'attaque, que le sourire à l'outrage, que l'indulgence aux actes du faussaire. Son attitude, à coup sûr, n'a peut-être pas manqué d'une certaine grandeur; mais, au point de vue pratique, M. Billault a eu tort. Les hommes sont souvent privés de bon sens et de générosité; ils ne sont point parfaits, et plus d'un, le jour des splendides funérailles du ministre, a pu à la fois saluer une majestueuse dépouille mortelle et faire entendre cette dure parole de regret et d'ironie : « Le pays a perdu un éminent avocat et un homme d'État; mais il y a quelque part un importun qui est satisfait et vengé! »

Dans quelque situation élevée que l'on soit, quelque bienveillant que l'on puisse être, il importe de compter avec la calomnie; sinon, le silence systématique est interprété par la foule comme l'aveu tacite d'une culpabilité. M. Billault, outragé par un fou et soupçonné à tort par ses adversaires, devait à son nom, à sa famille, à sa corporation professionnelle, à son souverain et à son pays, une réponse à tant d'injures, une réplique à tant de doutes planant sur sa conduite. Il avait la part belle, et deux moyens s'offraient à lui : ou Sandon était un faussaire, ainsi qu'il l'a avoué lui-même et signé, et ce coupable devait être traduit devant la cour d'assises et M. Billault assigné comme témoin à charge; ou Sandon était un aliéné, ainsi que l'avait attesté M. Lasègue, dès le 28 avril 1861, et il fallait publier la pièce médicale et séquestrer le malade. Or le pardon a prévalu et la liberté a été accordée. Sandon, possesseur de ces deux primes d'encouragement, bénéficiant d'une clémence imprévue et d'un favoritisme inouï, n'étant reconnu ni coupable ni fou, placé hors la loi et hors la science, était nécessairement appelé à devenir un personnage à sa façon. Il s'est tenu parole à lui-même et a largement abusé de toutes les complaisances de la presse; il a fait école de scandales, et son nom, si fréquemment invoqué, a servi à épouvanter des ministres et à ébranler le trône d'un souverain inquiet, La faiblesse du pouvoir a été une irréparable faute, et, dans l'espèce, elle a conduit à des expédients condamnables.

Les médecins se sont montrés des cliniciens perspicaces, loyaux, sages et justement soucieux de leur mandat; ils se sont chaque fois prononcés avec un courage froid et réfléchi, mais on ne les a crus qu'à moitié. L'un d'eux, M. Tardieu, doyen alors de la faculté de médecine de Paris, est devenu vis-à-vis de la jeunesse des écoles le seul éditeur responsable de la séquestration de Sandon. Son auditoire, jusque-là si respectueux et si chaudement sympathique, l'a abandonné du jour au lendemain et a été remplacé par une foule ahurie, irritée et injurieuse. M. Tardieu ne connaissait que les applaudissements, et il se trouva face à face avec les sifflets, les cris et les humiliations. Il avait en toute sincérité formulé une opinion vraie et posé un diagnostic exact; mais la presse rappelait chaque matin aux élèves que Charenton avait remplacé la Bastille, et les élèves, pour protester contre cette prétendue substitution, manifestaient violemment leur courroux au professeur, dont le tort était d'avoir cliniquement raison, et au doyen, qui se refusa toujours à sévir. La jeunesse a été littéralement égarée et elle a été cruelle et injuste pour M. Tardieu, enchaîné par la loi du silence et obligé par devoir à garder le mutisme le plus désobligeant et le plus persévérant. S'il avait pu prendre la parole et discourir sur Sandon, il eût fait valoir les plus victorieux arguments et invoqué la juste autorité de MM. Lasègue, Calmeil, Baillarger et Parchappe, dont il n'avait fait que partager la manière de voir; mais les obligations du secret professionnel achevèrent de ruiner sa popularité.

M. Tardieu ne fut pas seulement une victime de la science et du devoir. Il eut encore à subir un véritable échec moral, lorsque le gouvernement, désavouant par le fait toutes les pièces émanant des médecins, prit de l'argent dans le trésor public et indemnisa Sandon. Quel soufflet immérité sur la joue du doyen de la faculté, du médecin consultant de l'empereur! M. Tardieu, l'une des gloires de la médecine française, a été méconnu, dédaigné, conspué et écarté comme un coupable! Il valait mieux que cela. Le procès-verbal de l'autopsie de Sandon en est une preuve, sans parler de toutes les autres.

Que la science reste toujours la science. Dans l'affaire Sandon, les médecins ont été corrects et dignes. Aucune considération extramédicale n'a pu les influencer. Ils ont dit vrai, et l'on a douté de leur savoir; ils ont fait entendre d'indépendants conseils, mais le pouvoir n'aime ni l'indépendance ni les conseils; ils ont eu le courage de leur opinion, et, pour honorer leur précision diagnostique et leur caractère, on les a jetés à la mer avec un sans-gêne peu facile à caractériser et qui ne s'observe en général que dans le milieu agité de la politique.

Le gouvernement a considéré les médecins comme des fonctionnaires, des agents salariés de l'État, des gens à sa solde, avec cette seule différence qu'il n'a point d'ordres à leur donner, mais qu'il a des avis à recevoir d'eux, et il ne s'est pas cru autorisé à avoir pour les experts, en retour de ces avis, une considération exceptionnelle. Le tarif grotesque de 1811 a rémunéré les services rendus, et tout a été dit. Pourquoi un ministre, qui gagnait cent mille francs, aurait-il eu confiance dans une constatation médicale cotée six francs?

Les gouvernements et les ministres passent, la science

reste. L'exemple qui précède ne doit décourager personne, mais il démontre combien il est important que l'on veuille bien étudier en France les maladies mentales et propager de plus en plus toutes les connaissances relatives à ces états pathologiques de l'intelligence encore si peu connus, dont nous nous occupons en ce moment. Si l'on avait su un peu mieux à quoi s'en tenir, dès 1861, sur la folie raisonnante, le doute eût infiniment moins envahi les esprits et le soupçon ne se fût pas produit. Quelques médecins étaient à peine en possession alors de notions cliniques valables, et, malgré la justesse de leurs vues, ils n'ont point porté la conviction dans les hautes sphères du pouvoir. Là, sous tous les régimes, on croit tout savoir et l'on fait métier de scepticisme à l'endroit des vertus, des aptitudes ou des talents. L'autorité éblouit et grise, décuple les prétentions habituelles de l'ignorance, altère le jugement, modifie la volonté, communique une confiance en soi plus qu'immodeste, mais elle n'apporte avec elle aucune des supériorités humaines. Ces dernières sont les filles du hasard, du travail, du temps ou du génie.

Sandon a donc tiré profit de l'excessif dédain d'un homme d'État, du manque général de crédit avec lequel on s'est permis d'accueillir les avis de la science, du peu d'égards témoignés au doyen de la faculté de médecine de Paris, de l'intimidation véritable exercée par la presse, de la faiblesse, de l'embarras et de la pusillanimité des gouvernants, et de cette tendance immorale et hideuse qui consiste à faire de l'argent le plus puissant des moyens de consolation et d'apaisement.

Héros maladif d'une équipée administrative des plus compromettantes et aventurier cérébral d'une rare audace, Sandon a étonné et scandalisé les timides et les ignorants, mais il n'a pas fait reculer d'un pas les médecins, qui l'avaient bien jugé. Quant à sa mort, elle a été la glorification de la clinique.

Ce malheureux fou raisonnant devait faire encore un certain bruit, même après son décès. En effet, on trouva de lui, en faveur d'une tante qui lui avait en quelque sorte servi de mère, un testament olographe ainsi conçu :

« Ceci est mon testament :

« Je lègue à ma tante Mélanie Lassaigne ma fortune mobilière et immobilière, sous les conditions et charges suivantes : de donner à la nommée Félicie, couturière, fille naturelle de mon cher oncle Cadet-Lassaigne, une somme de 1000 fr., plus 250 fr. pour acheter une machine à coudre, en tout 1250 fr. Cette somme lui sera payée tout de suite ; on la trouvera dans mon portefeuille.

« Secondement je donne à Eléonore Gravier, femme Lenoir, et à Mariette Dulac, femme Murat, à chacune 1000 fr. payables quand ma tante aura touché le cautionnement de mon frère. Je veux être enterré de la dernière classe, et, sur la pierre de ma tombe, on ne mettra que mon nom : « Léon Sandon, » sans indiquer ni âge ni qualité, et au dessous ces mots : « Ayez pitié de moi, Seigneur, car la vie m'a été lourde. »

« Ainsi fait, sain d'esprit et malade de corps, à Paris, le 10 juin 1869.

« Signé : Léon Sandon. »

Les héritiers exhérédés par ce testament formèrent devant le tribunal de première instance de la Seine une demande tendant à faire déclarer cet acte nul, comme émanant d'un individu dont la folie avait été officiellement constatée et reconnue.

Le 15 avril 1875, le tribunal (2e chambre), sous la présidence de M. de Person, après les plaidoiries de Me Ferré, avocat des héritiers, et de Me Augustin Roger, avocat de Mlle Lassaigne, a rendu, conformément aux conclusions de M. le substitut Lefebvre de Viefville le jugement suivant :

Le tribunal,

Attendu que, par testament olographe, en date du 10 juin 1869, Sandon a institué la demoiselle Mélanie Lassaigne sa légataire universelle ; qu'il est décédé à Paris le 26 octobre 1872 ;

Attendu que ledit testament est attaqué par Ruynaud, l'un des héritiers de Sandon, pour cause d'insanité d'esprit ;

Attendu que Ruynaud n'articule aucun fait de démence concomitant ; qu'il invoque seulement les faits qui, en 1862, ont nécessité l'internement du testateur dans l'établissement de Charenton et l'avis des médecins spécialistes qui le déclaraient atteint du délire ambitieux, folie réputée incurable ;

Attendu que, nonobstant la gravité de ce pronostic et des faits qui l'autorisaient, l'état mental de Sandon s'étant amélioré, il obtint sa liberté en 1864 ;

Attendu qu'il n'apparaît pas qu'il ait commis depuis lors, et surtout depuis 1868 jusqu'à son décès, aucun acte impliquant l'altération des facultés intellectuelles ;

Attendu spécialement que le testament de 1869, considéré en lui-même, ne contient aucune disposition qui ne soit avouable par un esprit ferme et réfléchi ;

Qu'ainsi la preuve de l'insanité n'est pas faite ; que le testament doit être validé ;

Par ces motifs,

Déclare Ruynaud mal fondé en sa demande à fin de nullité du testament, l'en déboute ;

Condamne Ruynaud aux dépens.

THÉRAPEUTIQUE.

De l'administration simultanée du chlorure de calcium et du phosphate de chaux.

Par le Dr Jules Regnard.

Au mois d'août dernier, ce journal voulait bien accueillir un article que je lui avais adressé sur les effets physiologiques et thérapeutiques du phosphate de chaux. — Je disais, en terminant, que, le phosphate de chaux pénétrant physiologiquement dans l'économie à la faveur de sa dissolution par l'acide chlorhydrique du suc gastrique, c'était sans doute à cette dissolution préalable qu'on devait attribuer la supériorité des résultats produits par le chlorhydrophosphate de chaux. Mais j'ajoutais qu'il se pourrait aussi que le chlorure de calcium, que renferme le chlorhydro-phosphate de chaux, entrât pour une part dans ses effets. — Or, voici qu'un médecin de l'hôpital royal d'Edimbourg, le Dr Sinclair Coghill, publie dans le journal *the Practitionner* un mémoire qui pourrait servir de démonstration à l'hypothèse que je hasardais sur le chlorure de calcium.

Le Dr Coghill dit avoir vu employer, et avoir employé lui-même avec le plus grand succès, dans tous les accidents de la scrofule, le chlorure de calcium, fort usité d'ailleurs en Angleterre. Il ajoute que, dans la diathèse scrofuleuse, les tissus dans la formation desquels entre la chaux ont une tendance caractéristique à l'instabilité ; il semble qu'il y ait là, soit une élimination excessive, soit une assimilation défectueuse de cette matière, et peut-être les deux ; et, dans ces cas, le traitement par les sels de chaux appropriés, qui introduit cette substance en excès dans l'économie, produit toujours un bon effet.

Le chlorure de calcium est, en outre, d'après le Dr Coghill, d'autant plus précieux dans ces cas, que l'iode et les sels qu'on emploie généralement ont une tendance marquée à occasionner des troubles des voies digestives, ainsi que des surfaces muqueuses, et à produire l'émanation et aussi l'absorption des tissus osseux ; qu'il

est donc de la plus grande utilité d'avoir un autre médicament qui puisse remplacer l'iode et corriger ses effets.

Ainsi il est acquis, par la pratique des médecins anglais, que le chlorure de calcium est un des plus puissants moyens à opposer à la scrofule et au rachitisme. D'autre part, nous savons que le phosphate de chaux, qui chez nous est employé dans les mêmes cas, donne les résultats les plus remarquables. Il n'est donc pas étonnant que la solution de chlorhydro-phosphate de chaux, qui renferme ces deux sels réunis sous la forme la plus assimilable, soit bien plus efficace que l'un des deux pris isolément, et ceux qui emploient habituellement le chlorydro-phosphate de chaux verront dans ces faits une explication toute naturelle des résultats qu'ils ont obtenus.

Le chlorhydro-phosphate de chaux est d'ailleurs employé aujourd'hui en Angleterre au moins autant que le chlorure de calcium, et il ne tardera pas à s'y généraliser comme en France. Mais nous ne saurions trop recommander de formuler les préparations d'origine, les seules sur lesquelles on puisse compter. — Beaucoup de médecins se contentent en effet de prescrire de la solution ou du sirop de chlorhydro-phosphate de chaux sans d'autre désignation et sans se rendre compte de la façon dont sont exécutées ces préparations. — Qu'ils les goûtent au moins, et qu'ils les essayent, pour s'assurer de leur degré d'acidité, et si même elles contiennent du phosphate de chaux.

La solution vraie de chlorhydro-phosphate de chaux n'a pas plus d'acidité qu'une limonade ordinaire, et, en la donnant très-étendue comme on doit le faire, elle n'a pour ainsi dire aucun goût, ce qui est inappréciable pour un traitement de longue durée ou chez les enfants qui la prennent sans s'en douter. — Enfin, si l'on y verse de l'ammoniaque, il se forme un abondant précipité, et nous avons vu de soi-disant solutions de chlorhydro-phosphate de chaux, qui par l'ammoniaque, prenaient à peine une teinte opaline. Peut-on s'étonner après cela de ne point obtenir les résultats sur lesquels on comptait ?

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 avril 1878. — Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

Action du sulfate de magnésie sur les battements du cœur. — M. JOLYET a fait, avec M. Lafont, des expériences relatives à l'action du sulfate de magnésie sur le cœur de la grenouille. Ces deux observateurs n'ont d'abord constaté aucune modification dans le rhythme; mais, après dix ou quinze minutes, survenaient d'abord un ralentissement des battements, puis un arrêt du cœur en diastole. Les arrêts étaient d'abord intermittents et duraient de trois à quatre minutes, puis, en continuant l'usage du sulfate de magnésie, le cœur cessait de battre. Mettant alors le cœur en contact avec du sérum sanguin, même après un arrêt prolongé (deux heures), les battements du cœur reprenaient à peu près leur rhythme normal.

M. RABUTEAU rappelle que, déjà, en 1869, on a démontré que les sels de potassium arrêtaient presque instantanément les battements du cœur; il en est de même des sels de cuivre et de cobalt, même très-dilués. Ce sont des poisons musculaires; il n'y a d'exception que pour les sels de sodium. En un mot, le sulfate de magnésie serait un poison musculaire, et non un poison du système nerveux.

Des injections d'urée dans le sang. — M. JOLYET rappelle, à propos de la communication de M. Picard (de Lyon) sur les injections d'urée, que, dans des expériences dont il a eu l'occasion d'entretenir la Société, il n'a obtenu aucun phénomène nouveau après une injection de dix grammes d'urée artificielle, même après l'ablation des deux reins.

Effets physiologiques et pathologiques consécutifs à la section des nerfs auditifs et des canaux semi-circulaires. — M. BROWN-SEQUARD présente à la Société des grenouilles d'une dimension tout à fait inusitée, qu'il appelle grenouilles d'Amérique. C'est sur ces grenouilles qu'il a fait, pour la première fois, en 1852, ses expériences sur les accidents consécutifs à la section du nerf auditif et des canaux semi-circulaires. Il présente deux grenouilles; sur la première, il a lésé les canaux semi-circulaires, on ne peut observer aucun phénomène paralytique; sur la seconde, il a lésé le nerf auditif, aussi présente-t-elle de la contracture du côté opposé à la lésion; le membre est non-seulement en contracture, mais il y a de la paralysie, de la pronation et les phénomènes réflexes font défaut.

M. Brown-Sequard annonce une communication importante sur les localisations cérébrales; pour le moment, il déclare simplement que de ses nombreuses recherches il résulte ce fait qu'il n'y a pas une seule partie de l'encéphale qui, lésée, ne détermine des troubles de la motilité ou de la sensibilité du bras.

De l'action du ferro-cyanure de sodium sur l'élimination de l'urée. — M. RABUTEAU apporte les résultats de ses recherches sur l'action du ferro-cyanure de sodium dont on a voulu faire un diurétique; il conclut de ses expériences que ce sel n'est pas diurétique, qu'il s'élimine en nature; que, de plus, cette élimination est lente, puisqu'il a fallu quatre-vingts heures pour l'élimination de 30 grammes de ce sel.

Oxygène des globules rouges. — M. POUCHET a étudié sur un embryon de lapin de 7 millimètres de long le mode de formation des globules rouges du sang; quant aux hématoblastes, il signale ce fait que chez les ovipares il y a des éléments indifférents, c'est-à-dire qu'ils deviennent indifféremment rouges ou blancs, selon qu'ils feront ou non de l'hémoglobine.

M. HAYEM ne croit pas à l'existence de ces éléments de nature indéterminée : les hématoblastes ont des caractères précis.

Anatomie de l'oreille. — M. GELLÉ fait une communication sur les moyens d'étude de l'anatomie comparée de l'oreille moyenne.

Séance du 13 avril 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Du sang. — M. HAYEM a étudié l'état du sang chez des chats nouveau-nés, et cette nouvelle étude l'a conduit aux mêmes résultats que ses recherches précédentes, à savoir que l'opinion qui fait venir les globules rouges des globules blancs est basée sur une erreur, et que les globules rouges ont pour point de départ les corps particuliers auxquels M. Hayem a donné le nom d'hématoblastes.

De l'upax antiar. — MM. BOCHEFONTAINE et REGNAULD ont fait une série d'expériences sur des grenouilles avec l'extrait, d'une part, et les feuilles, d'autre part, de cette plante; ils ont constaté que la plante arrêtait le cœur en diastole, tandis que l'extrait l'arrêtait en systole.

De la dilatation de l'estomac. — M. LEVEN rappelle les communications antérieures qu'il a faites sur la dilatation de l'estomac et les applications de la pompe au traitement de cette maladie. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1876 et 1877.)

Kussmaul a surtout préconisé cette ingénieuse méthode de traitement; mais, en rattachant tous les faits de dilatation stomacale à des ulcérations avec rétrécissement du pylore, Kussmaul et les auteurs qui l'ont suivi étaient dans l'erreur. M. Leven rappelle également avoir montré que c'était la pompe et non la sonde qu'il fallait employer dans ces cas, et que, s'il y a des cas où la sonde est utile, il en est de plus nombreux où elle est nuisible et où elle peut même être suivie des accidents les plus graves. La sonde est surtout utile dans les vomissements difficiles.

M. Leven étudie depuis plusieurs années la dilatation simple de l'estomac; il en a déjà fourni plusieurs exemples. L'historique de

cette affection se réduit à ceci : Andral publie une autopsie de dilatation simple de l'estomac; Rilliet et Duplay en ont également cité des exemples; Grisolles, avec la plupart des auteurs, dit que la dilatation de l'estomac est toujours consécutive à un rétrécissement du pylore. C'est là une erreur dont M. Leven a fait justice.

La symptomatologie de la dilatation simple de l'estomac peut être établie aujourd'hui d'une façon certaine : lorsque la dyspepsie dure depuis un certain temps, depuis plusieurs semaines et même plusieurs mois, la dilatation de l'estomac apparaît. On la reconnaît aux signes suivants : le soir, vers 10 ou 11 heures, il y a du liquide dans l'estomac, résultant de l'hypersécrétion déterminée par les trois congestions physiologiques successives qui sont l'effet des trois repas de la journée. Si l'on percute, on constate que l'estomac a dépassé ses limites normales. Cette dilatation apparaît et disparaît d'abord successivement, puis elle finit par être constante; alors surviennent les vomissements; tous les huit ou quinze jours, le malade vomit un verre ou deux de liquide. Cette quantité de liquide va sans cesse en augmentant; M. Leven a vu un malade qui en a rendu dix litres dans une journée. En même temps apparaissent les phénomènes douloureux de la dyspepsie.

Ce sont le plus souvent des personnes sobres, des femmes qui sont atteintes de cette maladie.

En résumé, la dilatation, considérée comme une des espèces communes de la dyspepsie chronique, constitue, avec la dyspepsie flatulente, les deux espèces nosologiques en lesquelles se divise la dyspepsie chronique. Elle n'avait pas encore été étudiée jusque-là et on avait admis qu'elle est presque toujours liée à un rétrécissement du pylore tandis que la clinique a prouvé à M. Leven que la dilatation avec obstruction prolongée est bien plus rare que la dilatation simple; du reste elle est incurable, tandis que la dilatation simple est très-commune et essentiellement curable. A la dilatation simple se rattachent les gastrorrhées, les vomissements nerveux, les vomissements dits incoercibles dans la grossesse. Décrits chacun dans un chapitre spécial de la pathologie, ceux-ci forment autant de tronçons épars d'une unité pathologique, la dyspepsie, tronçons que la physiologie et la clinique montrent devoir être réunis, si on veut instituer une clinique rationnelle des maladies de l'estomac.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 avril 1878. — Présidence de M. Labric.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. VALLIN présente, au nom de M. le docteur Mazaé-Azéma (de Saint-Denis, Réunion), un ouvrage intitulé : *Traité de la lymphangite endémique des pays chauds*.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. le docteur Houzelot (de Meaux) relative à l'anesthésie obstétricale. M. Houzelot, dans cette lettre, rappelle que, dans un mémoire présenté, en 1854, à la Société de chirurgie, il a le premier formulé les indications de l'anesthésie obstétricale. Il s'associe donc entièrement au vœu de M. Dumontpallier, en exprimant toutefois le regret que son travail n'ait pas été cité par les médecins qui, depuis 1854, se sont occupés de cette question.

M. le secrétaire général signale également parmi les pièces de la correspondance une note de M. le docteur Gestin (de Brest) ayant pour objet les rapports qui existent entre les taches bleues ou ardoisées et les *pediculi pubis*.

COMMUNICATIONS

Quelques causes de l'intoxication puerpérale. — M. HERVIEUX lit une note sur ce sujet. (Sera publié.)

Conditions pathogéniques du développement de la paralysie générale, en particulier, et des diverses dégénérescences scléreuses du système nerveux en général. — M. LUYS fait une communication sur ce sujet, qui a pour but de montrer que la paralysie générale en particulier, telle qu'elle est conçue actuellement avec ses lésions scléreuses élémentaires, ainsi que les diverses autres dégénérescences scléreuses du système nerveux, sont des maladies d'évolution qui ont leur raison d'être dans les lois fatales du développement des tissus organiques, et que les causes émanées du monde extérieur ne sont que des causes secondaires subordonnées à un travail préparatoire d'évolution qui s'accomplit silencieusement au sein de l'intimité des tissus. (Sera publié.)

M. DELASIAUVE a écouté avec le plus vif intérêt la savante communication de M. Luys. Il rappelle, en quelques mots, les différentes phases par lesquelles est passée l'étude de la paralysie générale; on en a fait successivement une méningite chronique, puis une encéphalite, puis une périencéphalite diffuse; mais aucune de ces lésions anatomiques ne pouvait rendre compte de la paralysie générale; on devait supposer l'existence de modifications moléculaires, et M. Delasiauve avait lui-même émis certaines présomptions à ce sujet. Les recherches de M. Luys et les résultats auxquels il est arrivé confirment de tous points ces présomptions. Toutefois M. Delasiauve soumet à M. Luys quelques objections. On sait, par exemple, que la paralysie générale apparaît le plus fréquemment vers l'âge de trente ans, rarement après cinquante ans, exceptionnellement après soixante; or, d'après la théorie de M. Luys, ce serait dans la vieillesse qu'on devrait rencontrer le plus d'exemples de paralysie générale.

Il y a, en outre, des paralysies générales très-avancées, souvent accompagnées de phénomènes graves, à la suite desquelles les malades rentrent dans la vie normale; il y en a des guérisons bien confirmées ou tout au moins des intermittences très-considérables. Ces faits sont difficiles à expliquer avec la théorie de M. Luys. M. Delasiauve a pensé que, dans ces cas, on pouvait admettre qu'il y avait eu un certain embarras des vaisseaux produisant des congestions, et qu'à la suite d'une circonstance quelconque, d'une médication appropriée venant rétablir la circulation, les choses rentraient dans l'ordre. Il y a donc là des questions à résoudre et sur lesquelles planent encore beaucoup de doutes.

M. LUYS reconnaît la justesse des objections de M. Delasiauve. Il est vrai que, d'après les résultats obtenus par les recherches anatomiques, ce serait dans la sénescence qu'on devrait trouver le plus de paralysies générales, puisque les tissus devraient y être plus prédisposés, mais M. Luys a eu soin de faire remarquer que c'est surtout à partir de trente ans que les tissus commencent à se modifier; or, qu'il survienne alors une cause accessoire quelconque, des excès de fatigue, l'alcoolisme, des émotions pénibles, cette cause secondaire, mais non moins importante, va avoir pour effet de congestionner le système nerveux, puis d'amener des stases sanguines; le tissu nerveux, en se congestionnant, tend à former de la névroglie avec excès. M. Luys ne supprime donc pas l'influence des causes extérieures, mais il n'admet pas l'existence des causes essentielles de la paralysie générale. Quant aux faits de longues rémissions, de guérison de la paralysie générale, M. Luys déclare n'avoir jamais constaté de guérison définitive de cette maladie. Ce qu'on prend pour des guérisons n'en sont que des apparences; une fois le processus scléreux installé, pour ainsi dire, dans le cerveau, il n'y a plus de guérison possible; il peut y avoir des rémissions, on peut jusqu'à un certain point trouver des palliatifs, mais la guérison semble aussi impossible à admettre ici que dans les autres dégénérescences du même genre portant sur la moelle, la sclérose en plaques, par exemple.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — *Avis.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, la Faculté sera fermée du dimanche 21 au dimanche 28 avril.

Nota. — Le vendredi saint il n'y aura pas d'école.

Le samedi 20, les cours n'auront pas lieu, mais il y aura des examens comme à l'ordinaire.

— *Concours pour l'agrégation en chirurgie et en obstétrique.* — Voici la composition du jury de ce concours, qui doit s'ouvrir le 29 de ce mois :

MM. Gosselin, président; Broca, Pajot, Le Fort, Guyon, Alphonse Guérin, membre de l'Académie de médecine; Courty (de Montpellier), Desgranges (de Lyon), Lannelongue, secrétaire.

— Un chef-lieu de canton du Cher offre au médecin, qui voudra s'établir dans la localité, un logement convenable, une indemnité de présence de quatre cents francs. — S'adresser pour avoir des renseignements à M. le Maire de Saulzair, (Cher), et à M. le docteur Reibel, actuellement en résidence à Saulzair.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. —Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.230
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux...............		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..........		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Salicylates de soude

(Rhumatismes). — SALICYLATES DE LITHINE (Goutte, Gravelle). — Élixirs, 1 gr. p. cuiller. — Pilules, 20 cent. par pilule. Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie. — FREYSSINGE, pharm., 97, r. de Rennes.

L'Euphorbium

ÉPITHÈME, — RUBÉFIANT, — DÉRIVATIF.

Cette préparation possède une action intermédiaire entre celle des papiers chimiques et autres similaires qui est à peu près nulle, et celle du thapsia qui est trop forte.

Son application est suivie d'une éruption miliaire manifeste, sans être accompagnée des DÉMANGEAISONS insupportables causées par le thapsia. 18 à 24 heures d'application.

Vente en gros : Chez Desnoix et Ce, 17, *rue Vieille-du-Temple, Paris.*

AU DÉTAIL, CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

Sirop d'alcoolate de chloral

DE LECONTE

Ex-professeur agrégé de la faculté de Paris, pharmacien de 1re classe des hôpitaux.

La place importante prise par le chloral comme hypnotique, à côté de l'opium, justifie les tentatives faites pour vulgariser l'emploi de ce précieux sédatif.

Plusieurs obstacles s'y sont jusqu'ici opposés : *son odeur violente, sa causticité* et enfin *sa saveur âcre et mordante* attribuées en partie à des huiles étrangères au produit pur.

Les expériences faites par M. Gubler, notre éminent professeur de thérapeutique, lui ont permis d'affirmer que l'Alcoolate de chloral jouit de propriétés supérieures à celles de l'*hydrate*, dont il ne diffère chimiquement que par la substitution de l'alcool à l'eau dans sa constitution intime. Il paraît donner un sommeil plus calme et plus réparateur.

A l'état de pureté, il est sous forme de beaux cristaux, d'une odeur éthérée fraîche et agréable, d'une saveur plus faible et privée presque complétement de son âcreté.

Sous forme de sirop, soit pur, soit délayé dans un peu d'eau, il est d'une administration facile qui permet d'en continuer l'usage sans répugnance ni fatigue pour l'estomac.

Chaque cuillerée à soupe du sirop du docteur Leconte contient 1 gramme d'alcoolate de chloral.

Dépôts, à Paris, dans les pharmacies Cavaillès, 9, rue Vivienne; Vial, 1, rue Bourdaloue; Pommies, 113, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

Bourboule, SOURCE Choussy.

Eau minérale chaude (60°25), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. Choussy, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

Diathèse urique.

Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Diabète, Albuminurie, Coliques néphrétiques, Coliques hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharmacies.

Élixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alibiles, là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Ce, 56, r. d'Anjou Saint-Honoré.

Maladies de poitrine.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES **Sirops du Docteur CHURCHILL** à *l'hypophosphite de soude* ou *de chaux.*

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du Dr Churchill et l'étiquette *marque de fabrique* de la pharmacie Swann, rue Castiglione, 12, Paris. — 4 fr. le flacon. (*Notice franco.*)

Bain Pennès, reconstituant,

stimulant et résolutif des plus efficaces.

Expérimenté avec succès dans **15** *Hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 25. — *Se garantir des contrefaçons en exigeant le* TIMBRE DE L'ETAT *sur l'étiquette.* — **Vente en gros**, à la Fabrique, 2, r. de Latran, Paris. — **Dépôt**, dans les pharmacies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr. à Laroche

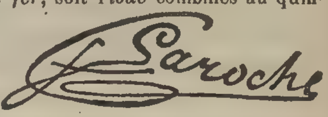
Quina Laroche (*ÉLIXIR vineux*).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de l'*Elixir vineux de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.



— Paris, 22 et 19, rue Drouot.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges.*

La boite de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A l'occasion du procès-verbal, M. Hardy, qui n'assistait pas dans la dernière séance à la lecture du rapport de M. Gubler sur les propriétés du maïs, a pris la parole pour s'inscrire contre l'opinion, qu'il qualifie de surannée, d'après laquelle la pellagre serait due à l'usage alimentaire du maïs altéré. Pour lui la pellagre est due à des causes beaucoup plus communes et qu'on peut résumer dans l'expression générale de misère physiologique. La discussion allait s'engager lorsque, sur l'observation de M. le Président que l'ordre du jour était trop chargé pour qu'il fût possible de s'en écarter, il a été décidé que la question serait reportée à l'ordre du jour d'une autre séance.

M. J. Guérin a été appelé à la tribune pour la suite de son argumentation sur la question du pansement des plaies. On a vu, par l'analyse sommaire que nous avons faite de la première partie de son discours, à quelles indications conduit le principe de la méthode d'occlusion : empêcher la suppuration, assurer la réunion et prévenir la putréfaction des liquides. Des moyens de réaliser ces indications, — confection des lambeaux, coaptation et greffe des surfaces, pression propre à les favoriser, maintien incessant de la plaie à l'abri du contact de l'air, soustraction incessante des gaz et des liquides excrétés par la plaie, les trois derniers ne pouvaient avoir leur plein effet, dans la pensée de M. Guérin, qu'avec l'aide d'un système d'appareil, l'appareil d'occlusion pneumatique, dont il lui restait à exposer devant ses collègues le fonctionnement et les résultats pratiques. — Tel a été l'objet de sa communication d'hier. On trouvera dans le compte-rendu la description des appareils. Quant aux résultats, ils demanderaient une analyse pour laquelle le temps et la place nous font également défaut aujourd'hui.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Une exhumation thérapeutique. — La métallothérapie. — Observation d'hémianesthésie; — guérison par l'or.

Il y a trente ans, j'étais chef de clinique à l'Hôtel-Dieu. Alors se déclara une grande épidémie de choléra dont les premiers cas furent apportés dans mon service. C'était en 1849. Chez ces cholériques, pendant la période aiguë du mal, il y avait de ces *crampes horribles* qui font hurler les malades, et, pendant la convalescence, chez des sujets assez guéris pour sortir, des *contractures douloureuses des extrémités* qui suspendaient tout mouvement des doigts. C'est ce qu'on a depuis appelé *tétanie*, et ce qu'on observe souvent, dans d'autres circonstances, chez les enfants de cet hôpital, quelquefois chez les nourrices ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Un externe des hôpitaux, aujourd'hui le docteur Burq, vint nous offrir de guérir crampes et contractures à l'aide d'*armatures métalliques de laiton* ou de laiton et fer associés en couple galvanique. Ce ne pouvait être dangereux. J'acceptai d'après l'autorisation de mon maître, M. Rostan. Chaque jour, M. Burq et moi, contre les crampes de nos cholériques, et dans les contractures de la convalescence, nous appliquions des armatures de cuivre, et en un quart d'heure crampes et contractures avaient disparu.

A ce moment, je fus appelé à Courbevoie, où sévissait également l'épidémie cholérique, pour un cas de choléra sec avec horribles douleurs de ventre durant depuis le matin et arrachant à la malade des cris continuels qui troublaient la maison et le voisinage. Un couvercle de casserole en cuivre calma rapidement les souffrances et les fit disparaître au bout d'une heure. D'autres exemples de douleurs névralgiques de la tête ou des membres, d'anesthésie hystérique guéris par le cuivre, par le fer, par l'or employés extérieurement ou intérieurement, complétèrent cet ensemble d'une thérapeutique nouvelle, appelée *métallothérapie*, dont plusieurs médecins purent apprécier l'exactitude.

Ces faits publiés par M. Burq furent accueillis avec la méfiance et la défaveur que vous pouvez supposer. Je vous fais grâce des calomnies alors articulées contre l'inventeur. Peu de personnes voulurent regarder ce qu'on offrait à leur étude.

Moi seul osai publier les résultats que j'avais observés, et depuis vingt ans, dans mon traité des maladies des enfants, articles *chorée* et *contracture*, dans notre Dictionnaire de thé-

rapeutique avec Desprès, article *métallothérapie*, on trouve un résumé des effets de l'application des métaux dans les névroses.

J'y mis beaucoup de discrétion et de réserve, ne voulant pas, à l'occasion d'une idée qui ne m'est pas personnelle, fournir à mes ennemis un aliment de plus à leur jalousie. Je me contentai donc de me servir de la métallothérapie, à l'occasion, pour rendre service à mes malades, sans essayer de me faire le vulgarisateur de la méthode, qui fut à peu près enterrée par l'indifférence générale et par le découragemenl de son inventeur.

Aujourd'hui, on peut en parler sans danger de déconsidération. D'autres sont en train de recueillir l'héritage de Burq. Dans un très-intéressant rapport lu récemment à la Société de biologie et publié par la *Gazette médicale*, mon collègue Dumontpallier, au nom d'une commission spéciale, a exposé avec autant de précision que d'impartialité, les faits de métallothérapie dont il avait été le témoin à la Salpêtrière. Ce rapport confirme toutes les affirmations fondamentales de Burq, et n'infirme rien d'essentiel. On en peut tirer cette conclusion, que la métallothérapie est réelle et que, sans se tromper, on peut lui emprunter sérieusement ses moyens d'action.

C'est une exhumation thérapeutique dont je tenais à vous faire part, et j'espère que le sujet n'empoisonnera personne. Le temps a sans doute détruit les miasmes de cette idée mesmérique, et, depuis quelques mois que l'enfant qui est l'objet de cette conférence est en traitement, personne de vous ne s'en porte plus mal.

Cette jeune fille sensible à l'or, il faut le lui pardonner, hémianesthésique, en proie à des attaques épileptiformes fréquentes et à des hallucinations, a été guérie de son anesthésie par le chlorure d'or, et de ses attaques convulsives par le bromure de potassium. C'est d'elle que je vais vous parler en vous racontant son observation, et, comme elle est dans mon service depuis cinq mois, vous la connaissez tous.

Aménorrhée. — Convulsions épileptiformes. — Hémianesthésie. — Hallucinations. — Idiosyncrasie de l'or. — Traitement par le chlorure d'or et de sodium. — Guérison.

G..., âgée de treize ans, non formée, entrée le 22 septembre 1877 au n° 14 de Sainte-Catherine, service de M. Bouchut. Cette enfant a été prise, il y a un an, à la suite d'une course forcée, d'un tremblement de tout le côté droit du corps. Au bout d'un quart d'heure elle a perdu connaissance, a eu des convulsions et n'est revenue à elle qu'après une heure et demie.

Depuis, des attaques convulsives semblables se sont produites à diverses reprises différentes. Elles sont toujours caractérisées par un tremblement du bras et de la jambe droite, suivi de perte de onnaissance et de convulsions. Dans l'intervalle de ces grands accès, il y a fréquemment des tremblements non suivis de perte de connaissance. L'enfant n'a pas de boule hystérique et n'a pas de crises de rire ni de larmes. Elle souffre souvent de la tête.

La sensibilité est notablement diminuée dans tout le côté droit du corps, sur le tronc et sur les membres.

En beaucoup de points, elle est même complétement abolie, et, dès qu'on dépasse la ligne médiane, la sensibilité reparaît. Il n'y a qu'analgésie, car l'enfant sent qu'on la touche et elle distingue la tête et la pointe de l'épingle.

Indépendamment des crises décrites plus haut, l'enfant prétend perdre souvent connaissance pendant quelques instants. Elle est aussi sujette à des hallucinations. Elle croit entendre des bruits, elle voit des lumières de diverses couleurs, et a de la diplopie passagère; souvent la nuit elle croit apercevoir au pied de son lit son père qui disparaît brusquement. Les renseignements qu'elle donne sous ce rapport sont très-précis, et d'ailleurs il est facile de constater l'hémianesthésie et les attaques convulsives qui reviennent souvent plusieurs fois par jour.

Bon appétit; digestions régulières; pas de fièvre. Il n'y a que des douleurs hypogastriques, surtout à la région ovarienne.

On applique successivement différents métaux sur le bras anesthésié de la malade. Le cuivre et le fer ne produisent aucun effet; un louis d'or ramène momentanément la sensibilité, mais dans une zone extrêmement restreinte.

Traitement. — Pilules de *chlorure d'or et de sodium* de 1 centigramme, une par jour. — Contre les attaques convulsives, *bromure de potassium*, 3 grammes.

Au bout de quelques jours, la sensibilité est revenue à l'état normal dans tout le côté droit. Il n'y a plus d'hallucinations ni de troubles visuels. Il ne reste que des douleurs de tête et des crises convulsives.

Le chlorure d'or et de sodium est cessé au bout d'un mois, mais l'on continue le bromure de potassium.

Au mois de février 1878, les attaques convulsives cessent, et on garde l'enfant dans la salle jusqu'à la fin du mois pour vérifier la guérison.

Exeat le 24 mars.

Chez cette enfant, il faut placer en première ligne l'aménorrhée qui est le point de départ des accidents névropathiques. Elle a des traces de puberté à la poitrine et au pubis, mais le travail intérieur ne correspond pas au développement externe. Elle a une vive douleur à la région ovarienne gauche et dans le bas-ventre, mais il n'y a jamais eu de règles. C'est ce travail de puberté commençant et inachevé qui produit d'une façon réflexe les troubles fonctionnels du système nerveux que l'on observe.

Cela étant dit, nous voyons que depuis un an elle a des tremblements dans le côté droit du corps avec perte de connaissance, et que depuis quelque temps elle a des crises convulsives épileptiformes sans larmes ni sanglots et sans boule hystérique.

Tout le côté droit du corps était insensible. La piqûre de l'épingle non sentie sur les membres droits, sur le côté droit de la face et du tronc, redevenait douloureuse dès qu'on passait la ligne médiane. Mais, si l'enfant ne sentait pas la douleur, elle appréciait le contact et discernait la pointe et la tête de l'épingle. Elle avait de fréquents maux de tête et voyait bien clair.

A l'ophthalmoscope, les deux nerfs optiques étaient normaux, un peu voilés en dehors par l'hyperémie et les veines rétiniennes un peu gorgées de sang.

La nuit l'enfant voyait quelquefois double. Souvent son père lui apparaissait au pied de son lit, debout, immobile, et disparaissait sans qu'elle le vît marcher. Une fois, cependant, son père la suivit au cabinet en lui disant: *Où vas-tu?* Jamais elle n'a eu d'autres hallucinations.

Il est évident qu'il n'y avait pas là de lésion organique des pédoncules ou de la capsule interne produisant l'hémianesthésie. L'ophthalmoscope, ne montrant rien d'organique au fond de l'œil, en était la preuve.

C'était une névrose, névrose congestive de l'encéphale, coïncidant avec l'aménorrhée et donnant lieu à des hallucinations de la diplopie, des attaques épileptiformes et de l'hémianesthésie.

Dans ces conditions, j'ai recherché quelle était l'*idiosyncrasie métallique* de la malade.

Des applications de laiton sur les parties insensibles ne changèrent rien à l'anesthésie.

Le lendemain, je remplaçai le laiton par des plaques de fer doux, et l'hémianesthésie resta la même.

Alors, le jour d'après, j'appliquai quelques pièces d'or maintenues avec du sparadrap. Au bout d'une heure, la sensibilité était revenue sous les pièces de monnaie et un peu dans le voisinage. C'est ce que Burq appelle être sensible à l'or.

Je prescrivis en conséquence des pilules de *chlorure d'or et de sodium* à un centigramme, et l'enfant en prit une par jour.

J'ordonnai en même temps du *bromure de potassium*, trois grammes par jour. Au bout de deux semaines, l'hémianesthésie et les hallucinations avaient disparu, et en deux mois je vins à bout des attaques épileptiformes. Il y a maintenant six semaines que l'enfant est guérie. Elle va bientôt sortir de l'hôpital, et, si je l'ai gardée aussi longtemps après sa guérison, c'est pour vous permettre de l'observer bien complétement.

D'après ce que je viens de vous dire, vous voyez qu'il y a une *métallothérapie externe* et une *métallothérapie interne*.

Par la métallothérapie externe on recherche l'*idiosyncrasie métallique* des malades, et, selon qu'ils sont sensibles à l'or, au cuivre, au fer ou à l'argent, il est possible de les soulager par l'emploi de ces métaux à l'intérieur. C'est ce que vous avez vu pour l'or chez la malade dont je vous parle.

En est-il toujours ainsi? Je n'oserai vous l'affimer. Cela m'a réussi quelquefois, voilà ce que je puis dire, et je laisse à l'expérience ultérieure et à d'autres observateurs le soin de juger la question en dernier ressort.

Par la métallothérapie externe, on peut encore apaiser certains troubles fonctionnels du système nerveux, tels que névralgies, spasmes, crampes et convulsions.

Sans entrer dans tous les détails de cet énoncé, je vous répéterai seulement que les crampes aiguës du choléra disparaissent sous l'influence des plaques de laiton et que les crampes de la grossesse cessent par le fer doux. Cela confirme ce dicton populaire que ceux qui ont des crampes la nuit font bien de coucher avec une paire de pincettes sous les pieds. Cela réussit en effet à beaucoup de personnes.

Les contractures dites essentielles de la convalescence du choléra, de la fièvre typhoïde, les contractures des enfants, guérissent également sous l'influence des plaques de laiton laissées en place pendant vingt-quatre heures.

A ce sujet, je vous raconterai en peu de mots l'histoire du fils d'un magistrat de Paris, âgé de onze ans, qui avait des contractures essentielles de seconde dentition. Ses dents permanentes très-larges avaient de la peine à trouver leur place. C'étaient des dents d'homme dans une mâchoire d'enfant.

Pris de contracture des extrémités à la campagne, le mal avait duré un mois et avait cessé. Repris à Paris trois mois après, comme rien ne le guérissait, on me l'amena dans mon cabinet. J'annonçai que j'allais le guérir, et, prenant une chaîne de laiton dans mon bureau, je la roulai autour du poignet contracturé. Au bout d'un quart d'heure la contracture des doigts avait cessé. Je fis de même à l'autre bras avec la même réussite.

La maman stupéfaite me dit : *Mais c'est un miracle.* — Non, Madame; il n'y a là qu'un fait d'électricité galvanique, chose toute physique, mais il n'y a rien de surnaturel. J'ajoutai, ce qui se vérifia : La contracture pourra se reproduire parce que l'application n'a pas été assez prolongée, et il faudra réappliquer d'une façon permanente des plaques de laiton. Achetez chez le quincaillier du cuivre laminé en feuilles minces comme du papier, coupez-les avec des ciseaux et faites-en des bracelets, des brassards et des jambières que vous maintiendrez en place avec des bandes. Ce que j'avais prévu se réalisa. La contracture revint, la mère employa les plaques de laiton, et la contracture cessa de nouveau.

Un mois après, elle revint. On réappliqua du cuivre sans succès. — Les antispasmodiques ordinaires ne réussirent pas mieux. Alors survint subitement de l'amaurose, sans lésion du fond de l'œil visible à l'ophthalmoscope. J'étais assez préoccupé. L'amaurose, qui durait depuis deux jours, cessa tout-à-coup par le moyen le plus singulier. L'enfant, qui avait sur son lit un gros chat de gouttières tigré de noir, caressait l'animal, lorsqu'en le caressant et en le portant sur sa figure et sur ses yeux l'action électrique de la peau fit disparaître l'amaurose.

Cette amaurose revint plusieurs fois en quatre jours, disparut par le même moyen et cessa tout à fait ; mais la contracture revenait à chaque instant, durait un ou deux jours et s'en allait spontanément.

C'est alors que la famille de l'enfant, très-pieuse, songea à faire une neuvaine au tombeau du P. Olivain. Cela fut aussitôt réalisé, et un dimanche (clôture de la neuvaine), quand j'arrivai, voyant tout le monde en fête et les grands parents réunis, on me raconta que l'enfant contracturé, en ce moment ne pouvant ni marcher ni se servir de ses mains raidies, s'était fait porter au-devant du tombeau et que là il avait été subitement guéri. — Et cette fois la guérison fut définitive. Le fait fit beaucoup de bruit dans les journaux religieux, et je ne l'ai pas oublié.

Huit mois plus tard, l'enfant fut pris de douleurs de tête qu'il garda six mois, qui empêchèrent tout travail et qui cessèrent lorsque, vers 13 ans et demi, les dents purent trouver leur place à l'aise dans la mâchoire agrandie et mieux développée.

Ici tout a concouru à la guérison : l'action électrique des plaques de laiton, l'action analogue exercée par une peau de chat, et l'influence morale de la foi religieuse.

Voilà pour l'action des métaux dans les contractures, mais il y a d'autres applications dans les maladies convulsives. Je veux parler de la chorée.

Vous avez aux n°s 30 et 50, deux enfants atteints de chorées violentes et dont, sous l'influence des applications de cuivre, l'état s'est très-amélioré. Les mouvements ont entièrement cessé chez la première en huit jours, et chez l'autre ils ont disparu. — Ces faits ne sont pas les seuls que j'aie observés et, depuis vingt ans tous ceux qui suivent ma clinique en ont vu de pareils. Au reste, c'est un sujet spécial sur lequel je reviendrai.

Les vomissements sont quelquefois calmés par des applications extérieures de cuivre autour du corps, ce qui m'a donné l'occasion d'administrer avec succès le cuivre métallique en poudre à l'intérieur.

Aussi j'ai donné la poudre de cuivre contre des vomissements symptomatiques de péritonite tuberculeuse que rien n'avait pu arrêter. Ces vomissements se sont calmés, et la maladie a continué sa marche naturelle, entraînant la mort un peu plus tard.

Le cuivre ici n'a eu aucune action toxique, et c'est un fait important à signaler, dans un moment où l'on a exagéré les propriétés délétères de ce métal et de ses composés.

Je pourrais vous en dire davantage sur ce sujet, qui ne m'a jamais occupé d'une façon bien spéciale et que je n'ai étudié qu'avec une réserve dont je vous ai dit les motifs. J'ai voulu savoir ce qu'il y avait de réel dans les prétentions thérapeutiques de la métallothérapie, et j'ai constaté la vérité de quelques-unes des affirmations de M. Burq. Jusqu'où faut-il aller dans cette voie ? Dans quelles limites peut-on se mouvoir sans

être trompé par les malades et sans se tromper soi-même? Je ne saurais le dire. Ce qui semble ressortir des faits que j'ai observés et que je vous ai fait apprécier, ainsi que du rapport de la Société de biologie, c'est que, dans les différents troubles du système nerveux, l'emploi extérieur et intérieur des métaux peut avoir des avantages, et que ces avantages sont dus à une action galvanique encore mal définie.

Il est évident qu'un physicien rougirait de comparer l'action d'une plaque de laiton sur la peau à un élément voltaïque; mais il n'est pas déraisonnable de voir dans cette application une occasion de développement d'électricité par action chimique d'oxydation.

En résumé, la jeune fille dont je viens de parler avait une hémianesthésie avec hallucinations et crises épileptiformes.

Les parties anesthésiées de la peau étaient sensibles à l'or et récupéraient le sens de la douleur par ce métal.

Traitée par le chlorure d'or à l'intérieur, elle a guéri de son hémi anesthésie et de ses hallucinations.

Le bromure de potassium a fait le reste en guérissant les crises épileptiformes.

La *Gazette des hôpitaux* n'avait pas attendu l'heure de la justice pour encourager les travaux de M. Burq. Nous reproduisons — pour le lecteur qui voudrait étudier la métallothérapie — le relevé de tous les articles publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, soit par M. le docteur Burq, soit par M. le docteur Brochin dans ses *Revues cliniques*.

1852, p. 215. — M. Burq adresse à l'Académie de médecine une boîte d'anneaux métalliques et un nouveau dynamomètre.

1852, p. 260. — M. Burq lit à l'Académie de médecine un mémoire sur l'application des métaux dans la chlorose.

1853, p. 241. — M. Burq adresse à l'Académie de médecine son nouveau système d'armatures métalliques : nous les reproduisons avec bois à l'appui.

1853, p. 459. — Nous publions un travail de M. Burq sur l'électricité, le galvanisme et le magnétisme associés aux métaux, et du véritable rôle des différents appareils ou objets prétendus électriques, galvaniques ou magnétiques.

1856, p. 531. — M. Burq adresse à l'Académie de médecine une note sur un nouvel instrument de son invention propre à mesurer la sensibilité et qu'il désigne sous le nom d'esthésimètre.

1859, p. 129. — Nous publions les leçons de Trousseau sur un nouveau signe diagnostique tiré de l'exploration de la sensibilité et de la force musculaire à l'aide des armatures métalliques.

1859, p. 359. — Application de la métallothérapie au traitement de la danse de Saint-Guy, par M. le docteur V. Burq.

1859, p. 396. — Nouveau dynamomètre médical de Burq (avec planches).

1860, p. 291. — Mode d'action du fer dans le traitement de la chlorose, par Burq.

1860, p. 342. — Étude sur la chlorose, précédée d'une observation de paralysie nerveuse avec chlorose, traitée sans succès par le fer, guérie par le cuivre et le zinc intus et extra sur les indications spéciales de la métallothérapie, par le docteur V. Burq.

1860, p. 237. — Nous publions un cas très-curieux d'hystérie et de chlorose guéries par la métallothérapie, observation recueillie dans le service de Robert, à l'Hôtel-Dieu, et publiée par le docteur H. Bosia, interne des hôpitaux.

1860, p. 402. — Étude de la chlorose; ordre et marche des phénomènes, mode d'action du fer dans son traitement.

1865, p. 390. — De l'action préservative et curative du cuivre dans le choléra.

1865, p. 535. — Lettre au président de l'Académie de médecine sur l'action du cuivre dans le choléra.

1866, p. 173. — De l'immunité acquise par les ouvriers en cuivre par rapport au choléra. — Enquête sur les malades de l'hôpital Saint-Antoine.

1866, p. 265. — Immunité acquise par les ouvriers en cuivre par rapport au choléra (enquête sur l'épidémie de Paris de 1865).

1866, p. 350. — Nouveaux cas de guérison du choléra par les sels de cuivre, par le docteur Burq.

1866, p. 425. — Sur les expériences faites à l'hôpital Lariboisière avec les sels de cuivre dans le traitement du choléra.

1866, p. 450. — De la préservation du choléra par le cuivre.

1869, p. 237 et 249. — La métallothérapie à l'hôpital de Lariboisière.

1873, p. 603. — Note sur la métallothérapie, l'idiométalloscopie et l'application du thermomètre à la détermination des idiosyncrasies, par M. le docteur V. Burq.

1877, p. 44. — Application des métaux sur des parties anesthésiées (Charcot et Burq).

1877, p. 57. — La métallothérapie à la Salpêtrière.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ. — M. Hervieux.

De quelques causes de l'intoxication puerpérale.

Dans les diverses discussions qui ont eu lieu sur les causes de l'intoxication puerpérale, M. Hervieux a toujours défendu le principe de la contagion. Aujourd'hui il veut établir qu'à côté de la contagion il existe une cause pathogénique non moins prépondérante : c'est l'encombrement.

Cette cause, à laquelle les médecins et chirurgiens des hôpitaux, à de très-rares exceptions près, accordent une réelle valeur, est, en effet, indiscutable en présence des effets comparés de l'assistance hospitalière et de l'assistance à domicile, de la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux et en ville.

M. Hervieux cite un fait qui s'est répété à satiété dans son service et qui lui paraît de nature à forcer les convictions les plus rebelles. Les rapports de M. Besnier sur les maladies régnantes apprennent que depuis plus de dix ans l'état sanitaire de la Maternité est excellent; cela tient à ce que, dans le service de l'infirmerie, tel qu'il est organisé, il est impossible de remplir tous les lits d'une même salle sans qu'immédiatement il ne se développe des accidents puerpéraux plus ou moins graves. Il est rare que l'explosion de ces accidents se fasse attendre plus de vingt-quatre à quarante-huit heures.

M. Hervieux n'a jamais manqué de faire pressentir ce fait à ses élèves, chaque fois qu'on lui imposait ces accumulations, et toujours il a vu ses prévisions se réaliser. Ce fait devait avoir une contre-partie, et, en effet, il est rigoureusement vrai que, quand on isole les malades de l'infirmerie, on constate aussitôt une notable amélioration dans leur état. Le même fait s'observe chaque fois qu'on fait passer une accouchée malade d'un lieu encombré dans un lieu non encombré.

Il ressort de ces faits qu'on peut établir, au point de vue de l'étiologie, une distinction fondamentale entre l'encombrement et la contagion : à l'encombrement, M. Hervieux attribue la puissance génératrice; à la contagion, le pouvoir propagateur. Cette opinion est tout aussi admissible que la théorie des germes, car les germes existent partout dans la nature et l'empoisonnement puerpéral ne règne pas partout, Dieu merci! L'encombrement n'existe au contraire que dans certaines localités restreintes, et c'est là précisément que naissent les épidémies puerpérales.

M. Hervieux signale, en outre, une cause de propagation qui, comme il le dit lui-même, lui a valu les honneurs de l'impopularité dans le corps de l'internat; il veut parler des autopsies. Lorsqu'en 1860 il prit la direction du service médical de la Maternité, tout imbu des opinions généralement admises à cette époque, il croyait à une fièvre essentielle de cause mystérieuse, impénétrable, et se livrait avec ardeur aux investigations cadavériques; mais, plus il travaillait dans cette voie, plus violente éclatait dans les salles l'épidémie. Dans la pensée que les autopsies n'étaient pas étran-

gères à cette effrayante léthalité, M. Hervieux se décida à y renoncer, et il s'ensuivit bientôt une amélioration sensible dans l'état sanitaire de la Maternité.

Mais, comme, en même temps que la suppression des autopsies, M. Hervieux avait introduit d'autres réformes importantes dans le service, il se reprit à penser que les autopsies n'avaient peut-être pas la funeste influence qu'il leur attribuait; il reprit donc ses investigations cadavériques, mais en s'entourant de toutes les précautions possibles; de nouvelles catastrophes n'en suivirent pas moins cette nouvelle tentative et plusieurs autres qu'il fit encore sur les sollicitations de ses internes. A l'appui de cette opinion que les autopsies, dans les Maternités, sont une cause d'intoxication puerpérale, M. Hervieux produit les statistiques suivantes empruntées au professeur Spaeth (de Vienne). Dans cette ville existent deux Maternités, l'une servie par les étudiants, l'autre par des sages-femmes: la première a fait dans une période de trente années 104,492 accouchements sur lesquels il y a eu 5,560 décès, soit une mortalité de 5,32 pour 100; la seconde, dans le même laps de temps, a compté 3,064 décès sur 88,083 accouchemonts, soit une mortalité de 3,47 pour 100. Voilà donc deux Maternités se trouvant dans les mêmes conditions; dans l'une la mortalité est de 5,32 pour 100, dans l'autre seulement de 3,47. A quoi tient cette différence? Aux autopsies que font les étudiants et que ne font pas les sages-femmes.

M. Hervieux ne croit pas aux constitutions vraiment épidémiques en matière de puerpéralité. Il n'y a pas, suivant lui, d'épidémies puerpérales dans le sens littéral du mot, il n'y a que des questions de localités. Il le prouve en s'appuyant sur des statistiques relatives à la mortalité des femmes en couches dans les différents hôpitaux de Paris depuis 1873 jusqu'en 1876. Ces tableaux statistiques montrent qu'il n'y a pas le moindre parallélisme entre la mortalité pour cent du service d'accouchement dans les divers hôpitaux. Tandis, par exemple, qu'en 1873, Saint-Antoine avait 6,56 pour 100 de mortalité annuelle, les cliniques 8,65, l'Hôtel-Dieu 8,88, Necker 9,81, on voit la Charité ne présenter que 3,19, Beaujon 2,91, Saint-Louis 2,38, la Pitié 2,09, la Maternité 1,93, sans compter les bureaux de bienfaisance qui n'avaient que 0,29 et les sages-femmes que 0,93.

La mortalité par semestre, par trimestre ou par mois, est tout aussi inégalement répartie.

Les épidémies puerpérales sont donc des questions toutes de localités, indépendantes des vicissitudes atmosphériques, de l'ozone, de l'électricité et de la rose des vents; elles tiennent à des mesures d'organisation intérieure, d'hygiène hospitalière et à des questions de personnes, et les causes de ces épidémies, au lieu d'être occultes, mystérieuses et hors de la portée de notre entendement, sont des causes matérielles, compréhensibles et attaquables par les ressources de notre art.

M. Hervieux, il y a dix ans, disait: Tant que je dirigerai le service de la Maternité, je m'engage à maintenir son état sanitaire dans des conditions relativement favorables. Il a tenu son engagement et les résultats ont même dépassé ses espérances, malgré les mauvaises conditions qui se trouvent réunies à la Maternité. Quel est donc son secret? les moyens dont il dispose sont simples, faciles et peu dispendieux. Son traitement hygiénique et prophylactique se réduit aux précautions suivantes:

1° Faire du jour autour des accouchées et les disséminer dans le plus grand espace possible;

2° Leur épargner toute investigation qui n'est pas rigoureusement indispensable;

3° Isoler les accouchées malades des accouchées valides, et même celles qui sont gravement atteintes de celles qui le sont moins;

4° Supprimer toutes les autopsies;

5° Préférer aux avantages de l'alternance l'occupation totale des salles disponibles avec espacement des malades aussi considérable que possible;

6° Affecter un personnel spécial aux malades le plus fortement menacées;

7° Restreindre le chiffre des admissions et même fermer complétement le service dès qu'un mouvement épidémique semble se manifester.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 avril 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet: 1° les comptes-rendus des épidémies qui ont régné dans les départements des Vosges, de la Vienne, de la Haute-Vienne, du Rhône, en 1877 (commission des épidémies); 2° des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, des sources d'eaux minérales à Pithiviers-le-Vieil (Loiret), à Gigondas (Vaucluse) et à la Bourboule (Puy-de-Dôme); 3° le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Elle comprend: 1° des lettres de candidature de MM. Polaillon, pour la section d'anatomie et de physiologie; Desprès et Desormeaux, pour la section de médecine opératoire; Alfred Fournier, pour la section de pathologie médicale; Maximin Legrand, de Ranse, pour la section des associés libres, et de M. le docteur Nivet (de Clermont) qui sollicite le titre de membre correspondant national; 2° un travail manuscrit de M. le docteur Coste, intitulé: *Recherches statistiques sur la Sologne;* 3° un rapport de M. le docteur Doin sur les eaux de Bourbonne-les-Bains; 4° un travail de M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux) sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique, guérie par l'emploi de courants intermittents; 5° deux mémoires de M. le docteur Combay sur le typhus d'Orient et sur le choléra épidémique; 6° une brochure de M. le docteur Nicolle sur l'hygiène des nouveau-nés; une nouvelle édition de l'ouvrage de M. le docteur Davenne sur les entozoaires.

PRÉSENTATIONS.

M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY offre, au nom de M. le docteur Frédet, un travail sur les eaux de Royat (commission des eaux minérales).

M. ROGER, au nom de M. le docteur Alph. Bazin (de Saint-Brice), présente un travail manuscrit, intitulé: *Contribution à l'étude de la vaccine.*

M. DEVILLIERS, au nom de M. le docteur Piachaud, un travail sur l'anesthésie obstétricale.

M. JACCOUD, au nom de M. le docteur Vidal, un travail sur l'inoculabilité de quelques affections cutanées.

M. MAURICE PERRIN, au nom de M. le docteur Lacassagne, professeur agrégé au Val-de-Grâce, un volume intitulé: *Précis de médecine judiciaire.*

M. RICHE, sur l'invitation du président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Boudet.

M. HARDY, à l'occasion du procès-verbal, demande à présenter quelques observations relativement au rapport de M. Gubler au sujet des travaux de M. Fua (de Padoue) sur le maïs. Dans ce rapport, d'ailleurs fort remarquable, M. Gubler se fait le défenseur d'une doctrine que M. Hardy qualifie de surannée. M. Gubler semble considérer le maïs altéré comme la cause unique de la pellagre. M. Hardy admet cette cause, mais il nie qu'elle soit unique; on voit en effet nombre de gens atteints de pellagre et n'ayant jamais mangé de maïs, n'ayant même jamais habité de pays à maïs. Outre l'influence du maïs, il y a d'autres causes de la pellagre, en particulier la misère, l'alimentation insuffisante, les chagrins et surtout l'alcoolisme. M. Gubler, à côté de la pellagre à maïs, a bien admis l'existence de pseudo-pellagres ou de fausses pellagres; mais c'est

précisément contre ces dénominations que s'élève M. Hardy, car ce sont, de part et d'autre, les mêmes symptômes; le tableau est identique des deux côtés; il n'y a donc pas lieu d'admettre une vraie et une fausse pellagre. Si une discussion s'élevait sur ce sujet, M. Hardy pourrait apporter un grand nombre de preuves à l'appui de son opinion. Aujourd'hui il se borne à faire cette réserve que la pellagre est une maladie qui reconnaît plusieurs causes, en particulier toutes celles qui produisent ce que l'on a appelé la misère physiologique.

— L'Académie procède à l'élection d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place vacante de membre associé libre.

Cette commission se compose de MM. Chéreau, Lasègue, Gosselin, Legouest, Regnauld, Pasteur et Noël Guéneau de Mussy.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les diverses méthodes de pansement. La parole est à M. J. Guérin.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE PANSEMENT DES PLAIES.

M. J. GUÉRIN expose, dans cette seconde partie de son argumentation, les différents appareils qu'il a imaginés pour l'occlusion pneumatique.

L'ensemble du système comprend : 1° un récipient pneumatique central destiné à faire et à entretenir le vide dans tous les appareils particuliers;

2° Des récipients en verre de dimensions et de contenances moindres constituant des appareils particuliers qui sont reliés au récipient central par une série de tubes élastiques;

3° L'appareil occlusif consistant en un manchon en caoutchouc vulcanisé de toutes formes, de toutes dimensions, telles qu'elles puissent s'adapter aisément à toutes les parties du corps.

Le membre blessé, préalablement recouvert d'une enveloppe de tissu perméable, est introduit dans le manchon de caoutchouc, qui est mis en rapport avec le récipient pneumatique par l'intermédiaire d'un tube incompressible. Dès qu'on fait fonctionner l'appareil, les gaz renfermés dans le manchon passent dans le récipient pneumatique, et la poche enveloppante, obéissant à la pression atmosphérique, suit le retrait des gaz et se moule hermétiquement sur la surface enveloppée.

On conçoit aisément les effets mécaniques et physiologiques qui résultent de ce jeu de l'appareil. Le récipient pneumatique entretient d'une manière permanente le double effet de l'aspiration du contenu du manchon et de la pression atmosphérique sur ce dernier, l'une et l'autre agissant au degré voulu.

L'enveloppe intermédiaire du tissu élastique perméable favorise sur toute l'étendue de la partie enveloppée la circulation des gaz et des liquides aspirés ; elle maintient ainsi les surfaces enveloppées en rapport incessant avec le récipient pneumatique.

Le manchon de caoutchouc, en vertu de sa souplesse, de son imperméabilité et de la pression élastique de son ouverture, se moule en les comprimant uniformément sur les surfaces enveloppées, sans permettre l'entrée de l'air.

A ces effets mécaniques correspondent des effets physiologiques ; l'aspiration continue du récipient pneumatique favorise l'exhalation et les sécrétions cutanées, empêche la stagnation de ces produits et celle des liquides épanchés. Il exerce sur la surface de la plaie une double influence, il favorise la sécrétion plastique réparatrice et il prévient, par le mouvement rétrograde qu'il provoque, toute absorption ou résorption des gaz ou des liquides épanchés ou des substances toxiques ou violentes déposés à leur surface ; enfin, si les plaies offrent des solutions de continuité, des anfractuosités, comme dans les fractures compliquées, ces solutions de continuité et ces anfractuosités se comblent incessamment par les sécrétions plastiques que provoque le fonctionnement de l'appareil.

Enfin, grâce au double système d'enveloppe, les plaies sont constamment maintenues à l'abri du contact de l'air ; la douleur produite par ce contact est supprimée ou plutôt n'existe pas ; les liquides organiques ne s'altèrent point ; les parties enveloppées se dégorgent incessamment, et les parties séparées tendent à se rapprocher ; l'inflammation suppurative ne se produit point, et, lorsque les tissus lésés ne sont le siége d'aucune complication pathologique, ils se réunissent immédiatement.

Les principales applications pratiques qui ont été faites de ce système d'appareil peuvent être ramenées à quatre groupes.

Un premier groupe comprend les opérations chirurgicales simples qui n'intéressent que la peau ou le tissu cellulaire, telles qu'incisions, ablations de cicatrices ou de tumeurs sous-cutanées, ligatures de vaisseaux, etc.

Le 2me groupe comprend les amputations graves, amputations des membres, résection, etc.

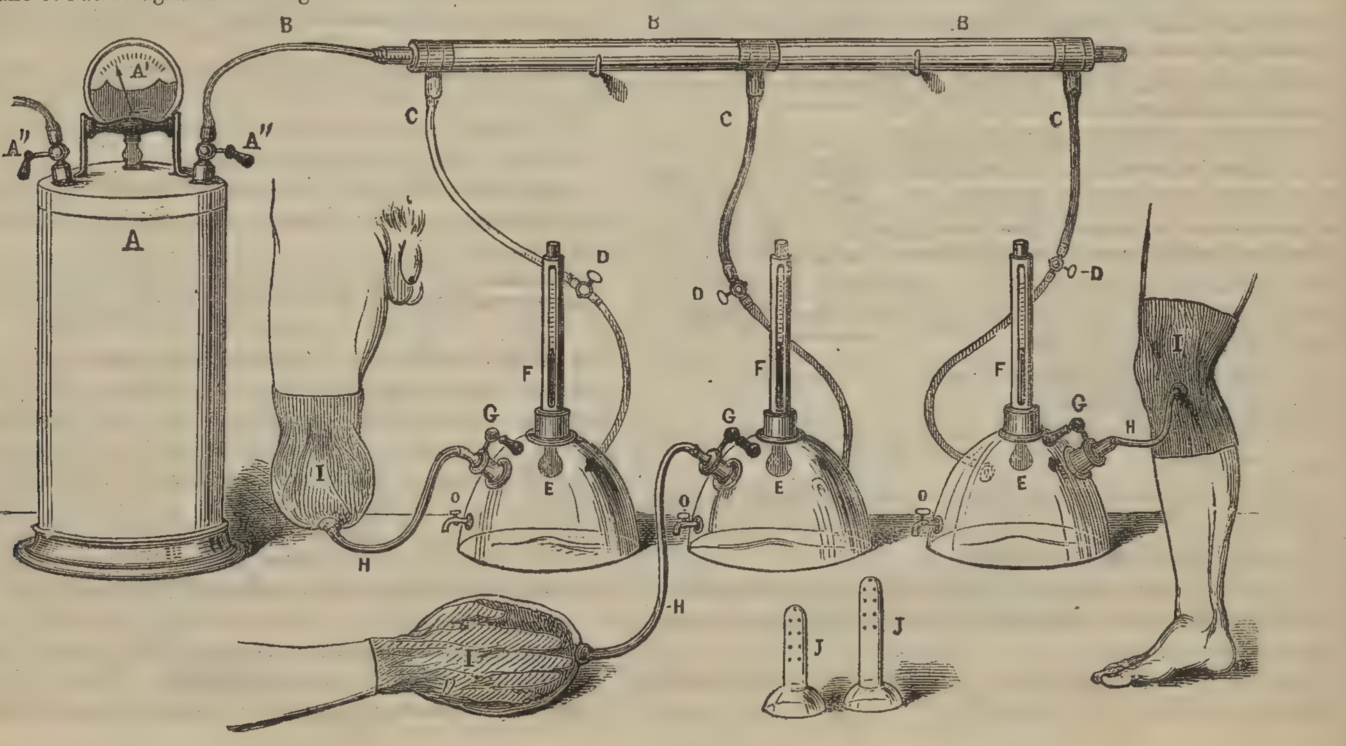
Le 3me groupe comprend les fractures compliquées.

Le 4me, les plaies par armes à feu avec dilacération et destruction des tissus, fractures comminutives et broiement des os, etc.

M. J. Guérin termine son exposition par l'analyse de quelques-uns des faits compris dans ces diverses catégories.

(Voir ci-dessous le dessin des appareils).

A 4 h. 3/4, l'Académie se forme en comité secret.



CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 15 avril courant, la date de l'ouverture du concours qui devait avoir lieu le 25 avril 1878, pour treize places d'agrégés près les facultés de médecine (section de chirurgie et d'accouchement), est reportée au 29 avril 1878.

— La Société de médecine de Marseille décernera, en séance publique, dans le courant de l'année 1879, deux prix :

1° Le prix Rampal, de la valeur de 500 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit et inédit sur un sujet de médecine ou de chirurgie au choix du candidat;

2° Un prix de la valeur de 300 francs sera décerné au meilleur travail manuscrit et inédit sur l'emploi thérapeutique de l'électricité. L'auteur pourra s'en tenir à une des applications, à la médecine ou à la chirurgie.

Les mémoires manuscrits et en français doivent être envoyés dans les formes académiques, avant le 31 mars 1879 (terme de rigueur), à M. le docteur Livon, secrétaire général, au siége de la Société, rue des Beaux-Arts, 3, Marseille. — L'auteur qui, par un moyen quelconque, se ferait connaître, serait exclu du concours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Manuel d'anatomie. 2e édition du Résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

De la thoracentèse par aspiration dans la pleurésie aiguë, par M. le docteur Dieulafoy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Une brochure in-8° de 64 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. —Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 47. — SAMEDI 20 AVRIL 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 20 AVRIL 1878. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, [illegible]n autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étu[illegible] qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Les bureaux et atelier[illegible]més à l'occasion des fêtes de Pâques, le journ[illegible] paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des conditions pathogéniques du développement de la paralysie générale en particulier et des diverses dégénérescences scléreuses du système nerveux en général.

La paralysie générale, telle qu'elle est conçue actuellement avec ses lésions scléreuses élémentaires, ainsi que les diverses autres dégénérescences scléreuses du système nerveux, sont des maladies d'évolution qui ont leur raison d'être dans les lois fatales du développement des tissus organiques; et les causes émanées du monde extérieur, telles que les influences morales, les excès alcooliques, etc., ne sont que des causes secondaires subordonnées à un travail préparatoire d'évolution qui s'accomplit silencieusement au sein de l'intimité des tissus.

Telles sont les deux propositions que M. Luys s'est proposé de démontrer dans l'intéressante communication qu'il a faite à la Société médicale des hôpitaux et que nous avons simplement mentionnée en son lieu. Cette démonstration est appuyée sur une observation anatomique dont on n'a pas tiré jusqu'ici tout le parti qu'elle comportait.

Quiconque s'occupe de recherches nécroscopiques, dit M. Luys, a été frappé, en examinant le cerveau, de la facilité avec laquelle on enlève les méninges, sous forme d'une calotte non interrompue, sur le cerveau des vieillards, et avec quelle difficulté la même opération de décortication se pratique chez l'enfant, chez le jeune homme et quelquefois chez l'adulte.

Cette simple observation anatomo-pathologique démontre, d'une façon précise, que la trame fibrillaire, interstitielle, la névroglie, qui remplit au milieu du système le rôle de support mécanique et d'élément trophique, est comme un tissu parasitaire, doué d'une vitalité propre, en perpétuel travail d'évolution depuis le commencement jusqu'à la fin de la vie. Elle évolue *motu proprio*, vit par ses éléments en *connubium* intime avec les cellules et avec les fibres nerveuses avec lesquelles elle se combine; elle fait partie intégrante des parois des canalicules vasculaires et forme ainsi, depuis les régions les plus inférieures de la moelle épinière jusqu'aux régions les plus antérieures de l'axe cérébro-spinal, une trame interstitielle, diffuse, reliant entre eux les éléments nerveux, leur servant de support, vivant d'une vie autonomique, indépendante, et ayant par cela même une tendance fatale à produire localement, par aberration nutritive, des néoplasies isolées, des scléroses diffuses.

Un travail profond, incessamment progressif, de développement de tissu névroglique, s'opère silencieusement à tout instant, pendant toute la durée de l'évolution de l'individu, à travers le système nerveux.

Appliquant ces données anatomiques à l'étude de ce qui se passe chez les individus atteints de paralysie générale, M. Luys montre l'hypergenèse de la névroglie se développant exagérément au milieu du tissu cérébro-spinal, frappant çà et là, tantôt primitivement sur l'élément vasculaire, tantôt primitivement sur telle ou telle partie du système, et déterminant, soit des hyperémies, soit des ischémies locales et des manifestations pathologiques variées, suivant qu'elles ont intéressé tel ou tel département.

Si l'on prend, en effet, le cerveau d'un paralytique, on constate à première vue une rougeur diffuse de la surface, une teinte diffuse opaline des méninges, tenant à l'imbibition du tissu scléreux de nouvelle formation par le liquide arachnoïdien ; on voit, en outre, des congestions des grosses veines serpentant à la surface et des effondrements de certaines régions de l'écorce. Enfin, si, poursuivant les recherches jusque dans la trame nerveuse, on constate, soit dans la substance blanche, soit dans la substance grise, des lésions profondes, on reconnaît que cette trame névroglique qui, à l'état normal, joue un rôle mécanique et passif au milieu des éléments nerveux, a proliféré et s'est développée d'une façon tumultueuse et excessive, au point d'étouffer, en quelque sorte, sous son invasion, les éléments actifs, de constituer des foyers scléreux, des masses indurées, d'amener consécutivement des oblitérations vasculaires et l'interception des courants nourriciers de tel ou tel territoire cérébral et de devenir ainsi un élément de trouble et de perturbation des fonctions cérébrales.

La maladie continuant à évoluer, on trouve plus tard des lésions identiques de la névroglie dans le bulbe, dans la protubérance, dans la moelle épinière.

On comprend aisément comment, par suite de ce travail de néoplasie morbide, les phénomènes de la vie dans tel département du système peuvent être inopinément ou lentement suspendus par suite de l'interruption des courants sanguins, comment certains groupes de cellules, faute d'aliments réparateurs, peuvent rapidement être anéantis ou réduits à l'inaction, tandis que d'autres groupes, abreuvés, au contraire, de sucs nutritifs en excès, peuvent entrer en éréthisme; d'où les divers symptômes locaux observés chez les paralytiques, suivant que le processus sclérosique aura porté sur tel ou tel département du système nerveux central.

Étant admis que le processus morbide de la paralysie générale n'est que le résultat d'une évolution déviée des tissus organiques de la névroglie et une perturbation d'un fait naturel de développement, on comprend que les causes extérieures n'aient qu'une portée secondaire et ne soient que des incidents qui viennent suractiver le processus en évolution.

Qu'il survienne, dans ces conditions, une impression morale quelconque, des chagrins vrais ou imaginaires, des excès de travail intellectuel, des veilles prolongées, et ils trouvent le mal tout préparé et vont ajouter à son activité.

C'est vers l'âge de vingt-cinq à quarante-cinq ans que le travail interstitiel de la névroglie se complète. C'est à partir de cette époque que les méninges forment insensiblement une trame plus serrée, qu'elles deviennent plus résistantes et que les éléments histologiques qui les constituent sont doués d'aptitudes végétatives plus accentuées; c'est aussi à cette époque de la vie que la paralysie générale sévit avec le plus de fréquence et d'intensité.

Les recherches auxquelles M. Luys s'est livré, sur ce point, d'accord dans leurs résultats avec celles de la plupart des auteurs, montrent, en effet, que le maximum de fréquence de la paralysie générale est de quarante à cinquante ans, qu'on la voit peu au-dessous de vingt-cinq ans, très-rarement à partir de soixante ans, et que l'âge moyen de son apparition est, chez l'homme, quarante-trois ans, et chez la femme, quarante-un ans.

Maintenant, si l'on jette les yeux sur les autres espèces de dégénérescence sclérosique dont le système nerveux peut être le théâtre, on voit que ce qui se passe dans l'intimité du tissu cérébral, à propos de la paralysie générale, n'est que l'expression amplifiée d'un processus similaire qui se passe dans d'autres départements du même système.

Qu'il s'agisse de troubles de l'ataxie locomotrice, de la paralysie agitante, de la sclérose en plaques disséminées, de certaines formes de convulsions, c'est toujours le même élément fondamental qui est en jeu; c'est toujours la même activité morbide des éléments de la névroglie qui prolifère sur place et s'organise en plaques indurées, et, malgré la diversité des symptômes, c'est toujours le même phénomène qui se passe dans le système nerveux. Les réactions ne diffèrent qu'en raison des différences des déterminations locales. Dans les racines et les faisceaux postérieurs de l'axe spinal, il donne lieu aux troubles locomoteurs de l'ataxie; dans les régions du bulbe et de la protubérance, à des manifestations morbides variables suivant les points touchés, etc.

Quelles que soient les apparences variées sous lesquelles les troubles du système nerveux se révèlent dans les différents cas dont il vient d'être question, ils ont tous ce point commun : l'hyperplasie irritative de la névroglie interstitielle; — et ils rentrent tous aussi dans la catégorie des maladies d'évolution liées au développement des éléments organiques. — Telle est la conclusion générale de l'importante communication de M. Luys.

Une forme d'adéno-lymphite péri-utérine.

Pendant une année passée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Alphonse Guérin, M. le docteur Georges Mary a eu l'occasion d'observer un certain nombre de femmes présentant les symptômes attribués au phlegmon du ligament large, à la pelvi-péritonite, à l'ovarite, et d'autres femmes chez qui l'affection pelvienne, après mûre analyse, ne lui a paru pouvoir rentrer dans aucun de ces cadres. C'est cette affection particulière qui semble être passée inaperçue jusqu'à présent ou avoir été confondue avec le phlegmon des ligaments larges, affection découverte par M. Alphonse Guérin et signalée par lui sous le nom d'adéno-lymphite péri-utérine, que M. Mary s'est proposé de décrire dans sa dissertation inaugurale.

Anatomiquement, l'adéno-lymphite péri-utérine est l'inflammation des ganglions péri-utérins.

Nous ne saurions donner une idée plus exacte de la lésion dont il s'agit, parvenue à son degré le plus extrême, qu'en rapportant les détails nécropsiques du cas qui a le premier fixé l'attention de M. Alphonse Guérin.

Il s'agissait d'une femme de vingt-six ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, malade depuis trois semaines, à la suite d'un travail fatigant. Elle se plaignait d'une douleur violente dans le ventre, à gauche. Le toucher vaginal faisait reconnaître une énorme déchirure du col et un empâtement dans le cul-de-sac latéral gauche, s'étendant dans la région post-pubienne, pouvant être délimitée également par la main qui palpait le ventre. La malade avait l'aspect d'une personne en proie à une suppuration prolongée; elle vomissait et avait des selles diarrhéiques, fétides, de la fièvre et des frissons fréquents.

Au bout de vingt jours environ d'aggravation incessante dans son état de septicémie, cette femme finit par succomber. A l'autopsie, on trouve d'abord que l'épiploon adhère fortement, sur une longueur de plusieurs centimètres, au niveau de l'arcade crurale gauche. L'épiploon sectionné et enlevé, on trouve l'intestin occupant le petit bassin du côté droit, pendant qu'une tumeur verdâtre remplit le côté gauche. L'une des anses intestinales qui adhéraient à la tumeur avait une petite perforation qui mettait la tumeur en communication avec l'intestin. A gauche de l'utérus, un peu déjeté sur la droite et dont le col est profondément déchiré et mamelonné, se présente la tumeur signalée plus haut, du volume d'un œuf d'oie, molle, fluctuante, laissant échapper, à l'ouverture, du pus phlegmoneux. Au premier abord, M. A. Guérin crut avoir affaire à un phlegmon du ligament large. Mais il ne tarda pas à reconnaître l'ovaire.

En examinant le petit bassin, on voit du côté gauche une tuméfaction vague, mal limitée, peu proéminente. On décolle le péritoine en partant de la fosse iliaque de haut en bas. En avant et immédiatement contre la vessie, on trouve une poche purulente limitée, en avant par le muscle obturateur interne, en dedans par la vessie, en arrière par le péritoine. La séreuse épaissie adhère à un tissu lardacé et friable. Au-dessous et en arrière on trouve un prolongement de cette poche qui se dirige en bas et en arrière jusqu'au sacrum; ce sont les parois de cette poche que l'on sentait par le vagin. Ainsi, il existait en dehors du péritoine une vaste suppuration dont la paroi interne contournait la vessie, le vagin, le rectum, et dont la

paroi externe longeait le muscle obturateur interne, la face interne de l'ischion, le pyramidal, le sacrum et allait jusqu'en arrière du rectum. Les parois étaient formées d'un tissu lardacé doublant la séreuse dans une certaine étendue et qui était constitué par la coque du ganglion. En haut, sur le psoas, on trouvait plusieurs ganglions lymphatiques volumineux dont les uns étaient infiltrés de pus et les autres durs.

Cette inflammation des ganglions péri-utérins est toujours le résultat d'une cause locale, différant en cela de la lymphangite utérine des auteurs, qui est plus souvent l'effet d'une contagion ou de l'épidémicité. L'adéno-lymphite péri-utérine s'observe souvent après l'accouchement; elle résulte d'une déchirure des orifices utérins pendant le travail; elle survient d'autant plus facilement que les femmes y sont plus prédisposées par un tempérament lymphatique ou strumeux. Elle s'observe aussi, en dehors des conditions de la puerpéralité, dans des circonstances pathologiques diverses, telles qu'une blennorrhagie (c'est le cas de l'une des premières observations recueillies dans le service de M. A. Guérin), un chancre du col, une métrite aiguë, une application de sangsues sur le col, etc. Dans l'un des cas rapportés dans le travail de M. Mary, il s'agit d'une adéno-lymphite observée dans le service de M. le docteur d'Heilly, à l'hôpital temporaire, qui aurait reconnu pour cause les mouvements nécessités par la mise en œuvre d'une machine à coudre.

L'affection dont il s'agit offre plusieurs modes de début. Lorsqu'elle se montre en dehors de la puerpéralité, elle débute ordinairement par une douleur vague que la malade ressent dans les reins, par de la fatigue, de la courbature. Lorsqu'on l'observe à la suite de couches, la nouvelle accouchée, au bout de deux ou trois semaines, commence à souffrir dans l'aine; cette douleur, d'abord unilatérale, irradie à la partie antérieure de la cuisse.

Dans un deuxième mode, le mal commence par une fièvre violente, avec frissons, sueurs abondantes, prostration rapide des forces. Ce n'est qu'au bout de vingt-quatre ou quarante-huit-heures que la malade éprouve une douleur vive à la racine du membre inférieur, remontant dans le ventre.

La douleur, qu'elle soit initiale ou qu'elle ne se fasse sentir qu'après le frisson, siège particulièrement dans le pli de l'aine. C'est là un signe presque pathognomonique ou qui peut, du moins, mettre sur la voie.

Les symptômes physiques sont la sensation que donne la palpation d'une tumeur ou plutôt d'un empâtement situé immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, se continuant vers le canal crural, adhérent à la symphyse pubienne, immobile et douloureux à la pression; et celle que fournit le toucher vaginal de la même tumeur, qui peut être ainsi nettement circonscrite entre les deux mains, d'une douleur vive et de la température élevée du vagin. L'exploration de l'utérus fait souvent reconnaître la cause même de l'adéno-lymphite, soit la déchirure du col, soit des granulations.

Les symptômes rationnels et sympathiques du côté des autres organes, sont l'altération de la face, la constipation, la suppression des règles.

La marche de cette affection est subordonnée à la durée de la lésion voisine qui lui a donné naissance, d'où de grandes différences dans sa durée. Cependant la résolution est fréquente. M. Mary, en se fondant sur les cas qu'il a observés, l'estime aux 7 à 8/10es des faits. Il y a lieu d'y compter lorsque l'affection qui en a été le point de départ, une blennorrhagie par exemple, s'est elle-même éteinte ou a rétrogradé. La tumeur perd sa sensibilité, puis diminue graduellement de volume; arrivée à la période phlegmoneuse, l'adénite est encore susceptible de résolution. Dans le pronostic de l'affection il faut tenir compte de l'anémie consécutive.

Les éléments principaux du diagnostic sont, d'après ce qui a été dit plus haut, la douleur au-dessus du pli de l'aine, la tuméfaction adhérente au pubis et la direction de cette tumeur vers le trou ovale, enfin l'absence de mobilité et la résolution en général assez rapide sous l'influence du traitement dont il nous reste à parler.

L'adéno-lymphite péri-utérine comporte avant tout, comme moyen de traitement, l'usage des révulsifs. Les vésicatoires arrêtent et font rétrograder l'inflammation lymphatique. Dans les cas les moins heureux, dit M. Mary, ils circonscrivent au moins le foyer morbide et le concentrent autour des ganglions. Si, au moment où on se décide à y recourir, la résolution n'est plus possible, ils ont du moins l'avantage d'activer, d'accélérer la suppuration et d'en abréger ainsi la durée.

Lorsqu'un seul vésicatoire ne suffit pas, il ne faut pas hésiter à en réitérer l'application.

Les laxatifs sont également utiles, ainsi que les cataplasmes intra-vaginaux. Enfin, dans le but de diminuer la congestion pelvienne, on devra prescrire la position horizontale et le séjour au lit pendant toute la période d'acuité de la maladie.

Tels sont les moyens qui ont été le plus utilement mis en usage dans les faits observés par M. Mary.

Traitement des vomissements incoercibles des femmes enceintes.

Il y a quelques années, M. le docteur Lubelski, médecin de l'hospice de l'Enfant-Jésus, à Varsovie, fit savoir qu'il avait appliqué avec un succès aussi rapide qu'inattendu, contre la chorée, la méthode alors nouvelle de l'éther pulvérisé. Ces premiers essais furent répétés quelque temps après avec les mêmes avantages, paraît-il, dans les hôpitaux de Strasbourg, par M. Zimberlin, et dans les hôpitaux de Lyon, par M. Perroud et M. Meynet. M. le docteur Lubelski a eu l'idée, depuis, de traiter par le même moyen les vomissements incoercibles de la grossesse. Dès la première apparition des vomissements ou même des nausées, il prescrit l'usage d'une douche d'éther pulvérisé, à la région épigastrique et à la partie correspondante de la colonne vertébrale; il recommande de prolonger cette douche de 3 à 5 minutes et même plus longtemps si la femme s'en trouve bien, et de la renouveler toutes les trois heures; dans les cas rebelles, d'alterner les douches d'éther avec celles de chloroforme.

M. Dujardin-Beaumetz a communiqué à la Société de thérapeutique le fait suivant, dans lequel, en imitant la conduite de M. Lubelski, il a obtenu un résultat également satisfaisant.

Une jeune femme, au deuxième mois de sa grossesse, était atteinte de vomissements incoercibles, qui ne lui permettaient de conserver aucun aliment solide ou liquide. Après avoir essayé sans aucun résultat tous les moyens propices en pareil cas, valérianate de caféine, chloral, emplâtre d'opium, teinture d'iode, etc., il a eu recours à la méthode des pulvérisations d'éther.

Voici comment il a procédé: immédiatement avant le repas, on faisait, pendant 5 minutes, avec l'appareil Richardson, des pulvérisations d'éther vers le milieu de la région dorsale et au milieu de l'estomac. Les vomissements cessèrent presque aussitôt. Le traitement fut suspendu au bout de huit jours, les vomissements avaient disparu pour ne plus revenir

Dr Brochin.

HOPITAL MILITAIRE DE GIVET. — M. CHALLAN.

—

Péritonite tuberculeuse survenue d'emblée chez un sujet robuste et d'une superbe santé habituelle.

Louis n'admettait pas la péritonite tuberculeuse en dehors de la tuberculose pulmonaire. Depuis Louis, plusieurs observateurs, Grisolle et Lebert entre autres, ont, au contraire, déclaré que l'évolution de la tuberculose péritonéale précède presque toujours la tuberculose pulmonaire. Le fait suivant me paraît une nouvelle démonstration de cette dernière assertion.

N..., soldat porte-sac d'ambulance, au 128e régiment d'infanterie, entre à l'hôpital de Givet le 23 novembre 1877. C'est un robuste garçon, dont les antécédents sanitaires ne laissent rien à désirer. Son père, sa mère, son frère et ses sœurs, tous cultivateurs, jouissent d'une excellente santé. Le 18 novembre, cet homme, assistant à un exercice militaire en campagne, dut faire une course assez longue pour accompagner le médecin-major du régiment, appelé en toute hâte auprès d'un officier frappé de congestion cérébrale. Arrivé sur les lieux, il fut chargé de maintenir des chevaux et demeura assez longtemps au repos. Il était couvert de sueur et se trouvait alors sur une élévation balayée par un vent froid et humide. Il but deux chopes de bière et ne tarda pas à éprouver un très-vif refroidissement. Le soir même il se plaignit de coliques; dans la nuit il eut un violent frisson. Très-dur de sa nature, il voulut continuer son service.

Le lendemain, en accompagnant le médecin-major à sa suite, il se plaignit de battement abdominal et prit un purgatif salin.

Le surlendemain et les jours suivants, les douleurs s'accentuèrent: elles arrachaient des plaintes incessantes et s'exaspéraient sous l'influence du moindre attouchement. Le ventre parut alors tendu et météorisé, il y eut quelques vomissements alimentaires mêlés d'une petite quantité de bile, la fièvre cependant ne parut pas très-intense. Le diagnostic était fait; le 23 N... fut envoyé à l'hôpital.

A son arrivée, M. le professeur Chauvel, alors médecin en chef, constate :

Ventre tendu, météorisé, très-douloureux à la pression; le moindre attouchement arrache des cris au patient. Légère matité dans la fosse iliaque droite. Face anxieuse. Pouls fréquent, petit. Température normale, 26°8. Ni toux ni expectoration. Intelligence parfaitement lucide. Insomnie sans agitation.

Il prescrit : vésicatoire abdominal; cinq pilules extrait d'opium, à 0,01, et de belladone à 0,01.

Pas de changement appréciable les jours suivants.

1er décembre. — Face grippée. Décubitus dorsal. Vomissements bilieux abondants. Matité absolue dans les hypochondres. Ascite évidente. Le moindre mouvement exaspère la douleur. Respiration normale dans toute l'étendue de la poitrine. Insomnie persistante. Pouls 80, petit. Température moyenne, 37°,2.

P. : Tilleul nitré. Potion gommeuse, morphine 0,05. Teinture de digitale 1 gramme. Teinture de scille 2 grammes. Eau de Seltz.

15 décembre. — Face pâle, amaigrie, langue normale. Ventre volumineux, irrégulier, plus développé à droite, dur, rénitent et moins douloureux à la palpation. Les intestins paraissent refoulés vers l'ombilic. Les hypochondres sont mats, l'ascite a cependant sensiblement diminué. Pouls petit. Température du soir 36°,4. Appétit assez bien conservé malgré des vomissements bilieux parfois abondants. Nuits relativement bonnes.

Frictions mercurielles belladonées. Dix pilules extrait d'opium 0,01.

Le 5 janvier, à mon arrivée à l'hôpital, je constate :

Amaigrissement très-prononcé. Face pâle, yeux excavés, interrogateurs. Langue normale. Ni céphalalgie ni manifestation cérébrale d'aucune sorte. Thorax émacié permettant de compter les côtes à vue. Respiration régulière, normale. A peine un peu d'amoindrissement du murmure vésiculaire et légère diminution de la sonorité sans localisation précise. Ni toux ni expectoration. Bruits du cœur faibles, souffle anémique plus prononcé dans les carotides. Ventre ballonné, le creux épigastrique est effacé. La percussion, qui est peu douloureuse, donne une sonorité obscure, sauf dans les deux fosses iliaques où la matité est absolue; cependant l'épanchement ascitique paraît presque complétement disparu; le décubitus latéral ne modifie pas la nature du son, on ne perçoit nulle part ni frottement ni fluctuation. La palpation permet de constater la présence de tumeurs dures, irrégulières, assez volumineuses et absolument indépendantes de la paroi abdominale qui glisse facilement sur elles. Le malade accuse une douleur sourde mais peu intense, bien qu'elle soit, dit-il, assez vivement réveillée par la palpation. Il se plaint surtout de la fatigue que lui occasionnent des vomissements d'une grande abondance, survenant assez régulièrement deux fois par jour, deux heures environ après les repas. Les vomissements, d'une odeur fade, sont très-acides; ils contiennent des débris alimentaires presque digérés et mêlés d'une grande quantité de bile. Les selles sont régulières, légèrement cendrées; ni diarrhée, ni constipation. Il n'y a pas trace d'œdème des extrémités. Les urines sont peu abondantes, à peine un litre par jour, et pâles. Elles sont acides, légèrement albumineuses et contiennent également un peu de sucre (examen de M. Troupeau, pharmacien aide-major). L'examen microscopique y révèle la présence de cellules épithéliales et de quelques globules purulents et graisseux.

Viande crue hachée 150 grammes, vin de Bagnols 200 grammes, café édulc., alcool. 5 pil. ext. d'opium 0,01. Frict. mercur. bellad.

Le 11, décubitus dorsal fixe. L'amaigrissement fait des progrès rapides. Débilitation générale, le malade a besoin d'un aide pour manger, son repas dure près d'une heure. Les douleurs abdominales ont disparu, la palpation les réveille, mais peu intenses. Les tumeurs paraissent moins nombreuses, mais le ventre tout entier donne une sensation de résistance très-accentuée. Les nuits sont généralement bonnes. N... ne se croit pas en danger, il sollicite un congé de convalescence qui lui est immédiatement promis. Il se plaint seulement de l'abondance et du retour régulier de ses vomissements, deux heures environ après les repas. Volontiers il recommence à manger après qu'il a vomi. L'abdomen est mat dans toute son étendue, sauf au niveau du colon transverse; son ballonnement contraste avec la maigreur squelettique du corps. Pas de fluctuation appréciable. Les urines sont peu abondantes, acides, chargées d'urates et de phosphates; elles contiennent toujours un peu de sucre et d'albumine. La température reste normale, 37 à 37, 4; le pouls est fréquent et misérable. L'intelligence est parfaitement nette, aucun trouble cérébral, aucune manifestation nerveuse pathologique. Respiration normale. Selles régulières, molles et cendrées. La viande crue n'est pas acceptée avec plaisir, elle est remplacée par l'huile de foie de morue que le malade préfère.

Le 18, pas de changement sauf l'amaigrissement qui fait des progrès incessants; toutes les éminences osseuses font saillie sous la peau. Mêmes vomissements réguliers; le malade néanmoins conserve quelque appétit. Malgré sa faiblesse, il déclare se trouver mieux, il espère une prompte convalescence. Le ventre est dans le même état, la respiration reste normale. Les douleurs ont disparu, les nuits sont bonnes. Température 36, 4 à 36, 8; pouls à peine perceptible. Légère constipation.

Mêmes prescriptions. Lavements de vin et de bouillon.

Le 23, faiblesse extrême. Intelligence cependant parfaitement nette; le malade, ne souffrant plus, se croit en convalescence et ne se rend pas compte de sa faiblesse. Depuis trois jours, des injections sous-cutanées de chloroforme, 2 à 4 grammes, pratiquées une heure avant les repas, ont retardé les vomissements et même les ont supprimés pendant un jour entier. Ces injections occasionnaient seulement une sensation de chaleur très-supportable et de courte durée, autour de l'endroit piqué, et une sorte de coma vigil assez agréable, paraît-il. — Même état de l'abdomen. On pourrait à peine admettre un peu d'obscurité de la respiration au sommet du poumon droit, en avant. Même état du pouls et de la température, 80 à 90,

36° 8 à 37° 2. Les urines sont toujours acides, elles contiennent encore du sucre, mais plus d'albumine, on y rencontre également quelques cellules graisseuses très-faciles à distinguer au microscope. Les selles sont régulières, cendrées et peu abondantes.

Le 24, marasme absolu, malgré l'intégrité des fonctions cérébrales et respiratoires. Véritable épuisement des forces vitales. A cinq heures du soir la température était encore de 36° 8, mais le pouls était difficilement perceptible, malgré la fréquence et l'énergie des pulsations du cœur. Ce contraste marqué entre la force des pulsations cardiaques et la faiblesse du pouls artériel, même dans les gros vaisseaux, a été signalé par mon père comme étant un signe probant de mort prochaine. Je l'ai nettement constaté chez N... huit heures avant la mort, survenue à minuit sans agonie, sans convulsions, sans souffrance accusée.

Autopsie trente-deux heures après la mort.

Maigreur squelettique. Quelques suffusions sanguines à la partie postéro-interne des membres, et dans la région dorsale.

A l'ouverture, la paroi abdominale se détache sans difficulté, à peine quelques légères adhérences entre elle et le péritoine. Il n'est pas possible, à première vue, de distinguer les différents viscères qui sont étroitement fixés au péritoine par des fausses membranes épaisses et très-résistantes. Les deux feuillets du péritoine sont remplis de granulations jaunâtres, ramollies, petites et déposées sur une couche plus ou moins épaisse, ce qui explique la sensation de bosselures constatées sur le vivant. La séreuse, partout adhérente à elle-même, se présente sous l'aspect d'une couenne lardacée, jaunâtre, lisse, résistante à la coupe et d'une *épaisseur de 1 à 3 centimètres*. La masse intestinale, mise à découvert, se présente sous forme d'une masse pelotonnée dont il est impossible d'isoler les anses, toutes reliées entreelles par des membranes recouvertes d'innombrables granulations miliaires, absolument identiques, quant à leur aspect, aux granulations de la phthisie caséeuse. A peine est-il possible d'isoler le colon transverse, tout le reste de l'intestin est rétracté, et d'un diamètre bien visiblement inférieur au diamètre habituel. Partout où il est possible de l'examiner, la muqueuse paraît saine; il n'y a pas traces d'ulcérations ni de granulations, non plus que de fistule apparente. Le colon transverse et le colon descendant paraissent sains, ils contiennent une certaine quantité de matières stercorales argileuses et grisâtres. La bile, sans doute, n'arrivait pas jusqu'à elles pour les colorer. Le foie paraît légèrement atrophié, il est de couleur brunâtre et d'une consistance normale. Il ne présente, du reste, pas trace d'altération organique. On rencontre seulement dans le lobe droit deux petits noyaux de matière caséeuse ramollie. Tout autour, le parenchyme est sain, il n'a pas du tout l'aspect du foie gras. La rate a conservé son volume, sa consistance et son aspect habituels. Le péritoine qui la recouvre est, de même que les ligaments suspenseurs du foie, infiltré de granulations caséeuses.

La substance corticale des reins présente sa coloration fauve normale, la substance tubuleuse est pâle, couleur de paille claire, on n'y rencontre ni granulations ni plaques laiteuses.

L'estomac est distendu, il contient encore des aliments liquides mêlés de bile. La muqueuse est pâle, peut-être un peu ramollie, mais sans autre altération sensible.

On constate quelques légères adhérences entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire, sans épanchement. La masse pulmonaire tout entière, plongée dans l'eau, surnage parfaitement. Du reste, les poumons sont crépitants dans toute leur épaisseur. Le parenchyme a son aspect rose grisâtre habituel. A la coupe, et malgré des incisions multipliées, on constate seulement dans le lobe supérieur gauche un noyau caséeux jaunâtre, de la grosseur d'un haricot et parfaitement isolé; tout autour le parenchyme pulmonaire est intact.

Le cœur est petit, les colonnes charnues des ventricules paraissent pâles, décolorés; mais les valvules et les orifices sont parfaitement intacts et libres.

Le cerveau et la moelle épinière n'ont pas été examinés.

Il ne m'appartient pas de me prononcer sur la nature tuberculeuse, granuleuse ou simplement inflammatoire des produits morbides que j'ai signalés. Mes connaissances histologiques ne me le permettent pas; et, par une fâcheuse inattention, les pièces que j'ai adressées à Paris pour être soumises à l'examen de l'un des plus habiles micrographes du Val-de-Grâce ont été plongées dans de l'alcool mélangé d'ammoniaqne. Ce mélange a suffi, paraît-il, pour les rendre absolument méconnaissables.

Quelle que soit la nature du produit, est-il possible de mettre en doute, ici, l'influence d'un brusque refroidissement, le corps étant en sueur, comme cause déterminante de l'évolution de la maladie? Le sujet jouissait d'une parfaite santé; il n'avait fait aucune chute, n'avait été exposé à aucune violence susceptible de déterminer une rupture viscérale. Il était d'une sobriété exemplaire. Il n'avait jamais eu ni fièvre typhoïde, ni rhumatismes, ni dysentérie, ni coliques hépatiques, ni ictère, rien en un mot qui pût expliquer une perforation intestinale. Les premiers accidents s'étaient montrés quelques heures à peine après le refroidissement, et les douleurs, que le malade prenait pour des coliques, n'étaient pas de nature à faire supposer une perforation intestinale. Il serait cependant imprudent de nier la possibilité d'une perforation occasionnée par quelque corps étranger. Mais la démonstration n'en a pas été possible, et les antécédents du malade n'en fournissent aucune indication.

Évidemment il n'est pas possible d'admettre une tuberculose pulmonaire. Le noyau isolé que j'ai constaté dans le lobe gauche ne saurait infirmer cette manière de voir; il s'est développé consécutivement à l'évolution de la péritonite, si même il est permis d'admettre cette influence sur son évolution.

Le malade ne présentait, sur le corps, ni abcès glandulaire, ni trace d'affection chronique susceptible d'expliquer une inflammation par propagation. Impossible donc de considérer ce fait comme justiciable de la théorie de Niemeyer admettant la résorption de quelque foyer scrofuleux par les lymphatiques, comme cause de développement de granulations miliaires tuberculeuses.

La cause déterminante paraît donc vraiment l'action du froid, sur un individu en pleine transpiration.

Les symptômes observés ont été classiques. Les vomissements alimentaires et bilieux, d'une grande abondance, revenant régulièrement chaque jour, deux heures environ après chaque repas, étaient de véritables régurgitations dues au pelotonnement de l'intestin, à l'amoindrissement de son diamètre et à la difficulté de la circulation alimentaire. Ainsi s'explique aussi la rapidité de l'amaigrissement, le malade se nourrissait de ses propres tissus; la viande crue, l'huile de foie de morue, les lavements de vin et de bouillon ont pu le soutenir, mais étaient absorbés en trop petite quantité pour entretenir les forces vitales. L'intestin, cependant, paraissait digérer tout ce qui passait; ainsi il n'y a jamais eu de diarrhée. Les urines étaient peu abondantes, mais toujours acides et contenant parfois un excès de matières extractives azotées dénotant également une modification profonde dans l'acte de la nutrition. Malgré les adhérences du foie, les veines abdominales n'ont jamais été variqueuses, la circulation de la veine porte s'exécutait donc facilement. Il m'a paru bon de recueillir l'observation de cette maladie dont l'étiologie méritait, à plusieurs titres, de fixer mon attention et dont l'évolution a été une nouvelle consécration des assertions de Grisolle et de Lebert.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Tumeur du creux poplité.

Par M. E. Sonrier, médecin principal en retraite.

C..., Auguste, 22 ans, tempérament mélangé, forte constitution, laboureur à Valleroy-aux-Saules près Mirecourt, vient nous trouver le 7 mai 1877 pour une grosseur qu'il a dans le jarret gauche depuis 18 mois.

Il raconte que, sans cause connue, il a vu cette bosse, d'abord du volume d'une noisette, augmenter lentement et acquérir la proportion d'un petit œuf d'autruche, sans gêner la marche, la flexion, l'extension du membre, sans même déterminer de claudication, ni d'autres troubles que de légers fourmillements au pied et quelques varices au mollet.

Cette tumeur, qui mesure 44 centimètres de circonférence et remplit tout le creux poplité, est dure, élastique, complétement irréductible, un peu mobile, faisant une légère saillie, sans adhérence ni changement de couleur à la peau, indolente.

Quelle est la nature de ce néoplasme?

Le diagnostic hésite entre un anévrysme, un névrôme, un kyste synovial, un ganglion lymphatique, un abcès, un lipôme, un fibrôme.

Un anévrysme? Absence de frémissement vibratoire, de bruit de souffle ou de *thrill*, de mouvement d'expansion correspondant à la systole ventriculaire et isochrone aux pulsations artérielles; en un mot, la tumeur est silencieuse, irréductible à la pression directe et nullement diminuée par la compression de la crurale; ajoutons qu'elle n'entrave en rien le cours de l'ondée sanguine, ainsi que le prouvent les battements artériels de la tibiale postérieure derrière la malléole interne. Ce n'est donc pas un anévrysme.

Un névrome? Un névrome n'atteint jamais de pareilles dimensions ; il est ordinairement d'une dureté de silex, occasionne des fourmillements douloureux dans les fibres nerveuses périphériques et se traduit par des modalités fonctionnelles curieuses, dans la zone cutanée qui n'est plus animée par ses ramifications nerveuses. Ce n'est donc pas un névrome.

Un kyste synovial? On ne les remarque guère dans la région poplitée, mais bien dans l'interstice des muscles et dans les digitations de la patte d'oie de la partie interne. Ce n'est donc pas un kyste synovial.

Un ganglion? Cela n'est guère probable, par cette raison qu'au creux poplité les ganglions sont à l'état rudimentaire pour ne pas dire négatif, et que, chez notre malade de tempérament sanguin, il n'existe nulle part aucun indice d'engorgement, strumeux ou lymphatique. Ce n'est donc pas un ganglion.

Un abcès? Qui dure depuis 18 mois, sans poussées inflammatoires, sans rougeurs à la peau, sans fluctuation. Nous ne nous arrêtons à cette hypothèse que pour la rejeter. Ce n'est donc pas un abcès.

Que reste-t-il encore de cette élimination?

Un lipome et une tumeur fibreuse? Peut-être bien l'un et l'autre, un lipôme fibreux.

Nous aurions pu, de suite, par une ponction exploratrice, faire jaillir le diagnostic des profondeurs obscures de cette tumeur pleine de doutes; mais nous ne l'avons pas fait parce que nous sommes persuadé que nous avons affaire à un fibrôme et que de cette poche charnue il ne sortira rien. En effet, la tumeur est dure, résistante, élastique, irréductible, indolente et muette, et présente tous les caractères d'un fibrome.

Je passe sous silence tous les remèdes secrets, signes de croix, eaux miraculeuses puisées à des sources fécondes... en déceptions, qui en vidant sa bourse n'ont pas encore épuisé sa confiance, pour arriver de suite à l'opération qui est pratiquée avec le concours de M. le docteur Soyeux. Le malade, couché sur le ventre, n'a pu être chloroformé : incision cruciale de 12 centimètres. Après avoir enlevé l'aponévrose qui est adhérente, on aperçoit la tumeur, enfouie comme enchâssée dans le losange formé par les muscles biceps, muscles de la patte d'oie et jumeaux. Après une dissection minutieuse, longue, nous pouvons facilement la séparer des gros troncs vasculaires et nerveux qu'on voit dans ces profondeurs, sans qu'aucune hémorrhagie abondante vienne effacer les points de repère ni faire hésiter notre main.

Ce néoplasme ovoïde pèse 550 grammes; son enveloppe fibreuse, résistante, semble formée par le refoulement du tissu connectif ambiant. Sa trame légèrement friable, criant sous le scalpel, est d'un jaune grisâtre et d'une homogénéité parfaite, sans trace de vaisseau et ressemble, à s'y tromper, à de la tétine de vache. C'est donc un fibrôme à un degré de condensation peu avancé, peut-être en voie de régression adipeuse.

Les suites de cette opération ont été assez simples, sauf une fièvre muqueuse, expression morbide d'une constitution médicale régnante qui a prolongé le travail de réparation, avec suppuration abondante ; enfin, par des injections détersives médicamenteuses nous avons pu modifier les surfaces cruentées, et hâter la germination des bourgeons charnus qui, en poussant des profondeurs, ont comblé ce vaste hiatus et ont servi de trame aux premiers linéaments toujours si délicats d'une cicatrice naissante.

Un mois après, la guérison était parfaite et permettait à notre opéré de se livrer sans gêne et sans claudication aux rudes travaux des champs.

REVUE DE LA PRESSE.

Occlusion intestinale complète ayant duré six semaines et causée par un rétrécissement infranchissable, annulaire (carcinome colloïde), occupant la fin de l'intestin grêle. — M. Leroux, interne du service de M. Dumontpallier, a rapporté à la *Société anatomique* cette observation, que nous résumons brièvement :

Un homme, âgé de trente-sept ans, imprimeur, ayant eu la fièvre muqueuse à l'âge de quinze ans, a ressenti pour la première fois, en octobre 1876, des coliques abdominales assez fortes avec des alternatives de diarrhée et de constipation : il est repris, en avril 1877, des mêmes symptômes : la constipation augmente et persiste malgré l'emploi des purgatifs. Au 25 avril, les selles sont totalement supprimées : le ventre se ballonne, éructations, nausées. Entré à l'hôpital le 10 mai. Les contractions intestinales déterminent des gargouillements et peuvent se percevoir facilement à travers la paroi abdominale. Distension énorme de l'abdomen, pas de circulation collatérale. Les purgatifs ne produisent aucun effet. Jamais le malade n'a vu de sang ni de matières glaireuses dans ses selles. Les accidents deviennent de plus en plus graves, les vomissements surviennent; le malade meurt le 15 juin : *la rétention absolue des matières ayant duré cinquante jours.*

L'autopsie fait reconnaître la cause de cette occlusion intestinale :

Les anses intestinales ont triplé de volume et la distension est telle qu'en les écartant, il se fait spontanément une rupture. Les parois de l'intestin grêle sont ramollies, peu résistantes, la muqueuse est à peu près saine. En déroulant l'intestin, on arrive à l'obstacle qui est situé tout à fait à son extrémité terminale en avant de la valvule iléo-cœcale, où l'intestin grêle forme avec le cœcum et le mésentère une masse dure et agglomérée, l'intestin grêle est extrêmement rétréci dans les dix derniers centimètres, dur et presque infranchissable. Les parois sont fortement épaissies, dures à la coupe, blanchâtres, lardacées, ne fournissant pas de suc laiteux à la pression : des ganglions volumineux, ayant subi une dégénérescence caséeuse ou bien gélatineuse, sont compris dans les feuillets adhérents du mésentère.

L'examen histologique, fait sur une coupe au niveau du rétrécissement, montre la muqueuse complétement infiltrée d'éléments embryonnaires, ses glandes plus ou moins détruites, mais sans grande altération ni ulcération de sa surface libre. Le tissu sous-

muqueux, très-épaissi, est complétement envahi par un stroma fibreux à larges mailles au milieu desquelles sont accumulées les cellules cancéreuses à un ou deux noyaux. La couche musculaire contient des cellules rondes : çà et là les faisceaux sont écartés par des traînées de cellules cancéreuses. Dans la couche péritonéale, épaissie de deux à trois millimètres, on retrouve le carcinome *colloïde* bien développé, ainsi que dans les ganglions voisins.

Il s'agissait donc d'un carcinome colloïde annulaire primitivement développé dans le tissu sous-muqueux. — (*Progr. méd.*)

Mode de productions des troubles circulatoires dans les épanchements abondants du péricarde. — M. François Franck explique ainsi ces troubles circulatoires, d'après des expériences faites sur les animaux : L'accumulation dans le péricarde d'une notable quantité de liquide séreux gène l'afflux du sang dans les oreillettes droite et gauche, et détermine la diminution des ondées envoyées par chacun des ventricules. La faiblesse des ondées ventriculaires gauches entraîne la petitesse du pouls artériel, le ralentissement de la circulation périphérique. L'obstacle apporté au déversement du système veineux général dans l'oreillette droite amène l'œdème des tissus et les hydropisies variées. — A un degré plus avancé de compression du cœur, suppression des pulsations artérielles à la suite de la suppression des ondées envoyées par le ventricule gauche ; défaut d'hématose pulmonaire et asphyxie. — (*Gazette hebd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 avril 1878, la Société centrale de médecine vétérinaire, établie à Paris, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

— *Faculté de médecine.* — La bibliothèque sera fermée les lundi 22 avril, mercredi 24, jeudi 25, samedi 27. Elle sera ouverte, pour la séance de jour seulement, les mardi 23 avril et vendredi 26.

A partir du 29 avril, les séances du jour et du soir auront lieu aux heures ordinaires.

— Les bureaux du secrétariat de la Faculté seront ouverts les mardi 23 avril, mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26 et samedi 27, de neuf heures à quatre heures.

Des différentes espèces d'œdèmes des membres inférieurs chez les phthisiques, et en particulier de l'œdème consécutif à la pneumonie chronique péri-tuberculeuse, par le docteur L.-C. Pachet. — In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, H. Rey.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 48. — JEUDI 25 AVRIL 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 25 AVRIL 1878. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. J. Guérin a terminé dans cette séance son argumentation sur le pansement des plaies. On se rappelle que, dans la première partie, il a formulé les principes de sa méthode de l'occlusion pneumatique; dans la deuxième, il en a fait connaître les moyens et agents d'exécution, et il a exposé une première série d'applications qui peuvent être distinguées en trois groupes : un premier groupe dans lequel, sous l'influence de l'occlusion, les surfaces maintenues à l'abri de l'air peuvent, comme les plaies sous-cutanées, bénéficier du travail de l'organisation immédiate ; un deuxième groupe comprenant les cas où la plaie, privée d'une certaine quantité de peau, n'est pas complétement exempte de travail suppuratif; un troisième où la plaie subit fatalement, malgré l'occlusion, le travail suppuratif complet, tout en bénéficiant à certains égards des avantages de la méthode. Dans cette deuxième partie M. J. Guérin a fait connaître les résultats de vingt-quatre amputations pratiquées dans différents services avec l'application de l'occlusion (treize amputations de cuisse, sept de jambe, une de pied, une du gros orteil, une du bras et une de l'avant-bras). Sur ces vingt-quatre cas il y en a eu sept morts, dont trois pour les treize amputations de cuisse. — Dans la troisième partie M. Guérin a groupé les faits qui se rattachent à l'une des plus graves questions de la chirurgie militaire, les plaies par armes à feu des articulations. En opposition aux préceptes et à la pratique des représentants les plus autorisés de la chirurgie d'armée, qui se résument en ces mots : sacrifier le membre pour conserver la vie, M. Guérin a cherché à résoudre avec le secours de sa méthode la question en ces termes : conserver les membres et la vie. Sur un relevé de vingt cas de blessures graves des articulations par armes à feu, qu'il a traités pendant le siége, à l'ambulance de l'École des ponts et chaussées, on trouve dix-neuf guérisons et un cas de mort.

Voilà des éléments de discussion qui nous semblent dignes d'être sérieusement examinés.

M. Marc Sée, candidat pour la section d'anatomie et de physiologie, a donné lecture d'un mémoire dans lequel il résout par le calcul une question d'anatomie qui n'avait été étudiée jusqu'à présent que par des procédés dont les résultats lui ont paru fautifs. Il s'agit de la mesure du calibre relatif de la trachée et des bronches, que M. Marc Sée ramène aux proportions d'un cylindre, au lieu d'un cône.

La séance a été terminée par un rapport de M. Jules Lefort sur les communications de M. le docteur Garrigou relatives à la présence du mercure dans les eaux de Saint-Nectaire. Le rapporteur, n'ayant pas constaté les mêmes résultats que M. Garrigou, conclut en l'invitant à répéter ses expériences.

Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Goutte et atrophie musculaire progressive.

La goutte est assez rare dans les hôpitaux pour que les exemples qui se présentent méritent d'être étudiés tout particulièrement ; aussi ai-je l'intention de consacrer cette séance à l'étude d'un goutteux d'autant plus intéressant qu'il présente un état morbide complexe très-singulier.

Cet homme a eu, il y a quatre ans, une attaque de goutte bien manifeste; depuis, des attaques nouvelles se sont produites, mais moins caractéristiques que la première. Comment cet homme est-il devenu goutteux? C'est ce qu'on pourrait expliquer par ce fait, que ce malade, autrefois homme de peine et faisant un métier très-dur, avait l'habitude de boire beaucoup et de se livrer même à quelques excès alcooliques.

Devenu plus tard conducteur de chemin de fer, il cessa de prendre un exercice suffisant et la goutte survint. L'absence d'exercice avec une alimentation abondante ou des excès alcooliques suffisent, comme on sait, à constituer la goutte pour soi et ses descendants. L'hérédité de la maladie est telle, en effet, que j'en connais des exemples dont l'origine remonte à l'époque de Louis XIV; en Angleterre, il y a des familles où on la fait remonter à quatre siècles.

Outre ces accès de goutte, le malade présente plusieurs phénomènes beaucoup plus graves. Depuis quelque temps d'abord, il éprouvait une gêne notable de la déglutition. Cet état s'est développé progressivement sans qu'il puisse l'attribuer à une des causes qui provoquent ordinairement le rétrécissement de l'œsophage. Cependant ce rétrécissement existe, ainsi que le fait constater le cathétérisme œsophagien ; la sensation qu'on éprouve avec la sonde indique la nature fibreuse du rétrécissement pour lequel il faut écarter toute idée de cancer ou de syphilis.

On constate enfin, chez ce malade, une déformation singulière des mains, due à l'atrophie des muscles fléchisseurs. Il n'y a rien à noter aux avant-bras, mais le biceps a presque complétement disparu; il y a en même temps un affaiblissement considérable des mains et des bras.

A la face on trouve une absence de vivacité dans la physionomie, qui tient à ce que les mouvements sont diminués ou abolis par suite de l'atrophie de certains muscles de cette région. Le malade ne peut froncer le sourcil; ses joues sont creuses; il ne peut siffler, ce qu'il faisait parfaitement autrefois. On ne trouva pas d'autres traces d'atrophie, sauf dans les pectoraux dont le volume est très-diminué.

Il est facile de voir, d'après l'existence de ces symptômes, qu'il s'agit là de l'affection connue sous le nom d'atrophie musculaire progressive. La dissémination des atrophies d'une part et, d'autre part, leur disposition symétrique ne peuvent laisser aucun doute sur la nature du diagnostic. Mais, dans ce cas, l'étiologie de l'affection reste encore à discuter. La cause la plus fréquemment signalée dans les faits de ce genre est l'effort musculaire, non pas constant, mais de temps en temps très-exagéré. Plusieurs des exemples connus se rapportent, en effet, à des bateleurs que leur métier oblige à faire fréquemment de ces violents efforts; on voit alors la maladie débuter par les muscles surmenés.

J'en ai vu également un cas chez un marchand de drap qui rangeait constamment de lourdes pièces d'étoffes sur des planches élevées. Le malade dont il s'agit avait autrefois exercé le métier fatigant de porteur de sacs.

On a aussi invoqué l'influence du froid humide, mais là se bornent les différentes causes étiologiques connues, et, pour le cas actuel, il est naturel de se demander si la goutte elle-même n'est pas pour quelque chose dans le développement de la maladie.

La métastase goutteuse qui se produit sur les différents organes ne pourrait-elle pas, en effet, se produire aussi sur la moelle qui tient sous sa dépendance cette forme d'atrophie musculaire? Graves a rapporté deux cas dans lesquels les affections de la moelle sont survenues dans le courant de la goutte. C'est là un rapprochement à faire, sans qu'on puisse en tirer toutefois une conclusion bien certaine.

Reste à expliquer le troisième élément qui complique la maladie, le rétrécissement œsophagien. S'il s'agissait simplement de dysphagie ou d'un rétrécissement spasmodique, la difficulté serait moins grande parce que ces accidents ne sont pas très-rares dans la goutte et dans certaines formes de myélites; mais la nature fibreuse de la lésion doit faire penser ici à une inflammation chronique de la muqueuse œsophagienne et des tissus sous-jacents.

Au point de vue du traitement, deux indications sont à remplir: dilater le rétrécissement progressivement, et instituer une médication antigoutteuse. Pour cela il faudra exciter les fonctions de la peau, donner des diurétiques, des alcalins, et, parmi ces derniers, c'est à la lithine qu'on donnera la préférence.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Reliquet.

Leçon sur les hémorrhagies des voies urinaires.

I

On m'a fait dire dernièrement que je conseillais l'ergotine contre les hémorrhagies de la vessie; on a même ajouté que j'en avais retiré de bons effets. J'ai bien essayé l'ergotine dans ces cas, mais sans résultat. Du reste, l'étude de la physiologie pathologique de ces hémorrhagies, et les observations que je vais vous donner, vous permettront de juger vous-mêmes si l'ergotine est indiquée dans ces cas spéciaux.

Il y a déjà longtemps, M. Mercier a insisté sur le mode de continuité des hémorrhagies dans les voies urinaires. Au point de vue chirurgical ces hémorrhagies se divisent en deux classes:

1° Celles dans lesquelles le sang est parfaitement mélangé à l'urine et ne se présente pas en caillots assez volumineux pour constituer un véritable corps étranger;

2° Celles dans lesquelles le sang se prend en caillots volumineux, résistants et constituant par cela même de véritables corps étrangers s'accumulant dans la cavité vésicale.

1° *Hémorrhagies sans caillots.* — Dans ce premier cas il n'y a aucun trouble de miction provoqué par le sang; les malades urinent à des intervalles normaux, sans efforts; ils urinent un liquide sanguinolent contenant bien quelques petits caillots mous, mais ces caillots sont insuffisants, par leur volume et leur consistance, à produire soit des obstacles à la miction dans l'urèthre, soit des irritations du col, car ils ne font que passer dans la vessie et l'urèthre sans s'y arrêter.

Vous connaissez tous ces hémorrhagies des voies urinaires, plutôt médicales que chirurgicales, comme l'évacuation de sang mélangé à l'urine dans les pays chauds, comme ces exsudations sanguines que l'on rencontre dans certaines affections des reins, comme enfin ces évacuations de sang mélangé à l'urine dues au cancer de la paroi vésicale à marche lente et n'intéressant pas le col de la vessie.

Dans ce dernier cas il arrive souvent, et dernièrement j'en observais un exemple, que des portions de tissus, ramollies par la macération dans le liquide urinaire, se détachent de la masse cancéreuse. Alors elles peuvent constituer un véritable corps étranger, lorsqu'elles s'appliquent sur le col vésical pour y passer; elles y forment bouchon, provoquent une envie d'uriner intense, dont le résultat immédiat est l'effort pour uriner et la contraction plus énergique des parois vésicales pour pousser ce corps étranger dans l'urèthre. Ce fait est constamment, dans les cas de cancer de la paroi vésicale, la cause de petites hémorrhagies plus ou moins abondantes, pouvant devenir très-graves, non-seulement en raison de la quantité de sang perdu, mais surtout en raison de la production de caillots sanguins plus ou moins gros, qui, en perpétuant l'irritation du col de la vessie par leur contact, provoquent des envies fréquentes d'uriner avec efforts plus ou moins violents et contractions énergiques de la vessie, dont l'action immédiate est ici d'exprimer du sang de la surface interne de sa muqueuse. C'est là, messieurs, ce qui constitue la seconde classe des hémorrhagies que nous pourrions dénommer les hémorrhagies chirurgicales des voies urinaires.

2° *Hémorrhagies avec caillots.* — La caractéristique, ici, c'est l'existence de caillots denses et assez volumineux dans la vessie, constituant de véritables corps étrangers. Que le sang coagulé vienne d'un point quelconque des voies urinaires, des reins, des uretères, de la paroi vésicale ou du pourtour de son col, l'action de ces caillots (corps étrangers) sur les phénomènes de miction est la même.

En 1869, avec M. le docteur Izard, j'ai soigné à Vincennes un homme âgé de cinquante ans, très-robuste. Il avait eu, à différentes reprises, de petites coliques néphrétiques, terminées par l'évacuation de graviers ronds, uriques, gros comme des graines de chou. Brusquement, en sautant de son cabriolet

à terre, il fut pris d'une douleur excessivement violente dans le rein gauche, il lui sembla que quelque chose *s'était détaché* du rein; en même temps les envies d'uriner deviennent fréquentes, très-douloureuses, il fait des efforts d'expulsion qui ne donnent qu'une petite quantité de liquide sanguinolent. Les douleurs irradiantes du côté de la cuisse gauche, avec rétraction de la cuisse en demi-flexion, se produisent immédiatement. Le testicule gauche, très-douloureux, fortement rétracté dans l'anneau, est le point de départ de douleurs irradiantes qui se continuent dans le cordon. Couché, il s'incline sur le côté droit, la cuisse demi-fléchie en adduction, position qui rappelle assez bien celle de la coxalgie, et se plaint vivement de la douleur qu'il éprouve dans le flanc gauche et des autres douleurs dont nous venons de parler et qui persistent.

Lorsque j'arrivai auprès du malade avec mon confrère le docteur Izard, nous le trouvâmes dans cette situation; en plus il y avait rétention complète d'urine. La vessie distendue remontait jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. J'introduis une sonde coudée en gomme qui arrive facilement dans la vessie, mais il n'en sort rien. Je la retire : ses yeux étaient pleins de caillots à forme lombricoïde bien caractéristique, nous indiquant que l'hémorrhagie venait de l'uretère.

Je pris alors une grosse sonde évacuatrice pour la lithotritie, ayant deux grands yeux; je l'introduisis facilement dans la vessie, je retournai complètement son bec à droite et à gauche pour morceler les caillots, tout en faisant des injections d'eau tiède dans la vessie. Mais l'eau injectée ne revenait jamais: pour entrer, l'eau repoussait ou écartait les caillots engagés dans les yeux de la sonde; mais, dès qu'on cessait l'injection, les caillots revenaient oblitérer les yeux de la sonde comme de véritables soupapes. Alors je fis l'aspiration avec la seringue placée dans le pavillon de la sonde, et ces caillots consistants, enroulés les uns dans les autres, en s'engageant dans la sonde, la bouchaient hermétiquement; les bouchons de caillots engagés dans les yeux les fermaient tellement que l'aspiration devenait impossible. La sonde retirée, j'étais obligé, pour la déboucher, de tirer sur la masse des caillots qui en oblitérait les yeux.

Je pris le parti alors d'injecter par la sonde dans la vessie une solution concentrée de tannin, dont l'action est de morceler les caillots, et de provoquer la rétraction des débris. Alors chaque injection faite dans la vessie revenait chargée d'une quantité plus ou moins grande de débris de caillots, jusqu'à ce qu'il n'en sortît plus du tout, la vessie en étant absolument vide. Je mis immédiatement à demeure une sonde coudée en gomme n° 22, présentant de grands yeux. Je recommandai au malade de ne faire aucune espèce d'efforts. Je prescrivis des injections dans la vessie, toutes les fois que le malade déboucherait la sonde. Et surtout, toutes les fois qu'un caillot viendrait boucher la sonde, j'ordonnai d'injecter la solution de tannin suivie d'injections d'eau tiède après l'évacuation des débris de caillots.

Les phénomènes de rétention d'urine et d'excitation incessante du col de la vessie et de la paroi vésicale par les caillots, provoquant les envies d'uriner, ayant cessé, je pus examiner à loisir le flanc gauche. Je constatai dans l'hypochondre une tumeur grosse comme le poing, non mobile, de forme ellipsoïde, à grand diamètre vertical, l'extrémité inférieure descendant un peu au-dessous de la crête iliaque, l'extrémité supérieure remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Cette tumeur était rénitente; c'était bien l'impression d'une masse liquide, fortement contenue dans une poche distendue. Il y avait hydronéphrose.

L'état douloureux dû à l'hydronéphrose et à la colique néphrétique persista pendant quinze jours. Bien des fois pendant ce temps, j'ai été sur le point de faire la ponction aspiratrice de cette hydronéphrose. Il était bien convenu avec mon confrère le Dr Isard qu'il ferait lui-même la ponction aspiratrice si, pour une raison quelconque, les efforts de miction que nous avions observés se reproduisaient. Nous avions peur que, sous l'influence de l'effort, la poche éclatât.

Mais, grâce à la sonde à demeure, qui était renouvelée toutes les quarante-huit heures, aux injections fréquentes faites par la sonde dans la vessie qui évacuaient sans difficulté les caillots sanguins qui venaient de l'uretère gauche, nous eûmes la satisfaction de ne pas voir se reproduire les efforts d'expulsion violents provoqués par les caillots (corps étrangers) excitant le col vésical.

Du reste, à partir du moment où la sonde à demeure a été en place, la quantité de caillots évacués a été très-petite; le malade ne faisant plus ces efforts qui provoquaient l'écoulement de sang.

Il va sans dire que pendant tout ce temps les garde-robes ont eu lieu sans efforts, grâce à un purgatif salin (sulfate de soude) donné tous les trois jours, à la dose de 15 grammes, et à de grands lavements d'eau tiède donnés tous les jours matin et soir, avec un clysopompe d'un litre muni d'une canule en gomme longue de 15 centimètres.

Pendant quinze jours que dura cette colique néphrétique, le malade fut soumis au régime lacté, le lait étant coupé avec un tiers d'eau de Contrexéville. Le quinzième jour, brusquement, l'état douloureux cessa, et il sortit immédiatement par la sonde plus de 300 grammes d'un liquide jaune gris, non transparent, chargé d'une grande quantité d'urates et de petits flocons muqueux. La sonde retirée, le malade urina normalement toutes les trois ou quatre heures, éprouvant de temps en temps de la douleur à la fin de la miction. Deux jours après la cessation de la colique néphrétique, il rendit un calcul oblong, sans facettes, à surface un peu rugueuse, très-dur, ayant 8 millimètres dans un diamètre, et 11 millim. dans l'autre,

Dans ce fait l'hémorrhagie provenant de l'uretère était maintenue et aggravée par les efforts d'expulsion provoqués par les caillots accumulés dans la vessie, et, comme vous le voyez, il a suffi de débarrasser la vessie des caillots, de mettre une sonde à demeure et d'en surveiller le fonctionnement pour éviter les efforts d'expulsion et arrêter l'hémorrhagie.

MODIFICATIONS

A APPORTER DANS LE SERVICE DES ACCOUCHEMENTS DES INDIGENTES A DOMICILE.

(Note lue, le 13 avril 1878, à la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris.)

Par M. le docteur PASSANT, secrétaire général.

Bien des fois la question des accouchements des femmes indigentes à domicile a été traitée au milieu de vous. Depuis huit ans, je l'ai portée deux fois à l'ordre du jour de vos séances.

1° Le 9 février 1870, je donnai pour titre à ma communication : « Du contrôle et de l'intervention du médecin dans les accouchements confiés aux sages-femmes des bureaux de bienfaisance. »

2° Le 9 avril 1873, je revenais sur ce sujet à propos des « Accouchements faits chez les sages-femmes, pour le compte de l'Assistance publique. »

Aujourd'hui je viens vous entretenir à la fois de tout ce qui touche à cet important service. Ma proposition, qui servira en même temps de texte à mes conclusions, est ainsi conçue :

De la nécessité de nommer dans chaque arrondissement un accoucheur titulaire et un accoucheur adjoint, pour la surveillance et la statistique des accouchements pratiqués par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance, l'intervention dans les cas difficiles et dangereux et le service des vaccinations.

Je serai bref, puisque je parle devant des collègues qui ont constaté de près les lacunes que je vais signaler et qui tous désirent les voir disparaître.

Dans son principe, l'idée qui a présidé à l'institution des accouchements des indigentes à domicile est excellente, mais c'est dans son application que se manifestent de nombreuses défectuosités. Vous le savez, chaque arrondissement de Paris est divisé en plusieurs circonscriptions que j'appellerai *obstétricales*, qui sont confiées à des sages-femmes nommées par les administrateurs des bureaux de bienfaisance. Je dirai de suite que, pour ces nominations, peut-être plus encore que pour celles des médecins, les administrateurs ne tombent pas toujours sur les personnes les plus instruites et les plus dévouées. C'est une chose très-fâcheuse, car il peut en résulter de grands dommages pour les malheureuses qui ne sont pas toujours soignées et guidées comme elles devraient l'être.

Tous les accouchements des femmes indigentes et nécessiteuses sont donc confiés à des sages-femmes; mais il peut se faire et il arrive qu'elles soient embarrassées pour des cas difficiles. Cette circonstance est prévue; elles s'adressent alors et elles sont invitées par le règlement à s'adresser au médecin du bureau de bienfaisance dans la circonscription duquel la parturiente est domiciliée. Tout cela serait pour le mieux, si le médecin du bureau était lui-même accoucheur; mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi, et la sage-femme requiert assez fréquemment l'intervention d'un praticien aussi peu expérimenté qu'elle-même. De là des lenteurs funestes pour la mère et pour l'enfant. De là, aussi, l'explication des plaintes légitimes exprimées par tous les médecins à la tête des Maternités, qui voient mourir dans leurs salles des femmes venues du dehors, qui auraient peut-être vécu si on était intervenu plus promptement ou plus habilement.

Depuis que les médecins et le public savent que les suites de couches sont infiniment plus favorables dans le milieu le plus déshérité que dans la plus somptueuse salle d'hôpital, il n'est plus de femme ayant un logement, même le plus défectueux, qui ne demande à accoucher chez elle. Aussi le service des accouchements à domicile s'est-il accru dans des proportions considérables, et exige-t-il des garanties plus grandes de la part de ceux auxquels on le confie.

Voilà la partie la plus importante des accouchements à domicile. Il en est une seconde que notre Société a eu le mérite de faire rentrer dans les attributions des bureaux de bienfaisance, je veux parler des accouchements pratiqués dans la demeure des sages-femmes, pour le compte de l'administration, lorsque les Maternités sont fermées ou encombrées, ou pour une autre cause. Ce service, vous le savez, avait, dès son origine, été confié à de jeunes docteurs en médecine se préparant au concours pour le bureau central : ils étaient chargés de visiter toutes les femmes envoyées par les hôpitaux chez les sages-femmes et d'intervenir toutes les fois qu'il surgissait un cas difficile. Mais il arrivait encore que, parmi ces jeunes docteurs, tout distingués qu'ils sont, il s'en trouvait d'aussi inexpérimentés en accouchements que les médecins des bureaux de bienfaisance; et puis, ils habitaient quelquefois un arrondissement autre que celui de la sage-femme : de là des lenteurs préjudiciables. Bref, il nous a été facile de démontrer que ce nouveau service, fonctionnant en dehors des hôpitaux, devait rentrer dans l'assistance à domicile. L'administration fit droit à nos réclamations, et, depuis six ans environ, ce sont les médecins des bureaux de bienfaisance qui interviennent chez les sages-femmes, lorsque celles-ci sont embarrassées pour leurs parturientes. Mais ici, comme pour les accouchements pratiqués chez les malheureuses, le médecin de la circonscription peut ne pas être suffisamment expert.

Ne serait-il pas plus facile et plus correct de faire appel à des hommes gravement expérimentés, à de vrais accoucheurs, en un mot? On remédierait ainsi aux graves reproches que formulait récemment M. Siredey dans son rapport. Voici comment il s'exprime : « On voit que si nous n'avions pas à tenir compte des cas de dystocie que les médecins ou les sages-femmes envoient journellement à l'hôpital, alors que des manœuvres intempestives, souvent inhabiles, ajoutent encore au danger, notre statistique ne s'éloignerait pas de celle de la pratique de la ville. Et à ce sujet, qu'il me soit permis de faire une remarque : c'est que, si les résultats des accouchements opérés chez les sages-femmes sont si beaux sur les relevés de l'Administration, cela tient à ce que, d'une part, les accouchements difficiles sont renvoyés à l'hôpital, ainsi que les femmes qui sont prises après leur délivrance d'affections puerpérales graves. » Sans prendre ces griefs tout à fait à la lettre, je crois qu'ils ne se reproduiraient plus si, désormais, dans leur embarras, les sages-femmes s'adressaient à des médecins parfaitement compétents et à leur portée. Là ne se bornerait pas le rôle des accoucheurs dont nous réclamons l'institution. En dehors de l'intervention directe, il y aurait des attributions très-importantes à leur conférer. Est-ce qu'il ne serait pas de la plus haute importance que, toutes les fois qu'une femme réclame l'accouchement gratuit, l'accoucheur de l'arrondissement en fût prévenu en même temps que la sage-femme du bureau? Il jugerait à l'avance les cas de dystocie probable, guiderait la parturiente, lui donnerait des conseils pour l'allaitement direct, la vaccination, etc. D'autre part, la sage-femme, sachant qu'il y a au-dessus d'elle un accoucheur d'un véritable savoir, qui peut à chaque instant contrôler ses actes, serait plus empressée qu'on ne le voit à réclamer ses conseils. A la fin de chaque trimestre, par exemple, l'accoucheur rendrait compte à l'Administration de sa gestion, si intéressante au double point de vue moral et scientifique : voilà un nouveau filon de la statistique encore inexploré.

De semblables fonctions excéderaient les forces et le temps d'un seul homme, dans certains arrondissements surtout. Aussi avons-nous pensé qu'un accoucheur adjoint devait seconder l'accoucheur titulaire de l'arrondissement. Il y a plus, ne devrait-on pas les autoriser l'un et l'autre à initier un certain nombre d'étudiants à la pratique obstétricale? On fonderait ainsi, dans chaque bureau de bienfaisance, des *policliniques obstétricales* qui rendraient plus de services aux études médicales que les maternités, et l'on ne verrait plus conférer le titre de docteur en médecine à des étudiants qui n'ont jamais pratiqué un seul accouchement.

La pratique des vaccinations rentrerait aussi dans les attributions des accoucheurs des bureaux de bienfaisance. On cherche depuis longtemps à établir, dans chaque mairie, un service de vaccination et de revaccination, et cela sans grand succès. En voici en partie les causes : c'est que ce service est confié, à tour de rôle, aux médecins des bureaux de bienfaisance qui n'y portent pas tous un égal intérêt, et puis, surtout, parce que les sages-femmes ne dirigent pas les nouveau-nés sur la mairie de leur arrondissement. Il n'en serait plus ainsi le jour où l'accoucheur du bureau de bienfaisance aurait entre les mains le service des vaccinations; il y ferait arriver tous les enfants dont il aurait surveillé la naissance, non-seulement au domicile de leurs mères, mais encore chez les sages-femmes.

L'administration reconnaît maintenant, avec tous les hommes autorisés, l'utilité d'isoler les accouchées. Elle a fait de louables tentatives dans ce but, en facilitant aux femmes enceintes la possibilité d'accoucher chez elles, en augmentant la quantité des secours qu'elle allouait jusqu'à ce jour et en élevant très-sensiblement la prime accordée aux mères nourrices. Elle doit faire un pas de plus; il faut que les soins médicaux soient à la hauteur de cette institution véritablement humanitaire. Je ne doute pas que notre nouveau directeur général, si animé de bonnes intentions et si désireux de perfectionner tout ce qui se rattache à l'assistance à domicile, ne soit convaincu de nos observations et de la nécessité d'opérer les

modifications que nous proposons depuis si longtemps. J'espère avec vous que ce sera la première des améliorations que M. Michel Möring apportera à notre service si important et toujours si délaissé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 avril 1878. — Présidence de M. Baillarger.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports généraux de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales de Bagnoles, Royat, Bains, pour l'année 1876.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Elle comprend : 1° une lettre de M. Duplay, qui se porte candidat dans la section de médecine opératoire ; 2° un travail de M. le docteur Levieux (de Bordeaux) sur la variole dans cette ville (commissaires, MM. Chauffard, H. Guéneau de Mussy et Fauvel); 3° un travail de M. Achille Brachet sur les inconvénients de la lumière électrique pour la vue.

PRÉSENTATIONS.

M. Guéneau de Mussy (Noël), au nom de M. le docteur Barety (de Nice), présente une brochure intitulée : *Étude sur l'adénopathie trachéo-bronchique*.

M. Achille Chéreau offre en hommage une brochure dont il est l'auteur, intitulée : *Théophraste Renaudot*.

M. Chatin, au nom de M. Bourgoing, présente un travail sur la composition et la préparation de la décoction blanche de Sydenham.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE PANSEMENT DES PLAIES.

M. J. Guérin. Lorsque la dernière guerre est venue mettre en question la nécessité de certaines amputations, la discussion, concentrée sur un des nombreux points non résolus jusque-là, a permis d'en mieux préciser les termes et d'en hâter la solution. Ce point était relatif aux coups de feu intéressant les grandes articulations.

On sait que, pour la plupart des chirurgiens militaires, cette catégorie de plaies exige impérieusement l'amputation ou la résection. La discussion ne portait plus que sur la préférence à accorder à l'amputation primitive sur l'amputation secondaire. Sans avoir besoin de faire intervenir les nombreuses autorités qui professaient à cette époque la nécessité de l'amputation dans les grandes plaies articulaires par armes à feu, il me suffira de rappeler les conclusions d'une communication de M. Sédillot à l'Académie des sciences, du 29 septembre 1870.

Voici comment il s'exprimait :

1° Toute blessure pénétrante du genou par un projectile exige impérieusement, sans hésitation et sans retard, l'amputation de la cuisse ;

2° Quant aux fractures de la cuisse, du bras, des deux os de la jambe, de l'avant-bras, des articulations du poignet et du cou-de-pied avec fracas osseux, nous croyons encore nécessaire l'amputation indiquée.

Le chirurgien en chef de l'armée ne faisait d'exception que pour les fractures partielles de la main et du pied, celle d'un seul os de la jambe ou de l'avant-bras et du col et de la tête du fémur.

Nélaton professait absolument la même doctrine. Tel était le dernier terme des efforts de la chirurgie conservatrice à cette époque. « On sera peut-être disposé, disait M. Sédillot, à traiter notre chirurgie de barbare; nous répondrons que c'est la véritable chirurgie conservatrice, puisqu'en sacrifiant le membre elle sauve la vie. » Mais la science avait le droit d'y regarder de plus près. Les relevés statistiques tendent à prouver qu'en sacrifiant le membre on est fort loin de sauver toujours la vie, et que, toutes choses égales, d'ailleurs, le nombre des morts par suite d'amputation n'est guère moindre que celui des blessés non amputés. Il était donc permis de croire que, tout en cherchant à réduire le nombre des morts par suite d'amputation, on pourrait arriver parallèlement à augmenter le nombre des guérisons sans amputation. Or c'est à la première de ces deux tâches que la discussion actuelle a été consacrée jusqu'ici, et c'est à la deuxième que je demande de consacrer cette dernière partie de ma communication.

Vers la même époque où M. Sédillot traçait la dernière limite de la chirurgie conservatrice, j'exposais devant vous le programme des applications que je me proposais de faire de l'occlusion pneumatique aux blessés du siège dans l'ambulance des ponts et chaussées.

Encouragé par quelques succès antérieurs, j'avais surtout en vue de traiter les blessures articulaires de tous les degrés, résultant de coups de feu; c'est ce qui eut lieu, et c'est le résultat de ces applications que je viens vous soumettre aujourd'hui.

Ici M. J. Guérin se livre à quelques considérations sur le caractère des plaies par coups de feu par les armes actuelles. De ces considérations et de la spécialisation des plaies osseuses par coups de feu par les armes modernes, il ressort des complications nombreuses et une extrême différence avec les plaies sous-cutanées ordinaires, d'où l'impossibilité logique et physiologique d'obtenir au profit des premières les bénéfices d'organisation immédiate qui caractérisent les secondes.

Sous le bénéfice de ces observations, voici les résultats obtenus sur une série de vingt blessés catégorisés comme il suit :

Blessures compliquées	de la main.	5
—	du poignet.	1
—	du coude.	2
—	du bras	3
—	du pied	4
—	de la jambe	1
—	du genou	4
		20

Voici l'indication sommaire des moyens de traitement, du mode de leur emploi et de leurs effets immédiats :

Dès l'entrée du blessé, il était soumis à un lavage et nettoiement de la plaie avec un mélange d'eau et d'arnica ; un pansement contentif et propre à assurer le repos de la partie était immédiatement appliqué. On couvrait toute la partie du membre qui devait être enfermée dans le manchon, excepté à la bordure, d'une couche de charpie, de ouate ou de filasse.

Avant d'introduire la partie blessée dans le manchon, tout l'appareil d'enveloppe était arrosé avec de l'eau phéniquée alcoolisée au 100e. Un morceau d'éponge était placé au fond du manchon en regard de son embouchure.

Les pansements ultérieurs avaient lieu de deux manières : ou bien on se bornait à nettoyer l'intérieur de l'appareil, le manchon restant en place, par des lavages successifs à l'eau chargée de permanganate de potasse, jusqu'à ce que le liquide sortît parfaitement inodore et avec la couleur normale; ou bien on faisait le pansement complet en renouvelant tout l'appareil et en soumettant la plaie à des lavages ou à des injections suivant la nécessité. Le pansement au lavage avait lieu généralement deux fois par jour, le matin et le soir; le pansement complet, exécuté tous les jours dans le cas de lésions graves, n'avait lieu quelquefois que tous les trois jours, six jours ou quelquefois quinze jours.

L'intensité de l'aspiration ou le degré de vide nécessaire pour l'effectuer variait suivant les circonstances.

Lorsque les plaies par balle ont deux ouvertures, il y a toujours une indication principale à remplir : c'est de débarrasser le trajet du projectile de toutes les matières hétérogènes qu'il renferme.

Enfin, comme moyen de traitement à peu près commun à tous les cas, j'indiquerai encore le placement des drains qui ont pour but, non-seulement de favoriser l'aspiration des liquides sécrétés par la plaie, mais de l'opposer à l'occlusion des ouvertures cutanées résultant d'une cicatrisation trop rapide de leurs bords.

Le premier effet observé de l'application de l'appareil, c'est la cessation de la douleur. Dans l'immense majorité des cas il n'y a pas de fièvre. Tous les blessés ont manifesté le besoin de manger.

Le premier liquide aspiré est séreux, noirâtre ou un peu sanguinolent. L'écoulement est lent, mais continu. Dès le 2e jour, le liquide s'épaissit. Dans le plus grand nombre de cas, les anfractuosités de la plaie se comblent par des caillots, et, après 5 à 6 jours, on aperçoit des bourgeons charnus rosés.

Lorsque la plaie renferme de petites esquilles, elles se présentent presque d'elles-mêmes dans la couche la plus superficielle du tissu de nouvelle formation. La végétation est toujours rapide et abondante.

Après cette description des effets généraux du pansement par occlusion pneumatique, M. Guérin analyse séparément les cas compris dans les huit catégories de blessures et signale les circonstances qui lui paraissent les plus dignes de frapper l'attention de l'Académie, et il place sous les yeux de ses collègues un tableau récapitulatif de tous ces faits qui se résume en 19 guérisons et 1 cas de mort sur les 20 observations de lésions graves des articulations.

LECTURE.

M. MARC SÉE, candidat pour la section d'anatomie et physiologie donne lecture d'un travail sur le calibre relatif de la trachée et des bronches. M. Marc Sée rappelle qu'on admet généralement que la capacité de l'arbre aérien va en augmentant depuis la trachée jusqu'aux dernières ramifications bronchiques et que les voies respiratoires représentent un cône creux dont le sommet tronqué répond au cartilage cricoïde et la base aux vésicules pulmonaires. Cette opinion repose sur une erreur de mathématique. L'objet du travail de M. Marc Sée est de rétablir sur ce point la vérité. En appliquant les principes de la géométrie à l'évaluation de la capacité de l'arbre aérien, il arrive, en se servant des chiffres donnés par les auteurs, à des résultats tout opposés à ceux qui sont admis.

Voici les conclusions qui résument ce travail :

1° A l'état normal les calibres réunis des deux bronches sont égaux au calibre de la trachée. Je puis ajouter, d'après un petit nombre de mensurations que j'ai faites, que les calibres réunis des divisions bronchiques sont égaux au calibre de la bronche qui leur a donné naissance. Les voies respiratoires représentent donc un cylindre et non un cône.

2° A l'état pathologique l'équilibre entre la capacité de la trachée et celle des bronches peut être rompu, soit au profit des bronches, comme dans la tuberculisation chronique, soit à l'avantage de la trachée comme chez les emphysémateux. (Renvoi à la section.)

RAPPORT.

M. JULES LEFORT lit un rapport sur deux mémoires de M. le docteur Garrigou relatifs à la présence du mercure dans la source du Rocher à Saint-Nectaire le Haut (Puy-de-Dôme.)

Les conclusions de ce rapport sont que le mercure ne fait pas partie de l'eau de la source du Rocher à Saint-Nectaire.

En conséquence, la commission engage M. Garrigou à renouveler ses expériences.

A 4 heures 3/4, l'Académie se forme en comité secret.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

(Huitième liste.)

Listes précédentes	5,394 fr. 50 c.
MM. le docteur Sonrier, médecin principal en retraite.	10 »
le docteur Baillif	10 »
Total. . . .	5,414 f. 50 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 4 avril 1878 ont été nommés médecins-majors de 2e classe : MM. Margantin, Duchêne, Larger et Gils.

— *Concours pour l'agrégation en médecine.* — La soutenance des thèses commencera le lundi 29 avril 1878. Les séances auront lieu dans le grand amphithéâtre ; il y aura deux soutenances par séance.

Voici la liste des candidats et les noms des argumentateurs :

Lundi 29 *avril.* — 1° M. Rendu ; argumentateurs, MM. Teissier et Reymond. 2° M. Ducastel ; argumentateurs, MM. Looten et Pitres.

Mardi 30 *avril.* — 3° M. Spillmann ; argumentateurs, MM. Debove et Hallopeau. 4° M. Demange ; argumentateurs, MM. Labadie-Lagrave et Laure.

Mercredi 1er *mai.* — 5° M. Teissier ; argumentateurs, MM. Strauss et Joffroy. 6° M. Carrière ; argumentateurs, MM. Rendu et Teissier.

Jeudi 2 *mai.* — 7° M. Raymond ; argumentateurs, MM. Ducastel et Looten. 8° M. Pitres ; argumentateurs, MM. Spilmann et Debove.

Vendredi 3 *mai.* — 9° M. Hallopeau ; argumentateurs, MM. Demange et Labadie-Lagrave. 10° M. Laure ; argumentateurs, MM. Meyret et Strauss.

Samedi 4 *mai.* — 11° M. Joffroy ; argumentateurs, MM. Carrière et Rendu.

— *Muséum d'histoire naturelle. — Cours de zoologie.* — M. le professeur Milne Edwards commencera ce cours le lundi 29 avril 1878, à deux heures, dans la galerie de zoologie, et le continuera les mercredi et vendredi suivants à la même heure.

Le professeur traitera de l'organisation, de la classification, des mœurs et de la distribution géographique des oiseaux.

Ce cours sera complété par des conférences pratiques faites dans le laboratoire ou dans la ménagerie et indiqués par des avis spéciaux.

Cours de géologie. — M. le professeur Daubrée commencera ce cours le mardi 30 avril 1878, à quatre heures un quart précises, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et de zoologie, et le continuera les mercredi et samedi suivants à la même heure.

Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des effets mécaniques de l'activité interne du globe ; il exposera l'état actuel de l'histoire des météorites.

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, à qui est confiée la direction des excursions géologiques que des avis spéciaux annonceront successivement.

Cours de botanique. — Classifications et familles naturelles. — M. le professeur Bureau commencera ce cours le mardi 30 avril 1878, à midi, et le continuera à la même heure les mardi et samedi de chaque semaine.

Ce cours aura pour objet l'étude de la flore française et plus spécialement de la flore des environs de Paris. Il sera à la fois théorique et pratique. La leçon d'ouverture du mardi 30 avril aura lieu dans le grand amphithéâtre ; il en sera de même des leçons théoriques suivantes qui auront lieu le samedi.

Des leçons pratiques auront lieu le mardi à midi et le samedi à une heure dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

Des herborisations font partie du cours. Elles auront lieu ordinairement le dimanche et seront annoncées par des avis ultérieurs.

— M. A. Gaudry, professeur de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle, commencera ce cours le mercredi 1er mai 1878, à trois heures et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Après avoir présenté des considérations générales sur la paléontologie, le professeur abordera l'étude des animaux fossiles des temps primaires.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée.

Les lundis, à trois heures et demie, le professeur fera une conférence pratique, soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries publiques.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 49. — SAMEDI 27 AVRIL 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 27 AVRIL 1878. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémorrhagies cérébrales intra-ventriculaires.

Quelle est la valeur ou la signification exacte, et quelle est la pathogénie de la contracture dans l'hémorrhagie cérébrale intra-ventriculaire? Telle est la question que M. le docteur Clovis Gallopain s'est proposé d'étudier dans sa thèse inaugurale, à l'aide des quelques faits qu'il a eu l'occasion d'observer dans les divers services auxquels il a été attaché pendant son internat dans les hôpitaux de Paris.

La contracture (il ne s'agit, bien entendu, que de la contracture précoce, se manifestant dès le début de l'apoplexie, et non de la contracture consécutive qui ne se montre qu'au bout d'un ou même de deux mois après l'attaque) constitue l'un des symptômes les plus importants pour le diagnostic de l'hémorrhagie intra-ventriculaire. Elle se montre ordinairement en même temps que l'attaque ou peu de temps après dans les membres paralysés et dans tous les muscles indistinctement, aussi bien dans les fléchisseurs que dans les extenseurs, d'où l'immobilisation des articulations dans l'attitude qui leur est le plus habituelle.

Mais ce n'est pas seulement dans les membres paralysés qu'on observe les convulsions toniques ou cloniques, ou la contracture; elles se montrent quelquefois dans les quatre membres, et alors elles débutent toujours du côté paralysé.

Cette généralisation des phénomènes convulsifs s'observe non pas seulement dans les cas où le sang a pénétré dans les deux ventricules latéraux, mais aussi dans les cas où il n'a fait irruption que dans un seul ventricule.

Voici, d'après les recherches de M. le docteur Gallopain, quel est le degré de fréquence de la contracture dans l'hémorrhagie cérébrale intra-ventriculaire. Sur quatre-vingt-dix observations analysées dans son travail, il l'a trouvée mentionnée cinquante et une fois.

Quant à l'intensité de la contracture, elle est variable suivant les malades; elle varie surtout suivant l'époque à laquelle on les examine d'une manière générale; elle diminue à mesure qu'on s'éloigne du début de sa manifestation, non pas toujours graduellement, mais souvent, au contraire, tout d'un coup.

La durée de la contracture est variable; elle peut être évaluée en moyenne à trois ou quatre jours.

Quelle est la signification exacte et la pathogénie du symptôme contracture dans les hémorrhagies intra-ventriculaires? M. Gallopain a été conduit par l'étude de ce sujet à considérer comme erronée l'opinion, généralement adoptée, que la contracture est due à une action réflexe ayant son point de départ et sa cause dans l'irritation de l'épendyme par la présence du sang. Il se fonde, pour repousser cette interprétation, sur trois ordres d'arguments.

Le premier est l'analogie. La structure de l'épendyme du canal central de la moelle étant la même que celle de l'épendyme ventriculaire, il était naturel de rechercher si, dans ces deux parties de l'axe cérébro-spinal, des lésions analogues produisent des effets analogues; or jamais dans l'hématomyélie on n'a rencontré de contracture. Ce symptôme n'existe même pas dans les myélites centrales, tant que les lésions restent péri-épendymaires.

Le deuxième ordre d'arguments est tiré de la fréquence de faits dans lesquels la rupture du foyer dans les ventricules ne s'est point accompagnée de contracture.

Le troisième argument est tiré de l'existence de la contracture dans des cas où le foyer nettement circonscrit est éloigné de l'épendyme.

Voici comment M. Gallopain croit pouvoir expliquer la production de ces phénomènes. Quand l'inondation ventriculaire reconnaît pour cause la rupture d'un foyer creusé dans le corps strié, on n'observe que très-exceptionnellement la contracture; ces faits doivent donc être laissés de côté. Mais il n'en est pas de même lorsque le foyer est dans la couche optique. Sur vingt et une observations d'hémorrhagie de la couche optique, dont le foyer s'est ouvert dans les ventricules, M. Gallopain a trouvé la contracture mentionnée quinze fois. Enfin il est une localisation spéciale des foyers de la couche optique qui s'accompagne toujours de contracture : c'est le cas des hémorrhagies qui se font jour dans le troisième ventricule.

M. Gallopain s'appuie, pour soutenir cette opinion, sur les données de la physiologie qui apprend que les pédoncules cérébraux sont des parties excito-motrices et que, dans les lésions expérimentales de la couche optique, on produit des secousses convulsives dès qu'on atteint le pédoncule; d'où il semble que l'on soit fondé, en effet, à dire que les phénomènes convulsifs que l'on observe dans les hémorrhagies des

couches optiques sont dus à une irritation des pédoncules cérébraux.

Ces faits suffiraient pour expliquer la plupart des cas de contracture que l'on observe dans les hémorrhagies intra-ventriculaires, le relevé statistique de ses observations montrant : 1° que la contracture existait dans un peu plus de la moitié des cas d'hémorrhagie intra-ventriculaire ; 2° que, quand il y avait inondation ventriculaire, la couche optique était lésée dans près des deux tiers des cas ; 3° enfin que les foyers de la couche optique produisaient la contracture deux fois sur trois.

Jusque-là, il n'a été question que des lésions des corps striés et des couches optiques ; mais l'inondation du ventricule peut aussi avoir pour cause la rupture d'un foyer creusé dans le centre ovale ou dans les lobes cérébraux. Or, dans ce cas, on peut également observer de la contracture, alors même que le foyer est nettement circonscrit.

La conclusion générale que M. Gallopain croit pouvoir tirer de cette étude, c'est que les phénomènes convulsifs que l'on observe dans l'hémorrhagie cérébrale indiquent seulement que le foyer est en rapport plus ou moins immédiat avec les parties excito-motrices ; et si, ajoute-t-il, ces mêmes phénomènes sont notés dans un grand nombre de cas d'inondation ventriculaire, c'est que les foyers qui entraînent une lésion ou irritation des parties excito-motrices sont aussi ceux qui s'ouvrent le plus souvent dans les ventricules.

Ces considérations ont leur application utile au diagnostic, au pronostic et au traitement, dont les indications diffèrent peu, d'ailleurs, de celles de l'hémorrhagie cérébrale en général.

Hydarthroses intermittentes.

Dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Panas a communiqué un fait intéressant qui se présentait pour la première fois à son observation. Il s'agissait d'un cas d'hydarthrose double du genou, à type intermittent. Voici en deux mots le fait.

Une jeune femme de vingt-deux ans, n'ayant jamais eu ni rhumatisme, ni affection syphilitique, ni aucun autre état diathésique apparent, est entrée dans son service de l'hôpital Saint-Louis pour une affection dont elle se disait atteinte depuis quatre ans, et qui consistait en une double hydarthrose des genoux revenant par accès réguliers tous les quinze jours et durant chaque fois quatre jours. Pendant le cours de cette maladie elle était devenue deux fois enceinte. Chaque fois les accès avaient cessé pendant toute la durée de la grossesse, pour revenir comme auparavant après sa cessation. Pendant la durée du séjour de cette malade dans son service, M. Panas a pu, en assistant à trois attaques successives de cette singulière affection, constater par lui-même l'exactitude des faits annoncés par cette femme. En dehors des attaques, l'articulation ne présentait rien de particulier; les ligaments ne paraissaient pas relâchés, les mouvements étaient normaux. Pendant les attaques, l'épanchement se développait, la rotule était soulevée par le liquide, et, après quatre jours de durée, tout rentrait dans l'ordre.

Cette malade, avant d'entrer à l'hôpital Saint-Louis, avait déjà passé quelque temps à l'hôpital Saint-Antoine, où elle avait été soumise sans aucun résultat aux traitements les plus divers: frictions iodées, vésicatoires, compression élastique, iodure de potassium à l'intérieur, etc. M. Panas crut devoir essayer le sulfate de quinine, mais sans plus d'effet. Les frictions mercurielles combinées avec l'administration de l'iodure de potassium, en se plaçant au point de vue d'accidents syphilitiques possibles méconnus, ne réussirent pas mieux.

Cette communication de M. Panas a évoqué chez plusieurs de ses collègues le souvenir de quelques faits semblables. M. Le Dentu s'est rappelé avoir vu à l'hôpital Saint-Louis, chez un jeune homme, des phénomènes exactement semblables, mais d'un côté seulement. L'hydarthrose était périodique, revenant à peu près tous les quinze jours et durant chaque fois de quatre à cinq jours, comme dans le cas de M. Panas. Tous les moyens d'usage, y compris le sulfate de quinine, avaient également échoué. Voillemier, dans le service duquel se trouvait ce malade, eut l'idée de pratiquer la cautérisation transcurrente sur l'articulation malade et d'immobiliser le membre. Le malade sortit quelque temps après, considéré comme guéri, du moins temporairement. Il n'a point été revu depuis.

M. Verneuil a observé aussi un cas tout à fait semblable chez une jeune femme qui, après divers traitements, quitta l'hôpital sans être guérie. Il y a dix ans environ, il eut également l'occasion de soigner un malade atteint d'hydarthrose double intermittente, datant de plusieurs années. Nélaton, qui avait été consulté par ce malade, lui avait prescrit le sulfate de quinine. A la suite de ce traitement, le malade était resté guéri pendant six ou sept ans. Lorsque M. Verneuil le vit pour la première fois, il y avait un an que la maladie était revenue avec sa forme primitive et la même périodicité. Il le soumit à une compression énergique. Mais il n'a pu en connaître les résultats, le malade ayant été perdu de vue.

Des recherches que M. Panas a faites, depuis, sur ce sujet, à l'aide des documents contenus dans une thèse soutenue en 1877, il résulterait qu'il n'y a guère d'autres faits connus de ce genre dans la science que les quatre observations dont il vient d'être question. Celles que nous avons essayé de faire nous-même n'ont pas été plus fécondes. De l'analyse de ces quatre faits, dont trois sont même incomplets, voici les traits communs que M. Panas a pu saisir :

Sur ces quatre faits, deux ont été observés chez des femmes et deux chez des hommes, les uns et les autres jeunes ou adolescents. En envisageant l'ensemble de la maladie, on y voit deux périodes distinctes, la période de l'accès et la période d'intermittence. La moyenne de la période d'accès a été de huit jours de durée ; celle de la période d'intermittence, de neuf jours.

L'affection a siégé chez les quatre malades dans l'un des genoux ou dans les deux, mais elle ne s'est pas limitée à cette articulation. Dans le fait rapporté par M. Le Dentu, la hanche et le cou-de-pied avaient été également envahis. M. Panas, en examinant de nouveau attentivement sa malade, a reconnu aussi que les articulations des pieds, des doigts, du poignet et du coude étaient le siège de craquements. En outre, lorsque l'épanchement articulaire des genoux disparaît, ces articulations restent le siège de frottements et d'un certain degré d'épaississement des culs-de-sac synoviaux, ce que M. Verneuil a observé aussi chez un de ses malades. Enfin, la malade actuelle de Saint-Louis paraît être manifestement sous l'influence d'un état général d'arthritisme; de plus, elle porte quelques plaques d'eczéma sec. M. Panas incline à rattacher ce fait à la diathèse décrite par l'école de l'hôpital Saint-Louis sous le nom d'arthritis. Cette origine arthritique, suivant lui, permettrait d'expliquer l'influence que la grossesse paraît avoir exercée sur la marche de la maladie et l'inefficacité des différents moyens de traitement qui ont été mis en usage. Conséquemment à cette idée, sa malade a été soumise à l'emploi des alcalins et de l'arsenic.

Il sera intéressant de suivre ce fait et de voir le résultat que pourra donner cette médication. Nous ferons de notre côté, en attendant, un appel aux souvenirs de ceux de nos lecteurs qui pourraient avoir observé des faits de ce genre. L'enquête est ouverte. Dr Brochin.

REVUE DE SYPHILIOGRAPHIE

I. **Nourrices et nourrissons syphilitiques.** Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis par le Dr A. Fournier. — II. **Du Phimosis et de la balano-posthite syphilitique**, par le Dr Rizat. — III. **Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales**, par le Dr Rabot.

I. Le médecin est souvent, trop souvent appelé à aider de ses conseils des familles qui ne savent quel parti prendre en présence d'un enfant atteint de syphilis héréditaire. Oublieux des accidents de la vie de jeune homme et des avis qu'il a reçus, ignorant les lois de transmission de la diathèse syphilitique, un mari autrefois contaminé n'hésite pas, dans la majorité des cas, à confier son enfant à une nourrice, et cela d'autant plus facilement, comme l'a fait remarquer Trousseau, que, lorsque l'enfant n'a pas en venant au monde des traces certaines d'infection, la vérole fait le plus ordinairement son apparition du quinzième au quarantième jour de la vie extra-utérine.

M. le professeur Parrot, dans des leçons faites à l'hospice des Enfants assistés sur la syphilis héréditaire, appelait l'attention dernièrement encore sur ce point important. Si, en naissant, l'enfant apporte les traces de la syphilis, ce qui est rare, il est enlevé par une mort rapide. Dans le plus grand nombre des cas, l'innocente créature a, quoique déjà atteinte par la maladie infectieuse, toutes les apparences de la santé: embonpoint, peau rosée, chair ferme, cris vifs, tetant volontiers; mais plus tard la scène change; une matière jaunâtre s'échappe des narines, la succion en est gênée, l'enfant dépérit. Bientôt une éruption spéciale envahit certaines régions, presque toujours les mêmes; sur les lèvres on voit des fissures, au niveau des commissures des saillies ulcérées, l'éruption devient très-rapidement plus confluente et plus saillante, et à ce moment il est rare de ne pas voir se manifester les troubles fonctionnels de l'athrepsie.

Le médecin se trouve alors en présence d'une des difficultés les plus graves et les plus sérieuses de la pratique. Quelle conduite tenir, en effet, par rapport à l'enfant, vis-à-vis de la famille, et en ce qui concerne la nourrice? Remarquons que la loi semble se contredire elle-même sur ce sujet, car nous nous trouvons placés entre l'article 1382 du code civil qui vise un principe général de droit commun et l'article 378 du code pénal relatif au secret médical. Ce manque d'équilibre a donné lieu à de nombreuses controverses, et la loi *appliquée* est loin de nous éclairer d'un jour suffisant.

Aussi devons-nous savoir gré à M. Fournier d'avoir réuni et publié les leçons qu'il a consacrées à cette question si grave, leçons dans lesquelles on retrouve la méthode et la verve propres au talent de ce professeur.

Étant donné un enfant atteint de syphilis héréditaire, deux seules alternatives sont possibles: ou la nourrice est encore saine, ou elle est déjà contaminée.

Dans le premier cas, le plus simple sans contredit, il faut immédiatement faire suspendre l'allaitement de ce nourrisson syphilitique par cette nourrice saine. L'allaitement, en effet, offre les conditions les plus favorables à la contagion, car, ainsi que l'a fait remarquer M. le Dr Blondeau dans ce même journal, le contact infectant entre la bouche du nourrisson affectée d'accidents inoculables et le mamelon de la nourice, rendu plus apte à l'absorption des humeurs virulentes par l'état d'éréthisme dans lequel il entre naturellement, est fréquemment répété et longuement prolongé.

Sans doute, on objectera qu'il est bien périlleux d'enlever sa nourrice à un enfant si malade, alors que sevrer un enfant sain est une source de danger pour lui; c'est l'exacte vérité, répond M. Fournier; mais, pour être utile à un enfant, sa vie même en dépendrait-elle, nous n'avons pas le droit de donner la vérole à une femme. Du reste, s'il est vrai que le biberon a tué beaucoup d'enfants, il est d'autres procédés qui permettent d'alimenter ces malheureux petits êtres. Par exemple l'emploi de l'allaiteur médiat construit par M. Mathieu. Le mécanisme utile de cet instrument réside dans une soupape, qui, tout en permettant à un courant liquide de s'établir du mamelon vers la bouche de l'enfant, s'oppose à tout reflux de la bouche vers le mamelon, d'où, impossibilité d'une contamination du sein par les sécrétions de la cavité buccale. Un second moyen consiste dans l'allaitement par la chèvre nourrice. Nous ne décrirons point ce procédé dont tous les détails ont été minutieusement étudiés par M. le Dr Boudard. Mais il est un autre procédé que nous n'hésitons pas à qualifier d'excellent: c'est de prendre une nourrice syphilitique, et syphilitique d'assez fraîche date, si l'on veut exagérer les mesures de prudence. Une telle nourrice ne peut en effet communiquer à l'enfant une seconde infection, non plus qu'exagérer les dangers de la première; d'ailleurs l'expérience a parlé d'une façon formelle.

Après avoir réglé le traitement et l'alimentation de l'enfant, après l'avoir séparé de la nourrice encore saine, tout n'est pas dit. Il reste d'autres devoirs à remplir pour le médecin, ce sont ceux que M. Fournier traite de sociaux.

Convient-il, sans se soucier du secret médical, d'avertir quand même la nourrice? N'hésitons pas à répondre: Non! et cela, parce que le médecin qui agirait de la sorte se mettrait en lutte ouverte avec la loi en violant le secret médical, parce que la révélation pourrait aboutir aux conséquences les plus déplorables pour les familles, parce qu'enfin elle est inutile dans la grande majorité des cas pour sauvegarder la nourrice. Cependant un arrêt de la cour de Dijon, du 14 mai 1868, décide que le médecin qui, appelé à visiter un enfant, laisse sciemment ignorer à la nourrice qui l'allaite que cet enfant est atteint d'un virus contagieux, peut, dans le cas où ce virus aurait été communiqué à la nourrice, être déclaré responsable du préjudice causé à celle-ci par sa réticence.

M. Fournier déclare qu'il ne peut accepter cette doctrine, et nous l'en félicitons. « Je ne puis tolérer, dit-il, le rôle du médecin brisant net avec le secret médical; je ne puis tolérer le rôle du médecin délateur, car c'est une délation qu'on exige de nous en pareille circonstance. Cette doctrine, je la repousse, dût la cour de Dijon me condamner parce que ma conscience la repousse. » Si on ne doit pas initier la nourrice au secret d'une famille, le médecin lui doit cependant protection; cette protection, comment l'exercera-t-il?

De deux choses l'une: ou bien la famille est honnête et consentira à congédier la nourrice, et alors le médecin dira à celle-ci que, dans l'intérêt du nourrisson et dans le sien il est impossible qu'elle continue à donner le sein; elle sera ainsi protégée sans préjudice pour la famille de l'enfant et sans atteinte au secret médical. Peut-être sera-t-elle conduite au soupçon par la force même des choses; mais la vérole n'est pas la seule cause pour laquelle on sépare une nourrice d'un nourrisson. Ou bien, à l'injonction de suspendre l'allaitement, on répondra par un refus formel en disant: « Notre enfant avant tout. » Dans ce cas, le médecin doit formuler par écrit le traitement et l'hygiène de l'enfant et ajouter immédiatement au-dessous de la formule: « Impossibilité absolue de continuer l'allaitement par la nourrice. » Il devra, en outre, expliquer aux parents la situation qu'ils se préparent en refusant d'écouter ses conseils, puis se retirer.

Cette nourrice saine, absolument saine, doit-on la renvoyer séance tenante? Agir ainsi, serait commettre une faute grave contre l'art et la prophylaxie publique, car cette nourrice est peut-être en puissance de syphilis. Nous savons en effet que l'incubation de la syphilis se prolonge le plus habituellement au-delà de trois semaines, et qu'il n'est pas rare qu'elle atteigne une durée de cinq à six semaines, et même qu'elle se prolonge un peu au-delà. Ce fait s'est produit plus d'une fois avec toutes ses terribles conséquences; il suffit de

lire le remarquable mémoire de M. Dron pour en avoir un exemple des plus complets. On doit donc au point de vue de l'hygiène sociale attendre cinq ou six semaines avant de permettre de prendre un nourrisson à une nourrice qui vient de quitter un enfant syphilitique; et, au point de vue particulier de la famille, conseiller à cette dernière de garder la nourrice comme nourrice sèche.

Supposons actuellement que le médecin, mandé dans une famille, se trouve en présence d'un nourrisson infecté de syphilis d'une façon manifestement héréditaire, et d'une nourrice infectée par l'enfant. La situation est absolument différente de la précédente. Ici trois choses s'imposent d'elles-mêmes:

1° Traiter l'enfant;

2° Conserver la nourrice. Pour cela on devra conseiller au père de déclarer à la nourrice la situation telle qu'elle est, sans détour, sans tromperie; c'est le seul parti honnête et utile qui soit de circonstance. La dignité professionnelle s'oppose à ce qu'on trompe la nourrice sur la nature de son mal, ainsi que sur la nature du remède qu'on lui fait prendre. En outre il est dû à cette nourrice une indemnité pour le dommage qu'on lui a causé; mais, ici, le médecin ne doit intervenir que pour obtenir un arrangement qui permette de conserver la nourrice, sans s'occuper des conditions et sans servir d'intermédiaire entre les deux parties. Il faut enfin conserver la nourrice, là est le nœud de la situation. Si la rupture vient du côté des parents, il faut exercer sur eux la plus énergique pression pour les contraindre à n'y pas donner suite. Si elle vient au contraire de la nourrice, on devra user, vis-à-vis d'elle, de son autorité et de son prestige moral, pour lui faire comprendre qu'elle a tout intérêt à rester.

3° Traiter la nourrice. Cela pourrait sembler inutile à dire; cependant vous entendrez souvent des parents vous dire: Si vous donnez du mercure à la nourrice, vous allez altérer ou diminuer son lait. A cela répondez, ce qui est l'exacte vérité, qu'un traitement mercuriel, sagement dirigé, ne modifie ni la quantité ni la qualité du lait. De plus, la nourrice est une malade, et en cette qualité elle a droit de notre part, aux mêmes soins que l'enfant.

Telles sont les règles générales auxquelles restent subordonnés tous les cas concernant les nourrices et les nourrissons syphilitiques.

II. — M. Rizat a réuni dans sa thèse inaugurale d'intéressantes observations prises à l'hôpital du Midi, sur le phimosis et la balano-posthite syphilitiques.

Cette complication est plus commune qu'on ne le professe généralement; il suffit d'avoir suivi les services spéciaux pour en être convaincu. Tous les syphiliographes, et principalement Lagneau, Ricord, Rollet, ont écrit sur le phimosis syphilitique. Il est tout naturel que leur attention se soit portée sur une affection qui masque souvent l'accident initial de la maladie infectieuse et qui peut se terminer par une destruction complète du prépuce et du gland, comme le prouve le fait suivant, que nous empruntons au travail de M. Rizat.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, chez lequel survinrent deux chancres infectants au bout de la verge après six semaines d'incubation. Neuf jours après leur apparition, le phimosis se forma en même temps que la verge présentait de l'œdème. Cinq jours plus tard, après un choc violent sur les parties génitales, une grosse phlyctène qui s'était formée sur le dos de la verge se rompit, il en sortit du sang noirâtre. Le malade entra le lendemain à l'hôpital du Midi, et là on constata un phimosis complet. L'orifice présentait un bourrelet noirâtre de tissu gangrené, la pression faisait sortir du pus et du sang mélangé de bulles de gaz; on débrida immédiatement et on vit que toutes les parties situées sous le prépuce étaient converties en une masse de tissus sphacélés sans aucune délimitation possible. Au bout de trois jours, le gland était complétement éliminé. On voyait la partie antérieure des corps caverneux, et au-dessous d'eux le canal de l'urèthre faisant saillie. La cicatrisation marcha assez rapidement, et, malgré la chute du gland et le rétrécissement cicatriciel du méat, les fonctions urinaires ne furent pas troublées.

Quoique le plus souvent le phimosis et la balano-posthite syphilitiques aient pour causes des chancres siégeant sur le limbe préputial, sur le méat urinaire, sur le filet, sur la peau du fourreau de la verge, sur la portion moyenne du gland ou sur la couronne, ils peuvent aussi être une conséquence de plaques muqueuses sous-préputiales; généralement alors les symptômes sont plus accusés que dans le cas où le chancre est la cause occasionnelle.

Il faut surtout distinguer le phimosis diabétique de celui qui est spécifique. L'induration, l'œdème du prépuce, la gangrène se montrent dans les deux cas; l'examen des urines d'une part, de l'autre l'état général, trancheront la question.

Quand le phimosis présente des phénomènes de gangrène, on doit faire le débridement du prépuce, même en pleine évolution du chancre; s'il persiste après la guérison des chancres ou des plaques muqueuses, s'il résiste au traitement par les grands bains, il faut pratiquer la circoncision.

La thèse de M. Rizat est un bon travail auquel nous ne faisons que le reproche de n'être pas assez complet.

III. — M. le docteur Rabot a cherché à résumer l'état de la science sur les lésions syphilitiques des artères et principalement des artères cérébrales. C'est, il faut l'avouer, un sujet peu connu, quoiqu'il en soit déjà question dans le traité des anévrysmes de Lancisi.

La syphilis tertiaire peut agir sur les artères, comme sur les autres tissus. Elle donne lieu à la formation de gommes. C'est là un fait admis aujourd'hui par tous les syphiliographes. Il est vrai que les observations de cas de ce genre sont rares, mais celles que nous possédons paraissent suffisamment concluantes pour qu'on puisse formuler la proposition qui précède.

L'action de la syphilis tertiaire sur les artères a le plus souvent pour siège, lorsqu'elle se produit, les artères cérébrales. Quels sont, d'après M. Rabot, les symptômes de cet état pathologique? En premier lieu, il existe une période prodromique caractérisée par une vive céphalalgie presque toujours fixée à la région frontale. Cette douleur est souvent accompagnée d'une diminution de l'acuité visuelle et de changements dans les fonctions psychiques consistant surtout en troubles de la mémoire, apathie générale ou surexcitation. Le vertige est assez fréquent.

Ces divers phénomènes peuvent disparaître, mais ordinairement survient une attaque apoplectique, le plus souvent accompagnée d'hémiplégie. L'auteur a parfaitement raison de ne pas donner l'hémiplégie comme règle. Elle peut manquer en effet. Nous avons eu occasion d'observer personnellement un cas où elle a fait absolument défaut. Après quelques jours de douleurs frontales vives, notre malade fut pris subitement d'une crise apoplectiforme qui dura vingt-sept minutes. Il avait contracté dix ans auparavant un chancre infectant du sillon glando-préputial. Les accidents secondaires durèrent assez longtemps. Il avait été convenablement traité. Le traitement mixte que nous ordonnâmes eut un plein succès, du moins jusqu'à présent, car il n'y a pas eu de nouvelle attaque et la céphalalgie frontale n'a pas reparu. Le malade prend encore, du reste, de l'iodure de potassium à dose assez élevée. Nous avons observé une exagération des mouvements réflexes et aucune altération des nerfs de sensibilité spéciale.

Quant à l'aphasie que signale M. Rabot comme pouvant exister, nous croyons avec lui « que c'est plutôt une lenteur de l'intelligence qui accompagne l'attaque apoplectique » qu'une aphasie réelle.

L'abolition de l'usage de la parole ne surviendra que lorsque le ramollissement de la substance corticale aura commencé, s'il commence.

Certaines facultés spéciales que possédaient les malades disparaissent; mais tout rentre habituellement dans l'ordre, sous l'influence d'un traitement approprié. Il y a eu et il y a cependant des cas de mort, ce qui s'explique et par le lieu intéressé et par l'état général des sujets. V. de Fourcauld.

REVUE DE LA PRESSE.

Des lotions froides dans la tuberculose, par Pogaçnik. (*Revue des sciences méd*, janvier 1878.) — L'usage de l'eau froide dans le traitement de la phthisie est bien préférable, suivant l'auteur, sous la forme de lotions que sous la forme de douches, telles qu'elles sont employées par Brehmer et Sokolowski. Voici comment Pogaçnik en prescrit l'usage. En se levant le matin, le malade se fait lui-même une lotion par tout le corps avec l'éponge imbibée à 10° ou 20° Réaumur, il doit ensuite se frictionner énergiquement pendant cinq minutes avec un gant et s'envelopper, pour se sécher, dans un drap de lin. Il se remet ensuite au lit pendant une demi-heure à une heure, bien couvert, jusqu'à ce qu'il survienne un peu de transpiration; pendant ce temps, il est nécessaire que les mouvements du poumon soient réduits à leur minimum.

L'auteur a été conduit à employer ce traitement dans la tuberculose, en raison des bons effets qu'il en avait obtenus dans les engorgements de nature scrofuleuse. Au moyen de l'eau froide, on provoque un fonctionnement régulier de la peau : on fortifie enfin le malade et on le rend moins susceptible aux variations de l'atmosphère.

Peu à peu, l'appétit s'accroît, les forces se relèvent, à moins que les lésions ne soient trop avancées.

L'hémoptysie n'est pas une contre-indication, et Pogaçnik prescrit les lotions alors même qu'on ne peut tolérer les douches

Les lotions ont sur les douches l'avantage d'être plus agréables pour les malades; d'avoir un effet plus prolongé et partant plus utile; d'être très-faciles à administrer, même chez les gens pauvres, aucun appareil n'étant nécessaire; enfin, et surtout, de ne pas nécessiter, comme après la douche, un exercice de marche pour amener la réaction, exercice qui entraîne une fatigue de l'appareil pulmonaire. (*Lyon méd.*)

Diagnostic différentiel entre l'épilepsie vraie et l'hystéro-épilepsie, par M. Charcot. — Dans une leçon faite à la Salpêtrière, M. Charcot établit ainsi le diagnostic différentiel entre l'épilepsie vraie, l'épilepsie majeure, comme on l'a appelée, et l'hystéro-épilepsie.

On sait les trois phases de la première :

1° Une aura de courte durée, qui ne laisse pas au malade le temps de préparer sa chute;

2° Une seconde phase qui comprend le cri initial, la période des contractions toniques, celle des mouvements cloniques, puis le stertor;

3° Une troisième phase qui manque chez beaucoup, on pourrait dire chez la plupart, et qui consiste dans ce qu'on a nommé le délire postépileptique, période d'impulsion violente ou d'agitation maniaque.

L'hystéro-épilepsie a une symptomatologie toute différente.

1° L'aura est souvent très-longue : elle dure un jour, deux jours, plusieurs jours. La malade a tout le temps qu'il lui faut pour se prémunir contre l'attaque. La sensation monte lentement de l'abdomen vers la tête et fait des haltes en chemin. On pourrait la comparer à une corde à nœuds.

2° Arrive la phase *épileptoïque*. C'est d'abord un cri violent, prolongé, modulé. Chez une malade, on dirait un sifflet de chemin de fer. Puis vient la période des contractions ataxiques, extension des membres, renversement de la tête, puis celle des mouvements cloniques; et tout cela est suivi d'un stertor léger.

Ce qui précède se rapproche de l'épilepsie.

Ce qui suit appartient en propre à l'hystérie. On observe, d'ailleurs, comme une pose entre les deux parties du drame.

3° La malade est prise alors de contorsions bizarres, contorsions qui ne répondent à rien, et que ne provoque aucun délire. Le corps se dresse sur le lit, retombe, se relève, se courbe en un arc de cercle dont la tête et les pieds forment les deux extrémités. Toute cette gymnastique est incohérente, désordonnée, fantasque au possible.

4° Elle cesse peu à peu pour faire place à la *phase des attitudes passionnelles*. Ici, les gestes, les poses, si violents qu'ils soient, sont gouvernés par un sentiment et une idée, sentiment exalté, idée délirante. L'attitude exprime tour à tour les pensées les plus diverses; le regard et la parole trahissent en quelques instants l'effroi, la colère, le mépris, la tendresse, la volupté; beaucoup sont plongées dans une sorte d'extase, les yeux au ciel, les mains jointes, la physionomie illuminée. Quelques-unes présentent ceci de particulier que le délire se manifeste par la pose longtemps avant de se répandre en paroles. Une jeune Allemande, depuis longtemps dans le service, demeure deux heures durant immobile et muette, les bras étendus et comme crucifiée. Lorsqu'elle se redresse, elle entonne le choral de Luther ou quelque autre épopée religieuse.

On pourrait, à ce propos, se demander si, dans les cas de ce genre, c'est bien l'idée délirante qui commande l'attitude, ou si ce n'est pas au contraire l'attitude qui commande l'idée délirante.

5° Enfin survient une phase qui correspondrait assez bien à celle du délire postépileptique de l'épilepsie, bien que le délire ne soit pas tout à fait semblable dans les deux cas. Chez l'hystérique dominent les hallucinations et les illusions. Elle voit des animaux : chats, chiens, rats, vipères, etc. Chaque malade a ses hallucinations favorites. L'illusion porte sur les personnes de l'entourage. L'hystérique prend ordinairement le médecin ou l'interne pour une personne de connaissance, et, suivant le cas, le comble de politesses ou d'injures, de mots malsonnants ou de paroles tendres.

Telles sont les cinq phases de l'attaque hystéro-épileptique qu'on ne peut raisonnablement confondre avec la véritable attaque épileptique.

De ces phases quelques-unes peuvent manquer; mais on peut être assuré que l'ordre dans lequel elles se succèdent ne fera jamais défaut. (*Tribune médicale.*)

Un cas de charbon observé à l'Hôtel-Dieu; analyse des produits de la respiration; examen du sang; mort, par MM. Routier et Regnard, internes de l'Hôtel-Dieu. — Le vendredi 30 novembre, s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, vers trois heures du soir, un homme âgé de 35 ans, porteur aux Halles. Ce malade s'est fait une écorchure avec son rasoir, vers l'angle inférieur de la mâchoire au côté gauche; il a continué à exercer sa profession, qui consiste à porter sur son épaule, en les appuyant contre la tête, des quartiers de viande destinés à la boucherie.

Au moment où il se présente à nous, le malade n'éprouve encore aucun symptôme; il a seulement remarqué son écorchure, et connaissant, pour les avoir observés chez des camarades, les graves accidents qui peuvent suivre les excoriations, il vient nous demander simplement s'il ne court aucun danger.

L'absence de tout symptôme local ou général nous fait répondre qu'il est impossible de lui rien dire en ce moment; nous l'engageons toutefois à rester à l'hôpital. Le malade s'y refusant absolument, nous lui disons de se surveiller et de revenir au premier symptôme alarmant qui se produirait.

Le lendemain matin, vers neuf heures, c'est-à-dire le deuxième jour après sa piqûre, le malade se représente à nous : il a eu des frissons toute la nuit, à peine peut-il se tenir debout, il a froid; la température que nous prenons est déjà à 36°. La face est cyanosée, le cou très-gonflé, surtout du côté correspondant à l'excoriation qui ne présente aucun caractère bien tranché, sauf un cercle rougeâtre qui la circonscrit.

Le corps est couvert de sueur froide, le malade est immédiatement conduit dans son lit. A peine y est-il couché, que la cyanose s'accentue et gagne tout le corps; le malade se plaint surtout de difficulté de respiration; le pouls est petit et filiforme.

Le malade perd bientôt connaissanee; il est atteint de délire tranquille et cherche à se lever; la sensation d'étouffement s'accentue encore, en même temps que le gonflement du cou augmente, pour ainsi dire, à vue d'œil; la peau a une teinte presque noirâtre.

Nous appelons aussitôt M. le professeur Richet, qui, en présence de la gravité des symptômes généraux, déclare toute intervention inutile.

A ce moment, on pratique l'examen du sang : une piqûre faite au doigt, par MM. Hardy et Pogné, permet de constater, dans le liquide sanguin, une quantité considérable de bactéridies longues de 2/100 de millimètre, articulées et immobiles. Il y a à peu près une bactéridie pour cinq ou six globules, autant qu'il est possible de compter sans instrument spécial.

L'écorchure a pris les caractères de la pustule maligne ; on y voit l'entrée sèche, jaunâtre, entourée de son cercle de vésicules blanches-grisâtres. A ce moment, la température est tombée à 33°.

Bien que l'état du malade fût fort grave et l'agonie prochaine, l'intérêt scientifique considérable qui s'attache à l'étude de la maladie charbonneuse nous a fait tenter une expérience fort difficile en ces circonstances, et dont nous donnons les résultats, tout imparfaits qu'ils soient.

L'appareil destiné à recevoir les gaz de respiration est adapté à la bouche du malade et les gaz sont recueillis pendant un temps que l'on observe exactement. Nous avons pu ainsi constater que, dans cet état de refroidissement considérable, notre malade, qui pesait 80 kilogrammes, absorbait en une heure 7 litres 924 d'oxygène, et excrétait 6 litres 300 d'acide carbonique; soit, entre l'oxygène et l'acide carbonique, un rapport de 0,82.

On voit que les oxydations étaient considérablement diminuées; à peine atteignaient-elles le tiers de ce qu'elles avaient dû être chez un homme de cette taille, et, d'ailleurs, la température très-basse, 33°, rendrait assez bien compte de ce résultat. Mais ne serait-il pas possible de s'expliquer cet abaissement dans les combustions par la théorie émise dernièrement par MM. Pasteur et Joubert, sur la cause de la mort dans le charbon ? Ces expérimentateurs admettent que la mort survient par suite de la spoliation de l'oxygène du sang par les bactéries. La bactérie enlèverait donc une partie de l'oxygène destiné aux combustions, le sang arriverait à renfermer en permanence une proportion d'oxygène moindre que la normale; de là un refroidissement progressif croissant et aboutissant à l'annulation presque absolue des phénomènes respiratoires.

Nous ne croyons pas que les quinze litres d'oxygène, que le malade aurait dû absorber en plus au moment de l'expérience, aient été, en ce moment même, utilisés par les bactéries, car notre appareil nous eût accusé leur disparition; nous pensons que, chez notre malade, c'est petit à petit que l'oxygène a été enlevé au sang, et que le résultat de cette spoliation lente, mais progressive, a amené le refroidissement, la diminution des combustions et la mort.

On remarquera d'ailleurs que la véritable asphyxie, à laquelle succombait le malade, était spéciale, puisque le rapport $CO2|0$ était normal, tandis que, dans les asphyxies mécaniques, les combustions continuant à s'opérer malgré l'absence de l'oxygène venu du dehors, le malade continue à excréter de l'acide carbonique, et le rapport $CO2|0$ s'élève d'autant. Nous ne voudrions pas faire une théorie avec ce cas unique, observé dans des conditions qui ne sont peut-être pas parfaites; mais nous avons voulu le faire connaître, parce qu'il nous a paru s'adapter assez bien à la théorie de MM. Pasteur et Joubert, que tant d'autres faits sont déjà venus justifier. (*Gaz. méd. de Paris.*)

La clithrophobie (peur des lieux fermés), par le docteur Raggi, de Bologne. — La *Gazette des hôpitaux* a publié l'histoire de l'agoraphobie, ou peur des espaces, par M. Legrand du Saulle (voir 1877, numéros 123 et suivants). Voici venir maintenant la description d'une névrose analogue, caractérisée en ce que les malades ne peuvent se trouver dans les lieux fermés sans être pris par une frénésie particulière et chercher à en sortir aussitôt.

Parmi les malades dont il raconte l'observation, M. Raggi cite D. R., de Bologne, peintre d'une certaine renommée, âgé de trente ans. L'année dernière, l'Académie des beaux-arts offrant un prix pour le meilleur tableau de peinture, D. R. se rendit dans la salle du concours. Il se met au travail, et, excité par les éloges de ses camarades, il était sur le point de mettre fin à son œuvre. Tout à coup, il est pris d'une manie étrange. Avec l'aspect d'un homme guidé par une préoccupation puissante, il commence à marcher dans la salle, se dirige vers la porte de sortie et cherche à l'ouvrir. Ne pouvant arriver à son but, il perd contenance, regarde çà et là, comme s'il cherchait un moyen pour se sauver d'un grand péril. Il fixe tout à coup le regard sur la fenêtre; il accourt vers elle, l'ouvre, et s'aperçoit qu'elle donne sur des toits. Inquiet, mais sans peur, il descend sur le toit de la maison voisine, et, de maison en maison, il se porte jusqu'au mur d'ouverture du jardin de l'établissement, d'où il trouve heureusement moyen de descendre. Une fois sa liberté acquise, il devient tranquille comme d'habitude. Le traitement d'une pareille folie serait la liberté absolue, avec des habitations très-vastes et des travaux champêtres. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La commission instituée par M. le Préfet de la Seine, à l'effet de s'occuper des conditions du rétablissement du concours et de la limite d'âge pour les médecins des services d'aliénés, à Paris, a terminé ses travaux. On nous assure qu'un concours pour une place de médecin-résident à Bicêtre s'ouvrira vers le 15 juin prochain et qu'un second concours pour deux autres places s'ouvrira vers le 15 novembre 1878. Les juges de ces concours seront : un professeur de la Faculté de médecine, élu par ses collègues; un membre de l'Académie de médecine, également nommé au scrutin; deux médecins des hôpitaux, tirés au sort, et trois médecins aliénistes tirés au sort parmi les chefs de service de Bicêtre, de la Salpêtrière, de Sainte-Anne, de Ville-Évrard et de Vaucluse.

La limite d'âge, pour les médecins actuellement en exercice et pour ceux qui seront fournis par les prochains concours, est fixée définitivement à soixante-cinq ans.

— La première série d'épreuves, — épreuves éliminatoires, — du concours des médecins du bureau central vient de se terminer. Restent en présence les candidats dont les noms suivent :

MM. Carrière, Chouppe, Danlos, Ducastel, Gingeot, Hanot, Hirtz, Homolle, Huchard, Hutinel, Joffroy, Labadie-Lagrave, Lacombe, Landouzy, Muselier, Quinquaud, Rathery, Renault, Sanné, Schweich, Sevestre et Troisier.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et les opérations, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 27 avril, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera, le jeudi 2 mai, à 9 h. 1/2, à l'hôpital Saint-Antoine, un cours de clinique thérapeutique et le continuera les jours suivants à la même heure. — Il traitera cette année de la thérapeutique des affections de l'estomac.

— M. le docteur Magitot reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la bouche et de l'appareil dentaire, le vendredi 3 mai, à quatre heures, et les continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, rue Jacob, n° 12 (local de la clinique ophthalmologique du docteur Sichel).

Les étudiants en médecine pourront être exercés à l'examen des malades et à la pratique de diverses opérations. S'adresser à cet égard à MM. les chefs de clinique, les docteurs Th. David et E. Aguilhon.

— M. le docteur Parrot commencera le 5 mai, à 9 h. 1/2 du matin à l'hospice des Enfants-Assistés, 74, rue d'Enfer, des *Conférences sur les maladies des nouveau-nés*, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

On sera admis sur la présentation des cartes qui seront distribuées à l'hospice.

— M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera ses conférences cliniques le dimanche 5 mai, à 9 heures 1/2 (visite des malades à 9 h.), et les continuera tous les dimanches à la même heure.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histoire des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. — 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Manuel d'anatomie. 2e édition du Résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 50. — MARDI 30 AVRIL 1878. 51e ANNÉE. MARDI 30 AVRIL 1878. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les signes physiques des folies raisonnantes (1).

VII

Cette validation du testament de Sandon a paru causer quelque étonnement. Les hommes peu éclairés ou peu familiarisés avec les réflexions sérieuses se sont demandé comment un individu avait pu être à la fois fou et sage et comment un tribunal avait pu, sans se contredire lui-même, faire cheminer ensemble l'aliénation mentale et la raison. La réponse est facile et sera, je l'espère, convaincante.

Et d'abord sur quelle base fondamentale repose la faculté de tester? Ainsi que l'indique l'étymologie du mot testament (*testatio mentis*), la volonté ne saurait être assoupie et la liberté morale visiblement évanouie ou tout au moins compromise, au moment où l'on règle son hérédité. Déjà la législation romaine était très-nette sur ce point. Elle exigeait en effet que le testateur eût la *faction* de testament. *Imprimis advertere debemus, an is qui id fecerit habuerit testamenti factionem.* L'acte valablement fait d'ailleurs, ne contenant que des dispositions très-sages et en faveur des enfants, était infirmé par cela seul que l'on prouvait la diminution des facultés de l'intelligence. *Quia in eo qui testatur, ejus temporis quo testamentum facit, integritas mentis exigenda est.*

La loi française est aussi laconique que remarquablement précise. L'article 901 du code civil est ainsi conçu : « Pour faire une donation entre-vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit. » L'homme qui dispose de sa fortune doit donc obéir à ses seules incitations. S'il écoute les perfides conseils d'un entourage impatient et avide, s'il s'assimile les suggestions étrangères, s'il défère à l'intimidation exercée sur sa faiblesse, il n'est plus libre.

Ces grands principes généraux une fois exposés et admis, voyons quelles sont les circonstances particulières qu'il est possible de rencontrer et avec lesquelles on peut avoir à compter.

On s'est très-souvent demandé si un ou plusieurs accès préalables de folie pouvaient laisser assez de clairvoyance dans l'esprit pour que le judicieux accomplissement de l'acte de dernière volonté pût s'effectuer sans entrave. Eh bien, cela ne paraît pas douteux, et il n'est certainement pas un seul médecin d'aliénés qui n'en ait fait l'expérience en faisant écrire les malades ou en recevant d'eux, aux époques de trêve, des dispositions testamentaires irréprochablement mûries et libellées. Nos lois restent muettes en cette matière; mais les magistrats chargés de leur interprétation n'en valident pas moins les actes civils contractés ou consentis pendant les intercurrences indubitables de calme et de raison.

En parcourant les recueils de la jurisprudence, on voit sans de grands efforts que la loi établit toujours une présomption en faveur de la liberté morale du testateur : c'est aux héritiers à démontrer qu'au moment où il a arrêté sa succession, le disposant n'était pas sain d'esprit. Deux cas peuvent du reste se présenter : ou le testament renferme des clauses raisonnables, et celui qui l'attaque doit prouver la folie, ou l'acte contient des bizarreries et celui qui le défend doit prouver la sagesse. Or, Sandon n'était pas diminué intellectuellement, dans le sens indiqué par la loi romaine, et, à l'époque où il a testé, il était calme et raisonnable, dans le sens indiqué par la loi française. Qu'on relise son observation et que l'on se reporte aux dates, et l'on ne trouvera ni excentricités ni violences relatées. Les héritiers exhérédés, qui réclamaient la nullité de l'acte testamentaire, n'ont pas pu articuler un seul fait concomitant d'aliénation. La légataire universelle a donc argué de la sagesse, au 10 juin 1869, et le tribunal de première instance de la Seine a été d'autant mieux fondé à accueillir cette manière de voir que l'acte testamentaire se trouvait empreint de sentiments justes, prévoyants, affectueux, dévoués et reconnaissants. Pendant sa vie, Sandon n'a peut-être accompli qu'une seule chose d'un mérite et d'une valeur incontestables : cette chose a été son testament. En conséquence, dans mon opinion, le jugement du 15 avril 1875 est en tous points conforme à l'esprit et à la lettre de la loi.

Cinq ans auparavant, le 3 mars 1870, le même tribunal a rendu, toujours dans le sens de la validation d'un acte testamentaire, un jugement bien autrement surprenant et que je tiens à rapprocher du précédent, dans le seul but de démontrer combien est parfois puissante la présomption d'intégrité mentale en faveur du testateur. Je résume brièvement l'affaire, d'après les recueils juridiques de l'époque.

Auguste Comte, fondateur célèbre d'un système philosophique, meurt à Paris au mois de septembre 1857. Ancien élève de l'École

(1) Fin. — Voir les nos des 5, 12, 21 mars, 2, 9 et 16 avril.

polytechnique et professeur de mathématiques à cette école, ses préoccupations et ses études s'étaient particulièrement tournées vers la philosophie. Il ouvre un cours chez lui pour l'exposition de ses idées. Dès la troisième leçon, il est atteint d'une maladie mentale, et on est obligé de le placer, en 1826, dans la maison de santé du docteur Esquirol, à Ivry. Au bout de quelque temps, Mme Comte prend une résolution énergique : elle se décide à traiter son mari elle-même. Auguste Comte se rétablit, et, en 1827, il se retrouve de nouveau en possession de toutes ses facultés. Il reprend ses cours ; mais, en 1843, il perd ses emplois et termine son existence dans la gêne, après s'être séparé de fait de sa femme, en 1842.

En 1845, il rencontre une jeune femme venue à Paris pour publier quelques essais littéraires, Mme Clotilde de Vaulx, pour laquelle il s'éprend d'une étrange passion. Leurs relations, dont la pureté n'a d'ailleurs jamais été mise en doute, durent peu de temps, car Mme de Vaulx ne tarde pas à succomber. Mais, après sa mort, cette jeune femme reste pour Auguste Comte « l'impératrice de toutes ses pensées, sa compagne éternelle, son ange gardien, sa déesse ». Elle devient dans le nouveau culte fondé par lui, « la déesse même de l'humanité ».

Auguste Comte laissa un testament étrange que treize personnes désignées par lui devaient exécuter et même publier. Cet acte portait la date du 25 mars 1855.

Il prend soin de régler lui-même toutes les cérémonies relatives à son inhumation, et il entre, à cet égard, dans des détails bizarres et puérils. Il prescrit de ne pas l'inhumer avant que son corps ne soit entré en complète décomposition ; il a peur d'une inhumation précipitée ; il défend à ses amis de soumettre son cadavre à l'autopsie médicale. Il excepte formellement de l'honneur de prendre place dans son cortège funèbre plusieurs personnes : sa femme d'abord, trois autres individus qu'il ne désigne pas, puis un quatrième qu'il nomme dans un codicille particulier, et qui n'est autre qu'un très-honorable officier, coupable seulement de l'appréciation irrévérencieuse de la politique positiviste du philosophe. Il ordonne que son cortège s'arrête un instant devant l'église Saint-Paul, consacrant ainsi un dernier souvenir à Clotilde de Vaulx, à celle qu'il a tendrement aimée et qu'il a vue pour la première fois dans cette église ; il demande à être placé dans la tombe à côté de tous ceux qu'il a chéris ; il sera, si cela est possible, inhumé dans le même cercueil que Clotilde, « son éternelle, son angélique compagne ». Son cercueil sera réuni à celui de sa mère et à celui de sa servante fidèle, celle qu'il appelle sa fille adoptive.

Dans une addition à son testament, Auguste Comte déclare qu'il existe contre sa femme un secret tellement grave que, s'il était connu, Mme Comte serait abandonnée de tous. Il a, dit-il, confié ce secret à sa domestique Sophie, et il veut qu'il soit divulgué, si Mme Comte n'obtempère pas à ses prescriptions. Puis il se ravise, et, dans la crainte que sa domestique ne paraisse pas suffisamment digne de foi, il consigne le fatal secret dans un pli cacheté, remis à ses exécuteurs testamentaires.

Mme veuve Comte demanda au tribunal d'une part d'interdire la publication du testament de son mari, d'autre part de confier à M. Littré le soin de publier sa correspondance. En outre, elle attaqua ce testament en nullité, comme contenant des conceptions insensées, immorales, contraires à la religion, et aussi des allégations outrageantes à son égard, allégations qui n'avaient été inspirées que par une ingratitude profonde et une haine sans raison, le tout devant être attribué à une certaine perturbation des facultés intellectuelles du testateur.

Le ministère public, représenté par M. d'Herbelot, membre de la Société de médecine légale, conclut, dans cette affaire, au maintien du testament : « Des dispositions bizarres, étranges, dit-il, des rêveries telles que le comporte un certain état de mysticisme joint à un régime physique affaiblissant pour le corps et sur excitant pour l'intelligence, des aspirations immensément orgueilleuses surtout, et toutes les perturbations que l'orgueil peut jeter dans l'espri le plus ferme, vous trouverez tout cela dans le testament, mais vous n'y trouverez pas la preuve, la trace, l'indice de la folie. »

Conformément à ces conclusions, le tribunal de la Seine rejette la demande de Mme Comte . . . . Attendu, dit le jugement, que Mme Comte attaque le testament dans son ensemble en soutenant qu'il porte la marque de l'insanité d'esprit de son auteur ;

Attendu que les dispositions d'Auguste Comte sont conformes aux pensées qui ont occupé les quinze dernières années de sa vie ;

Qu'en critiquant le testament de son mari, la veuve Comte veut, en réalité, atteindre les doctrines qui ont été la dernière forme de la pensée du philosophe ;

Attendu que la veuve Comte se borne à faire ressortir les contradictions entre les dispositions que renferme le testament et les principes professés, à d'autres époques de sa vie, par le testateur ;

Attendu que cette démonstration ne suffit pas pour faire annuler un acte testamentaire ;

Que, sans examiner la portée de l'œuvre, la nature des idées émises par Comte ou la forme mystique du style, il est certain que le testament porte l'empreinte d'une volonté entière et libre ;

Attendu que la haine exprimée par Auguste Comte envers sa femme, toute contraire qu'elle soit aux sentiments manifestés à plusieurs reprises depuis la séparation amiable, ne paraît pas avoir été une des préoccupations exclusives qui, en absorbant la pensée, peuvent altérer l'économie générale d'un testament ;

Qu'il n'y a donc pas lieu d'annuler dans son ensemble le testament attaqué. . . . .

Déclare le testament valable.

(Toutefois le tribunal ordonne la suppression de tous les passages et épithètes injurieux pour Mme Comte.)

En comparant le testament si sage de Sandon et les dispotions si singulières d'Auguste Comte, et en voyant que les deux pièces ont joui de la même faveur et du même respect auprès de la justice civile, malgré toutes les particularités pathologiques qui ont traversé deux existences si accidentées et si dissemblables l'une de l'autre, on arrive naturellement à reconnaître que le testament est l'un des actes les plus graves et les plus solennels de la vie privée. Son importance, en effet, est attestée par les scrupuleuses formalités dont les législateurs de tous les siècles ont pris à tâche de l'environner.

Aujourd'hui, d'après la tendance très-accusée de la Cour de Cassation, il est possible de concevoir *dans un même acte* deux sortes de dispositions : les unes, émanant d'un jugement sain et réfléchi ; les autres, dictées soit par un délire exclusif, soit par une conviction erronée ou une terreur chimérique. Les premières doivent être déclarées valables et les secondes annulées. Un arrêt de la Chambre des requêtes (Cour de Cassation, 17 juillet 1871) n'a pas craint d'aller jusque-là en rejetant un pourvoi formé contre un arrêt de la cour de Nîmes du 30 juin 1869. La décision de la Cour suprême porte en principe que « les juges du fond peuvent, tout en validant plusieurs dispositions d'un testament, annuler les autres pour cause d'insanité d'esprit du testateur, s'ils reconnaissent que l'insanité d'esprit a existé spécialement à l'égard d'une de ces dernières dispositions ». J'indique en passant un fait important ; je le signale à l'attention des cliniciens et des jurisconsultes, mais je ne le discute pas et je l'impose bien moins encore. A la première occasion, je donnerai sur ce point délicat une opinion motivée.

Je reviens enfin à l'étude des accidents congestifs dans le cours des folies raisonnantes, car j'ai à faire connaître encore un exemple clinique récent et d'un haut intérêt pratique à divers titres.

Obs. III. — M. J..., ancien négociant, né en 1819, fils d'une mère apoplectique, a toujours passé pour un original, un excentrique, un ambitieux, un rêveur et un libertin ; on lui accordait

généralement beaucoup d'intelligence et de mémoire, mais un jugement faux. On le considérait surtout comme étant dénué de sens moral et d'esprit de suite. Devenu veuf à quarante ans, il plaça ses deux filles en pension, mena une vie déréglée, acheta deux maisons, fit surélever l'une d'elles, exerça lui-même sur ses ouvriers une surveillance incessante, se fatigua outre mesure, commença à se livrer à des colères violentes, avec bris d'objets, et se plaignit enfin fréquemment de maux de tête et de bourdonnements d'oreilles. Il avait une activité véritablement pathologique et faisait de grands efforts d'imagination et de logique apparente pour soutenir des théories absurdes ou pour justifier des déterminations ridicules. Dans ces conditions, il alla prendre une année les eaux de Vichy, et, à peine de retour, il éprouva une congestion cérébrale apoplectiforme. On le trouva étendu sans connaissance à la porte de son appartement. Quelque temps après, il paraissait rétabli.

Deux ans et demi s'écoulent ensuite, et, le 9 mars 1875, M. J..., qui avait alors marié ses deux filles, a une deuxième attaque congestive. Il est observé, à cette époque, par MM. les docteurs Émile Allix et Bouchereau, qui signalent chez le malade un trouble intellectuel, l'altération de la mémoire, l'incohérence des idées, la sensiblerie, l'activité désordonnée, les alternatives d'excitation et de dépression, l'incapacité d'apprécier d'une manière complète la valeur de ses actions, l'hésitation de la parole, les désordres de la motilité, la nécessité d'un traitement approprié et l'obligation d'un placement dans un établissement spécial d'aliénés.

M. J... continue à vivre en liberté, et, le 30 août suivant, il consulte M. le docteur Daumas. Cet ophthalmologiste, indépendamment de tous les faits dont l'énumération précède, constate une paralysie du droit externe gauche, puis « une diminution de volume des vaisseaux et l'aspect blanc nacré de la papille du nerf optique, signe d'atrophie de ces nerfs ».

Sur ces entrefaites, M. J... se retire chez une ancienne actrice, qu'il n'avait rencontrée qu'une seule fois. Cette femme, qui se disait la parente d'un cardinal et qui affichait d'excessives prétentions à l'endroit de la médecine, arrive à le circonvenir au point de lui faire croire qu'il est sérieusement malade et qu'elle seule, à l'aide de l'électricité et de certains médicaments, parviendra à le rendre à la santé. Peu après, elle l'accapare complétement, ne le quitte plus un seul instant, et, à la fin même, le séquestre. Personne n'est plus admis auprès de lui. Sa famille commence à s'inquiéter et à redouter d'indignes manœuvres de spoliation.

Les gendres, tous deux avocats, me demandèrent un conseil, et il fut résolu que nous tenterions ensemble une visite au malade. Le 4 octobre 1875, nous nous présentâmes, en effet, chez Mme ***, à Belleville, propriétaire d'un vieil hôtel, entouré de murs très-élevés, presque fortifié, barricadé, muni de doubles portes, d'une loge de concierge entre les deux portes, d'un système de glaces réfléchissant l'image du visiteur, de tuyaux acoustiques, de judas, de cadenas, de verroux et d'un bon nombre de chiens de garde errants dans une cour immense et réservant aux inconnus l'accueil le moins encourageant. On pouvait se croire en plein moyen âge.

Mme *** parut très-intimidée, m'accabla de politesses, alla chercher M. J..., rentra bientôt avec lui, et, changeant aussitôt de physionomie, elle s'adressa sur un ton sévère au malade et lui dit: « Je vous défends de répondre aux questions de M. le docteur et de vous laisser examiner. Si vous êtes malade, je ferai venir vingt médecins de la Faculté, s'il le faut. J'ai fait des expériences à l'hôpital de la Charité sur moi-même et j'ai rendu des services à l'humanité. Nous verrons bien! » Je prévins alors Mme *** et M. J... que je n'imposais ni ma visite ni mes soins et qu'en face d'un refus aussi énergiquement motivé, l'honneur de ma profession exigeait que je me retirasse. Je me levai, pris congé d'eux avec la plus grande urbanité, et je partis, suivi des deux gendres.

Le parquet s'émut de cette étrange séquestration à domicile, et il donna l'ordre à M. Ausilloux, commissaire de police, de me conduire lui-même, assisté de son secrétaire, chez Mme ***, et de rester présent à l'examen médical que je devais faire de M. J... Tout se passa très-bien cette fois, et, au sortir du long interrogatoire que j'avais imposé au malade, le 3 novembre 1875, je déposai la pièce suivante :

« M. J... a dû éprouver depuis un an, peut-être depuis quinze ou dix-huit mois, une ou plusieurs congestions cérébrales apoplectiformes, car on retrouve encore aujourd'hui chez lui des traces non douteuses de faiblesse musculaire du côté gauche, de l'abaissement de la paupière supérieure gauche, du strabisme convergent de l'œil gauche, des bourdonnements d'oreille de ce même côté, et enfin du tremblement de la main gauche. Sa marche est pénible comme celle de l'hémiplégique incomplet, et on remarque que sa jambe gauche est traînante. Sa langue est agitée d'un petit tremblement; sa parole est encore assez nette.

« M. J... nie ces congestions, mais il n'hésite pas à reconnaître qu'il a eu de grands maux de tête; qu'il a été un certain temps sans dormir, qu'il a eu de l'embarras de la parole, et qu'il a manqué de solidité sur ses jambes. Il affirme d'autre part qu'il va très-bien maintenant, qu'il ne louchera plus dans un mois, grâce aux bains électriques que la dame *** va lui faire prendre, et qu'il sent déjà que ses forces se réparent. Il énumère ensuite toutes ses occupations au sujet de ses quatre-vingt-quinze locataires de Bercy, et rapporte avec emphase qu'il a collectionné depuis vingt ans toutes les factures acquittées de ses fournisseurs.

« M. J... a subi une certaine déchéance intellectuelle, à la suite de ses attaques congestives. Il est diminué, amoindri. Sa mémoire a souffert, mais sa volonté a particulièrement fléchi. Avec quelques apparences de calme, de lucidité, de raison, il est d'une confiance et d'une naïveté enfantines, dès qu'il parle de sa santé et des moyens merveilleux que la dame *** a découverts pour le guérir. Il est complétement sous le charme de celle qu'il appelle *son amie*. Dominé par l'hypochondrie et l'égoïsme, ne songeant plus aux siens, et absorbé surtout par les promesses d'un rétablissement qu'opéreront certainement les bains électriques, le malade se loue beaucoup de la vie nouvelle qui lui est faite, et ne semble pas se douter des manœuvres et des convoitises qui paraissent s'exercer autour de lui.

« En résumé :

« 1° M. J..., qui a été un maniaque raisonnant, est atteint aujourd'hui d'un affaiblissement intellectuel consécutif à des congestions cérébrales apoplectiformes. Il est menacé de nouveaux accidents ultérieurs, identiquement semblables à ceux qui se sont déjà produits.

« 2° Il a une lésion manifeste de la volonté et des sentiments affectifs, et une véritable diminution du sens moral. Aussi a-t-il besoin de grands ménagements, de soins médicaux éclairés et d'une assistance dévouée.

« 3° Dans l'intérêt du malade, de l'ordre public et de la sûreté des personnes, il y a lieu de placer M. J... dans un établissement spécial d'aliénés. »

Mis presque aussitôt en traitement dans une maison de santé, M. J... ne tarda pas à éprouver quelques congestions cérébrales légères, avec phases nauséeuses, vomissements, titubation, hémiplégie croisée passagère, libidinosité, crédulité enfantine, mais état voisin de la lucidité. Chaque fois, au bout de quelques jours, il se réparait assez bien et pouvait donner le change.

M. J... écrit au parquet et réclame sa sortie immédiate; Mme *** dépose à la préfecture de police une plainte en séquestration illégale et les gendres introduisent une demande en interdiction. Un substitut du procureur de la République est envoyé et est très-frappé de ce fait : c'est que M. J... a pu lui donner le nom de ses quatre-vingt-quinze locataires de Bercy, avec le prix du loyer de chacun d'eux. M. le professeur Béhier, envoyé d'urgence par le préfet de police, constate un *état apoplectique avec démence* et conclut en disant que M. J... « est une proie facile pour les escrocs et les intrigants ». Le tribunal civil de la Seine désigne M. Motet comme expert, puis, à la suite de démarches actives et de dénonciations nouvelles, il passe outre, n'attend pas le dépôt du rapport médico-légal et ordonne purement et simplement la mise immédiate en liberté de M. J...

En mars 1876, quinze jours après sa sortie de la maison de santé,

M. J... est frappé d'une congestion dans la rue, tombe devant l'établissement des sourds-muets et reçoit quelques soins dans une pharmacie où des passants l'ont transporté.

Au mois de mai, il gagne son procès en interdiction. Ses gendres sont condamnés aux dépens. Et, à ce propos, son avocat fait entendre des paroles tellement injurieuses contre tous les médecins qui ont vu, approché et traité M. J..., mais notamment contre M. Béhier, qui venait de mourir, et contre moi, que le président Guyard l'avertit sévèrement qu'il dépasse tous les droits de la critique et de la défense et qu'il n'hésitera pas à lui retirer la parole s'il continue sur ce ton.

Au mois de juin, M. J... épouse une amie de Mme ***. Au sortir de la mairie, il est pris d'une nouvelle attaque et on le porte sans connaissance dans la voiture nuptiale.

Le 20 novembre suivant, il a des convulsions épileptiformes et succombe en quelques heures.

Le 23 novembre, à huit heures du matin, à Belleville, je procède à l'autopsie de M. J..., avec l'aide d'un de mes élèves, M. Broquet, interne aujourd'hui à la maison de Charenton, et assisté de MM. Lasègue et G. Bergeron. M. Luys, convoqué, se fait excuser.

Voici quels sont les résultats de l'examen nécroscopique : les deux hémisphères sont sains, mais il n'en est pas de même de la protubérance. Celle-ci, en effet, présente du côté droit et près du sillon médian une plaque donnant la sensation d'un corps dur et ayant des adhérences étroites avec les méninges. Sous cette plaque se trouvent cinq petits foyers de ramollissement, qui semblent réunis par un tissu cartilagineux. Examinés à la loupe, les vaisseaux paraissent altérés.

Le 27 novembre, à la Société médico-psychologique, M. Lasègue a longuement rendu compte de cette autopsie et a dessiné à la craie, sur le tableau, les lésions pathologiques qui ont été rencontrées et qui rappellent si bien certaines altérations trouvées dans le cerveau de Sandon. Pour M. Lasègue, la lésion vasculaire, constatée dans une partie du cerveau, permet de conclure que les autres vaisseaux étaient également lésés. Ces perturbations dans la vascularisation amènent des troubles de nutrition dans tout l'appareil. Dans le cas de M. J... et dans les autres cas analogues, il faut admettre que la lésion locale, visible à l'œil nu, est une lésion maximum.

Cette observation fait ressortir la faute énorme commise par la justice, absolument comme l'exemple de Sandon avait projeté la lumière sur toutes les fausses manœuvres de l'administration.

Les médecins ont été unanimes pour apprécier l'état morbide de M. J. et le pronostic fâcheux qui devait effectivement se réaliser si vite, mais ils n'ont inspiré aucune confiance. MM. Alix, Bouchereau, Daumas, Luys, Béhier et moi, nous avons été soupçonnés d'incompétence, puisque l'impression favorable d'un jeune substitut et le respect outré de la liberté individuelle ont précipité la plus brusque décision judiciaire. Le tribunal, afin de se prémunir contre toute surprise, avait prudemment désigné un médecin expert ; mais il se ravise, ne veut rien écouter, et, au mépris de toutes les traditions, n'attend pas le rapport, juge *de plano* et ordonne la réintégration du malade dans la société.

Si M. J. n'a pas pu se conduire raisonnablement, s'il a contracté un scandaleux mariage et s'il a enlevé à ses deux filles une partie de la fortune qui devait légalement leur faire retour, à qui doit-on en imputer la faute ? En tout cas, ce n'est pas aux médecins.

Si le malade, s'appuyant sur des pièces médicales contradictoires, avait fait plaider l'intégrité de sa raison, on comprendrait que la justice eût hésité et qu'elle eût donné gain de cause à M. J. ; mais, dans l'espèce, l'avocat n'a pas pu produire un seul certificat favorable de n'importe quel médecin, et il s'est borné à déverser l'ironie, le blâme et l'injure sur tous les signataires des pièces scientifiques consignées au dossier. Et, chose étonnante, l'avocat a gagné sa cause !

Les médecins ont été prophètes, et, en somme, la victoire morale leur est restée. Ils avaient tout fait pour protéger les plus respectables intérêts, pour mettre à néant des projets inavouables et des tentatives odieuses, pour abriter en lieu sûr une intelligence à son déclin et une fortune convoitée, et ils n'ont réussi qu'à faire douter d'eux et à se laisser insulter à l'audience.

Passons condamnation. Nous sommes restés avec conviction sur le terrain de l'observation médicale, et la vérité clinique s'est produite au grand jour. Quelle plus belle récompense peut-on désirer ?

Celui qui cultive et sert la science avec amour et probité dédaigne les méprises de l'ignorance prétentieuse et les sarcasmes de l'ironie perfide. Bien qu'il ne soit pas destiné à remplacer la Providence, une seule chose est cependant capable de l'émouvoir : c'est que, malgré lui, de méchantes actions aient pu se commettre.

De l'exposé, des remarques et de l'argumentation qui précèdent, aussi bien que des faits cliniques qui viennent d'être rapportés ici, il est possible de déduire les conclusions suivantes :

1° Chez les fous raisonnants, indépendamment des symptômes intellectuels, il existe fréquemment des signes physiques tout à fait caractéristiques.

2° L'examen rétrospectif permet de reconnaître qu'il y a eu, dans un grand nombre de cas, certains troubles passagers de la raison, à l'époque de la puberté.

3° Les fous raisonnants présentent souvent des anomalies des organes génitaux et des perversions génésiaques de l'ordre le plus inattendu.

4° Les malades enfin peuvent être frappés, dans le cours de leur existence et n'importe à quel âge, d'accidents congestifs encéphaliques. Le caractère et la marche de ces congestions cérébrales n'avaient point été jusqu'à aujourd'hui mis suffisamment en lumière, mais la signification importante de ces phénomènes pathologiques spéciaux, surtout au point de vue des troubles concomitants et consécutifs de l'intelligence, ne pourra plus désormais être méconnue.

HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

De l'introduction des instruments lithotriteurs.

Lorsque le malade a été placé dans la position convenable pour l'opération, lorsque la vessie est aussi dans les conditions classiques, en un mot, lorsque toutes les précautions préliminaires sont remplies, le chirurgien s'occupe de l'introduction des instruments lithotriteurs.

On emploie le plus généralement le lithotriteur à bec plat, à cuiller, usité depuis Civiale ; cependant on a imaginé d'autres formes de bec qui peuvent être utilisées dans des cas spéciaux que nous examinerons dans la suite. Supposons que nous nous servons de l'instrument de moyenne force qui porte le numéro 2, et qui est employé dans la majorité des cas. Considérons d'abord la manière d'ouvrir l'instrument : la règle générale est qu'on doit tenir la branche femelle immobile tandis qu'on attire à soi la branche mâle, et qu'on la fait manœuvrer. Toutefois on peut avoir intérêt à faire une manœuvre inverse, en tenant immobile la branche mâle, et en imprimant les mouvements à la branche femelle. Il faut connaître les deux mécanismes et les exécuter avec habileté. La manière de fixer l'écrou doit aussi attirer l'attention : l'invention des écrous

brisés a simplifié les difficultés de la lithotritie. Nous employons maintenant le modèle d'écrou à bascule imaginé par MM. Robert et Collin, et qui permet d'ouvrir et de fermer l'instrument en pressant sur le bouton, dans toutes les positions, dans la position antérieure ou latérale comme dans la position postérieure, ce qui constitue un avantage sérieux; sans doute on peut être content aussi du bouton du système anglais, mais il me paraît un peu moins commode que le nôtre: et, en tous cas, une fois qu'on s'est habitué au mécanisme d'un instrument commode, il est sage de ne pas en changer.

Le *poids* de l'instrument est une des premières conditions à prendre en considération pour l'introduction du lithotriteur dans le canal de l'urèthre. Ayant entre les mains un instrument lourd, qui forme un levier puissant, le chirurgien ne doit pas oublier que les mouvements imprimés à l'extrémité deviennent très-considérables, et qu'il faut agir avec la plus grande douceur. La *longueur* du bras de levier sur lequel on agit explique suffisamment cette recommandation.

La *longueur du bec* de l'instrument rend aussi plus ou moins facile l'introduction du lithotriteur dans la vessie; nous verrons que parfois, avec un bec trop court, on ne peut franchir la prostate.

Les règles du cathétérisme s'appliquent évidemment à l'introduction des instruments lithotriteurs, mais la forme du levier oblige à les modifier en certains points.

Comme pour le cathétérisme, j'ai divisé depuis longtemps cette opération en trois temps correspondant au passage dans chacune des trois divisions anatomiques du canal de l'urèthre. La première partie comprend le passage de l'instrument depuis le méat jusqu'au bulbe; la deuxième partie, la traversée de la région bulbo-membraneuse; la troisième partie, le passage de la portion prostatique. Un quatrième temps consiste dans le dégagement de l'instrument dans la vessie.

Pour conduire l'instrument depuis l'orifice du méat jusqu'au bulbe, on n'éprouve généralement aucune difficulté. Celle qui pourrait se présenter tiendrait à un rétrécissement du canal; ce que le chirurgien n'aurait pu méconnaître dans les explorations antérieures.

Il n'en est plus de même pour traverser la région bulbo-membraneuse: quel que soit l'état du canal, on y rencontrera toujours des difficultés. Elles résultent de la largeur du canal dans ce point, largeur qui est d'autant plus accusée que les sujets sont plus âgés, et, comme on ne pratique guère la lithotritie que chez des personnes ayant atteint la cinquantaine, on est le plus souvent exposé à ces inconvénients sérieux. Les culs-de-sac du bulbe peuvent en effet, coiffer le bec de l'instrument, l'encapuchonner pour ainsi dire, et l'arrêter dans sa marche. Si l'on persiste, et qu'on abaisse le manche de l'instrument, on relève le bec et on blesse inévitablement la paroi inférieure du canal, sans pour cela parvenir à faire progresser l'instrument. C'est pour éviter cette complication, qui est très-fréquente, que j'ai recommandé une petite manœuvre spéciale, grâce à laquelle on pénètre aisément dans l'orifice sous-pubien. Elle repose sur ce principe de chirurgie générale que, lorsqu'on veut atteindre un point important, on ne va pas directement sur ce point, mais on cherche des points de repère, qui permettront d'y parvenir plus exactement: par exemple, pour la ligature d'une artère humérale, on ne la cherche pas directement, mais on découvre d'abord le bord interne du biceps. De même ici, je recommande de chercher d'abord un point de repère, et ce point de repère est précisément le cul-de-sac du bulbe.

La méthode ordinaire consiste, comme pour le cathétérisme, à tenir l'instrument parallèle au pli de l'aine, et à le ramener sur la ligne médiane au fur et à mesure qu'on avance: elle réussit très-bien pour le cathétérisme: mais il n'en est plus de même pour les lithotriteurs. Je conseille donc de chercher à engager l'instrument dans le cul-de-sac du bulbe, et, pour n'y pas rester arrêté, de le déplisser grâce à la courbure du bec de l'instrument. Pour cela, j'introduis l'instrument dans une direction transversale, perpendiculaire à l'axe de la cuisse, environ à quatre travers de doigt au-dessous du pli de l'aine. Il arrive donc directement dans le cul-de-sac, qu'il sous-tend, et par conséquent qu'il supprime. C'est alors qu'il faut chercher l'orifice sous-pubien du canal uréthral: la plupart du temps, il suffit, en décrivant un quart de cercle avec le lithrotriteur pour le redresser, de le laisser absolument libre, de le laisser « s'orienter lui-même ». Après cette manœuvre, en effet, on sent qu'il se dégage sous le pubis, qu'il ne « demande qu'à avancer » pour ainsi dire. On doit toujours, mais à ce moment surtout, suivre l'instrument, et non le précéder ni le forcer à s'engager. La main droite doit à peine maintenir le lithotriteur, mais elle ne doit pas le pousser en avant.

Pendant tout le temps de l'introduction de l'instrument dans le canal uréthral, la main droite doit rester passive et suivre l'instrument. — Parfois il est nécessaire de conduire l'instrument, alors on se servira de la main gauche. Le bec du lithotriteur regardant la cuisse droite, il reste à ramener l'armature sur la ligne médiane, et la coucher sur le ventre du patient: pour réussir cette manœuvre, et, pour décrire le quart de cercle, il faut agir avec la plus extrême douceur, en ayant soin de tendre la verge de la main gauche, en l'allongeant sur l'instrument. D'autres fois, il arrive que l'instrument veut aller, le bec restant tourné du côté du périnée; il faut alors ne pas lui faire prendre, de force, une autre direction, et le laisser aller: le cul-de-sac du bulbe n'en sera que mieux distendu, et on tournera ensuite à droite ou à gauche dans l'orifice sous-pubien.

Vous voyez que je recommande ici une sorte de *tour de maître*, comme le pratiquaient nos anciens maîtres: mais l'antique tour de maître se faisait d'une façon empirique et sans qu'on se rendît compte de ce qu'on produisait. C'était, on ne s'en doutait guère, une manière de tendre le cul-de-sac du bulbe: la petite manœuvre que je vous indique a plus scientifiquement sa raison d'être, parce qu'elle a sa théorie, et parce qu'elle repose sur des considérations anatomiques indiscutables.

Dès que l'instrument est engagé sous le pubis, il commence à traverser la prostate. On a cru souvent que l'on était arrêté par la prostate, alors qu'on n'était pas encore engagé dans la prostate, mais qu'on était simplement égaré dans le cul-de-sac du bulbe: dans la majorité des cas, en effet, la difficulté vient de ce point, et non pas de la prostate. A ce moment de l'opération, on a beaucoup recommandé d'abaisser le manche de l'instrument: sans doute cette manœuvre est utile et efficace dans beaucoup de cas; mais, d'une manière générale, il ne faut pas se croire obligé à cette règle inflexible: on sentira son instrument suivre sa marche spontanée, on se contentera de favoriser son mouvement de descente, non pas d'une manière indifférente, mais en abaissant la verge plutôt que l'instrument. C'est donc encore la main gauche qui exécute ce petit détail du manuel opératoire. Il est souvent utile aussi de déprimer avec les doigts les parties molles au-devant du pubis, au niveau du ligament suspenseur, de façon à mettre la région dans le relâchement. On imprimera en même temps des mouvements de latéralité à l'instrument: mais, quelle que soit la difficulté, on ne doit jamais le pousser directement.

Le passage de la prostate est difficile à cause de deux conditions principales: la présence du lobe moyen d'une part, et, d'autre part, l'élongation de la prostate elle-même. Dans la très-grande majorité des cas, en effet, l'hypertrophie de la prostate est totale: elle porte sur les trois lobes. Le diamètre longitudinal est donc allongé, en même temps que le lobe moyen hypertrophié constitue une barrière transversale à l'entrée de la vessie, d'où les deux difficultés se rencontrent simultanément. On peut les éviter souvent en abaissant le manche de l'instrument, par un mouvement graduel qui le conduit plus ou moins près du plan du lit, sans propulsion en avant, mais sans abandonner les mouvements de latéralité. Si l'on n'arrive pas à se dégager par cette précaution, on pourra ramener l'instrument sous le pubis en le relevant et le laissant à lui-même, mais en tenant la verge dans une direction oblique; le lithotriteur se dégage souvent lui-même dans cette situation. On l'y aide encore en introduisant le doigt dans le rectum, et, lorsque l'instrument est bien dégagé de tout repli qui l'immobiliserait, on appuie le doigt sur le bec du lithotriteur, tout en aidant la propulsion par les

mouvements de latéralité. Ces derniers mouvements sont d'une grande utilité, parce que, dans le cas d'hypertrophie du lobe moyen, il se forme, de chaque côté de ce lobe, deux petites rigoles latérales, et c'est par ces rigoles que doit passer la sonde, lorsqu'elle ne peut franchir la saillie médiane due à l'hypertrophie.

Au lieu de recourir aux diverses manœuvres que je viens de signaler, on peut tourner la difficulté par un autre moyen, par une modification instrumentale. On y est autorisé et souvent obligé lorsque la prostate présente des difficultés sérieuses, en raison de son hypertrophie. Il faut alors employer un lithotriteur à *bec plus long*, car, ce qui empêche l'instrument de passer, c'est son enclavement complet dans la prostate. Un bec plus long, seulement d'un centimètre, permettra d'atteindre l'orifice vésical. Sans doute on peut passer avec un bec très-court, quoique cette disposition déplisse moins exactement le cul-de-sac du bulbe, mais un lithotriteur à bec plus long sera plus favorable.

Le dégagement de l'instrument dans la vessie se fait pour ainsi dire à notre insu : il est la conséquence naturelle de la manœuvre précédente, et ne nécessite aucun *modus faciendi* spécial. Il est alors indispensable de savoir reconnaître qu'on est arrivé dans la vessie, car on a bien des fois ouvert l'instrument dans la région prostatique, sans l'avoir engagé dans la cavité vésicale. Si l'instrument devient absolument libre, si l'on peut le mouvoir facilement dans tous les sens, si l'on a cette sensation spéciale de liberté absolue au bout de l'instrument, si l'on ne sent plus rien que le vide pour ainsi dire, on peut être assuré que le lithotriteur est bien dans la vessie. On doit, à ce moment, ressentir la même sensation que celle qu'on éprouve lorsque l'on y passe une sonde ou une bougie.

Le mot de « résistance vaincue » exprime encore à peu près cette sensation difficile à décrire : toutefois je ne l'emploie pas, à dessein, parce que je voudrais bien vous mettre en garde contre toute tentative de force qu'implique ce mot de résistance vaincue : on ne doit pas vaincre de résistance, on doit arriver dans la vessie par une manœuvre naturelle, spontanée, en suivant son instrument.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 15 janvier au 31 mars 1878, par M. le Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL.
1er	6	13	8	24
2e	7	11	5	23
3e	22	34	8	64
4e	16	22	9	47
5e	15	26	8	49
6e	12	14	3	29
7e	9	15	6	30
8e	7	10	0	17
9e	8	15	5	28
10e	18	31	7	56
11e	19	38	25	82
12e	20	18	14	52
13e	7	10	8	25
14e	25	32	7	64
15e	19	26	7	48
16e	9	6	0	15
17e	22	34	11	67
18e	22	40	15	77
19e	13	17	6	36
20e	12	34	22	68
	284	446	171	901

La moyenne des visites par nuit a été de 12.

MALADIES OBSERVÉES.

A.

Congestions et apoplexies cérébrales	53
Angine	86
Croup	41
Coqueluche	2

B.

Asthme	25
Affections du cœur	32
Bronchite	39
Pleuro-pneumonie	52
Congestion pulmonaire	18

C.

Troubles gastro-intestinaux	75
Diarrhée cholériforme des enfants	10
Coliques hépatiques, néphrétiques et saturnines	32
Hernie étranglée	10
Rétention d'urine	11

D.

Métro-péritonite	39
Métrorrhagie	28
Fausse couche	36
Accouchement. Délivrance	50

E.

Convulsions	61
Delirium tremens	5
Épilepsie	10
Névralgies	16
Névroses	41
Aliénation mentale	3

F.

Rhumatisme articulaire aigu	5
Hémorrhagies	48
Affections éruptives	17

G.

Brûlures	4
Corps étranger dans le larynx	1
Plaies et contusions	22
Fractures, luxations, entorses	13
Suicide	2
Intoxication	8
Asphyxie	2
Mort avant l'arrivée du médecin	4

Les hommes entrent dans la proportion de 31 pour 100.
Les femmes — 50 —
Les enfants — 19 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur E. Vidal a commencé ses leçons à l'hôpital Saint-Louis le lundi 29 avril, et il les continuera les lundi et vendredi suivants.

Le lundi, à neuf heures, visite des malades; à dix heures, leçon sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des affections cutanées.

Le vendredi, à neuf heures, visite et leçon clinique.

— M. le docteur Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, le jeudi 2 mai 1878 à huit heures et demie du matin et les continuera les jeudis suivants (salles Henri IV et Saint-Louis).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur la goutte saturnine, par le docteur Martial DURAND. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la trachéotomie par le thermo-cautère, par le docteur POINSOT. In-8°. — Prix : 2 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des éruptions septicémiques, par le docteur AULAS. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Quelques considérations sur le traitement de la phthisie pulmonaire par la créosote vraie, par le docteur HUGUES. In-8°, 1878. — Prix : 1 fr. 50. Paris, Al. Coccoz.

Du traitement de l'anémie par les eaux thermo-minérales de Royat, par le docteur PUY LE BLANC. In-8°, 1878. — Prix : 50 centimes. Paris, Al. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris, — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 51. — JEUDI 2 MAI 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 2 MAI 1878. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 5,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a bientôt deux ans que nous faisions connaître les premières observations de M. Peter et d'un de ses élèves sur la thermométrie pleurale, d'où ressortait déjà ce fait intéressant que la température prise dans les espaces intercostaux est toujours plus élevée du côté malade que du côté sain. Dans une communication orale faite hier à l'Académie, M. Peter a exposé l'ensemble des résultats qu'il a constatés en poursuivant ces recherches. Il a montré les fluctuations que suit la température, s'élevant à mesure que l'épanchement augmente, restant stationnaire lorsque le travail d'exsudation cesse, s'abaissant à mesure que l'épanchement se résorbe. Les faits les plus intéressants de ces recherches sont ceux qui se rattachent à la ponction de la poitrine. Ils l'ont conduit à formuler cette loi que l'hyperthermie locale à la suite de la ponction est la conséquence de l'hyperémie *o vacuo*, qui s'ajoute à l'hyperémie phlegmasique antérieure contre laquelle cette opération a été sans action curative. D'où deux causes d'hyperémie au lieu d'une, d'où une augmentation de tension dans les vaisseaux de la plèvre encore enflammée, nouvelle exsudation de liquide plus riche en leucocytes et en hématies, d'où la transformation purulente et les divers accidents de syncope, de congestion pulmonaire, d'expectoration albumineuse qui suivent souvent les trop brusques déplétions de la poitrine.

La connaissance de ces faits est de nature à faire réfléchir sur les effets, un peu moins inoffensif qu'on ne l'a cru peut-être des thoracocentèses répétées, et à modérer l'ardeur des partisans de la ponction quand même et toujours.

M. Pasteur est monté ensuite à la tribune pour donner lecture, en son nom et au nom de MM. Joubert et Chamberland ses collaborateurs, d'un nouveau travail sur la théorie des germes et son application à la médecine et à la chirurgie. On en trouvera le résumé dans le compte-rendu de la séance.

Avant ces deux communications, M. Théophile Roussel, qui était absent lors de la lecture du rapport de M. Gubler sur la pellagre, a tenu à faire ses réserves, en attendant que la discussion s'engage sur ce sujet, et à rappeler le travail dans lequel il a établi, contrairement aux opinions exprimées par MM. Depaul et Hardy, l'unité nosologique et étiologique de cette affection. Les documents importants contenus dans l'ouvrage de M. Roussel, couronné en 1864 par l'Académie des sciences, devront naturellement avoir un grand poids dans la discussion.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Les ténias dans l'enfance et le traitement des ténias par l'emploi des vermicides ou des vermivores.

Nous avons au n° 27 une jeune fille de quatorze ans, qui a des attaques convulsives épileptiformes et dont les excréments renferment des œufs de ténia mediocanellata ou inerme.

Comme ces convulsions dépendent du ténia qui se trouve dans les intestins et que ce fait est assez fréquent chez les enfants, je vais vous parler aujourd'hui des ténias, de leur origine, de leur structure, de leurs différences d'après leur espèce, et des moyens de s'en débarrasser.

Il y a trois espèces de ténias chez les enfants. Aucune ne résulte de génération spontanée. Cette opinion a fait son temps. Toutes proviennent de germes venus du dehors et introduits dans l'organisme par l'alimentation.

Il y a les ténias du *porc*, les ténias du *poisson* et les ténias du *bœuf*.

Ceux du porc résultent de la viande de porc ladre ou atteint de *ladrerie* et que l'on mange crue ou peu cuite.

Ceux du poisson viennent de la ferrade et de la truite du lac de Genève, qui ont très-souvent le ténia. Celui-ci ne s'observe presque qu'en Suisse.

Enfin il y a le ténia qui vient du bœuf ladre d'Algérie, qui s'est introduit en France et qui a infesté nos troupeaux.

Ce sont les germes de ces ténias ou ceux des cysticerques et des échinocoques d'où ils viennent eux-mêmes, qui, introduits dans le corps avec les aliments, se développent quand les circonstances sont favorables et qui produisent les ténias.

Les échinocoques, les cysticerques et les ténias armés ne sont en effet que le même être, à un degré de développement différent, selon le milieu où se trouve placé le germe primitif. Dans les viscères et dans le tissu cellulaire, le germe fait l'échinocoque ; dans les muscles et le cerveau, il fait le cysti-

cerque et dans les intestins il engendre le ténia. C'est le même être par la tête, garnie de crochets, et dont la partie inférieure du corps s'allonge un peu dans le cysticerque et beaucoup dans le ténia.

En est-il de même pour le ténia non armé qui nous vient du bœuf et a-t-il pour origine un cysticerque non armé, inerme? C'est probable, mais ce n'est pas démontré, car on ne connaît pas bien encore ce cysticerque du bœuf.

Quoi qu'il en soit, les enfants peuvent avoir trois espèces de ténias.

Le *ténia solium*, ou *ténia armé*. Il vient de la viande de porc ladre. C'est le ténia à crochets sur la tête.

Le ténia *mediocanellata* de Küchenmeister, appelé *inerme* par Moquin-Tandon et par Laboulbène. C'est le *ténia à ventouses sur la tête.*

Enfin le *ténia bothriocéphale* qui vient du poisson, et qui est très-rare en France. C'est le ténia à petites fosses sur la tête.

Le second de ces ténias est le plus fréquent de tous. On le connaissait à peine il y a vingt ans. Aujourd'hui on ne rencontre presque plus que lui. Cela dépend de l'usage des viandes de bœuf saignantes, peu cuites, ou de la viande crue pilée que l'on donne aux enfants dans les diarrhées qui suivent le sevrage.

Mais faut-il proscrire la viande crue, comme l'ont conseillé à tort quelques médecins? Assurément non! Il faut choisir les animaux destinés à la consommation, n'acheter que des viandes de premier choix, et demander à la police de faire des inspections qui interdisent la vente du bœuf ladre comme elle défend la vente du porc ladre et de toutes les denrées alimentaires avariées. C'est là une affaire de police. Mais défendre la médication par la viande crue parce que la viande est mauvaise, c'est comme si l'on voulait proscrire de la médecine toutes les substances qui par hasard peuvent être avariées et qui, ce jour-là, peuvent avoir plus d'inconvénients que d'avantages.

Ce n'est pas la viande crue qui produit le ténia, c'est la viande crue garnie de cysticerques. Eh bien, quand on voudra prescrire cette médication, il n'y aura qu'à faire choisir de la viande de première qualité, ce qui est facile.


(Fig. 1.)
Tête du ténia armé.

Quand l'animal est rendu dans son entier, on en reconnaît l'espèce par la tête ou par les anneaux. Ainsi :

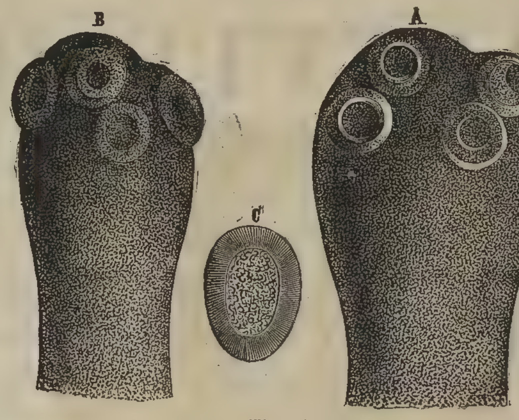
La *tête* du *solium*, ronde, grosse comme une petite tête d'épingle, présente quatre ventouses rondes ou suçoirs, et une ouverture centrale entourée d'une couronne de crochets au nombre de 18 à 26. (Fig. 1.)

La *tête* de *l'inerme*, un peu plus grosse, présente seulement quatre ventouses et autour de la bouche centrale pas de crochets. (Fig. 2.)

La *tête* du *bothriocéphale*, ou tête à petites fosses, est ovoïde allongée, garnie de plusieurs petites fosses longitudinales et sans crochets autour de la bouche garnie de cysticerques. (Fig. 3.)

Si, au contraire, on n'a que des fragments de l'animal, il est assez difficile d'en reconnaître l'espèce. Toutefois, si le fragment a une certaine longueur, cela devient très-facile. Ainsi :

Le corps du ténia solium est composé d'anneaux plus étroits que ceux de l'inerme et du bothriocéphale, mais ce caractère serait insuffisant. Il en est un autre plus certain, tiré de la position des ouvertures génitales. — Dans le ténia solium les ouvertures génitales sont placées sur le bord du



(Fig. 2.)
A. B. Têtes de ténia inerme. — C. Œuf du ténia inerme.

plat de l'helminthe et toutes du même côté. — Dans le ténia inerme, les ouvertures génitales, également situées sur le bord des anneaux ou cucurbitins, sont alternes. L'une est à droite, et l'autre à gauche, d'une façon régulière, ou bien il y en a plusieurs de suite à droite et plusieurs de suite à gauche; mais cette irrégularité ne détruit pas le fait de l'alternance, qui est considérable. — Dans le ténia bothriocéphale, enfin, les ouvertures génitales sont sur le plat et au milieu des anneaux. (Voyez la fig. 4, que j'ai dessinée et fait graver, n° 1, n° 2 et n° 3.)


(Fig. 3.)
Tête de ténia bothriocéphale.

Maintenant, si les enfants ne rendent pas de fragments d'helminthe, et que l'on suppose son existence sans en avoir de preuves, il est pour le médecin un moyen assuré de faire le diagnostic. Ce moyen, que l'on doit à Davaine, est l'examen des matières stercorales au microscope.

Qu'un chasseur se promène dans un bois et sur le gazon, à la vue de certaines formes d'excréments, il sait qu'il y a dans les broussailles du lapin, du lièvre et du chevreuil.

De même fait le médecin, lorsqu'il examine au microscope les excréments d'un malade atteint d'une maladie supposée vermineuse. S'il trouve, et cela est facile, des œufs de lombrics, de trichocéphales, de ténias, il peut affirmer l'existence de vers dans l'intestin. De plus, s'il s'agit d'un ténia, d'après la forme des œufs, le médecin sait si l'enfant a un solium, un inerme, ou un bothriocéphale.

Si c'est un solium, il y a des œufs arrondis, à double contour lisse, et au centre se trouve le vitellus granuleux.

Si c'est un inerme, les œufs sont également ronds, à double contour, plus petits et remplis d'un vitellus granuleux.

Si c'est un bothriocéphale, les œufs sont plus gros, à double contour, très-clairs, avec peu de granulations vitellines et une sorte d'opercule à l'extrémité.

Seulement les trois espèces de ténias ne pondent pas également dans l'intestin.

Le bothriocéphale y pond beaucoup et l'on trouve très-facilement les vers dans les matières stercorales. Le solium et l'inerme n'y pondent pas, dit Laboulbène, et il faut alors que des cucurbitins s'altèrent pour vider le contenu ovarique dans les fèces. Cependant j'ai trouvé des œufs de solium et d'inerme dans les matières de personnes qui rendaient des fragments de ténia, et je conserve ces matières dans mon laboratoire.

Toutefois cette recherche est difficile, et c'est un point qui exige de nouvelles études.

D'après ce que j'ai vu, et mes recherches, très-nombreuses, sont faites avec grand soin, il y a des cas où le malade rendant des cucurbitins ne présente pas d'œufs dans les matières stercorales. Cela confirmerait l'opinion de Laboulbène. Mais



(Fig. 4.)
1. Corps du ténia solium avec ouvertures génitales latérales.
2. Corps du ténia bothriocéphale avec ouvertures au milieu des anneaux.
3. Corps du ténia médiocanellata ou inerme avec alternance des ouvertures génitales.

dans d'autres cas, en même temps que sortent des cucurbitins, il sort des matières où l'on trouve des œufs absolument semblables à ceux que l'on fait sortir du fragment du ténia.

Vous avez là sous ces microscopes deux préparations, l'une offrant les œufs tirés du cucurbitin, et l'autre les œufs découverts dans les excréments, et, comme vous avez pu le voir, la configuration est identique.

Quelle est l'origine de ces œufs? Y a-t-il eu ponte dans l'intestin? Sont-ils sortis à la suite de la décomposition du cucurbitin? Cela est difficile à dire. Je n'ose rien affirmer à cet égard, et je me contente de savoir qu'on peut trouver des œufs d'inerme dans ces matières.

Maintenant, voyez les autres pièces que je vous présente; elles sont faites ce matin sur des inermes rendus il y a deux jours. Vous y verrez la tête, les organes génitaux et les œufs de l'helminthe. On peut constater tout ce que je viens de décrire.

Sur deux de ces pièces, il y a les deux têtes transparentes avec leurs quatre ventouses.

Sur les autres, il y a des anneaux ou cucurbitins rendus transparents par la potasse et offrant l'ovaire et l'organe génital mâle. C'est ce que Moquin-Tandon appelait des *zoonites*, parce que l'être est complet avec ses organes génitaux mâles et femelles.

Les ténias ne donnent souvent aucun signe de leur présence. Ils ne font pas souffrir, ne rendent point malade, et plus d'une personne garde un ténia dans les intestins sans s'en douter.

Ailleurs, les enfants ne s'aperçoivent qu'ils ont le ténia que parce qu'ils en rendent des fragments en allant à la garde-robe ou même dans l'intervalle des évacuations. Ils rejettent des cucurbitins vivants et contractiles avec leurs excréments, ou bien ces zoonites sortent de l'anus et s'agitent par terre ou dans le vase qui les contient. Parfois il en sort des fragments de 8 ou 10 centimètres. Cela est plus rare.

Quand les ténias font souffrir les enfants qui les portent, ils provoquent des *accidents locaux* et des *accidents généraux ou réflexes.*

Parmi les *accidents locaux* vous rencontrerez: les coliques générales; les douleurs de ventre localisées autour du nombril; la gastralgie et quelquefois la gastrorrhée ou des vomissements; la boulimie; la diarrhée; les hémorrhagies intestinales ou l'hématémèse. Mais tous ces symptômes sont très-rares et, comme je l'ai dit, peuvent ne pas exister.

Les *accidents réflexes* sont très-nombreux, et portent sur l'intelligence, la sensibilité et le mouvement. Je les ai indiqués avec soin dans la *septième édition de mon traité des maladies de l'enfance.*

On signale le prurit du nez, ce qui n'est pas exact, car tous les enfants se frottent le nez. D'autres citent la mydriase, le hoquet, l'insomnie, le délire et la folie, la contracture, l'anesthésie, et les convulsions épileptiformes ou hystériques.

Ce que j'ai vu très-souvent, ce sont les convulsions épileptiformes prises pour de l'épilepsie. J'en pourrais citer de nombreux exemples. Legendre en a publié plusieurs, et tout le monde en a observé de pareils. Dans ces cas, la guérison s'obtient par l'emploi des vermifuges, des vermicides, des vermivores et par l'expulsion du ténia.

Tous ces phénomènes sont possibles et vrais selon les malades. Ils résultent de l'action réflexe exercée par le grand sympathique de l'abdomen sur les centres nerveux, et, bien qu'il n'y ait pas de douleur appréciable pour les malades, l'action n'en est pas moins certaine. Le fait de l'expulsion du ténia le prouve, puisque, une fois le malade débarrassé, les accidents nerveux cessent de se produire.

Maintenant, comment débarrasser les enfants du ténia? Quelles sont les indications à remplir? C'est par là que je vais terminer.

Première indication. — Expulser le ténia. — Parmi les nombreux médicaments employés dans ce but, et qu'on désigne sous les noms de *vermifuges* ou *vermicides*, il y en a quatre qui méritent d'être cités en première ligne, ce sont: les *semences de citrouille;* l'*écorce de racine de grenadier;* le *kousso* et l'*huile éthérée de fougère mâle.*

Les semences de citrouille donnent souvent un bon résultat. Je les ai employées plus d'une fois avec succès lors même que les autres médications n'avaient pas réussi. Elles ont cet avantage pour les enfants d'être plus faciles à avaler que tout autre médicament.

La veille de l'emploi, il faut mettre les enfants à la diète, le soir et le matin on donne 40 à 60 grammes de semences de citrouille pilées avec du sucre ou en émulsion. Puis, au bout de deux heures, il faut donner de 15 à 20 grammes d'huile de ricin.

Les semences de citrouille sont douces au goût, et sont revêtues d'une pellicule verdâtre qui renferme, dit-on, un produit résineux capable d'agir sur le ténia. En outre de cette dose, on peut donner aux enfants des semences à manger dans la journée comme on mange des amandes douces, et, pour faciliter leur administration, on peut d'avance préparer ces semences en les enveloppant de sucre fondu qu'on laisse sécher.

L'*écorce de racine de grenadier* se donne chez les enfants à la dose de 30 à 40 grammes. Mais, en raison de l'amertume du

remède, l'usage en est difficile. On fait bouillir cette écorce, fraîche ou sèche, à volonté, dans un litre d'eau, qu'on laisse réduire de moitié, et, après avoir aromatisé cette décotion avec l'essence de menthe ou d'anis, on fait boire en deux ou trois fois. Si l'enfant éprouve un léger tortillement dans le ventre, on lui donne 15 grammes d'huile de ricin.

Le *kousso*, qu'il faut prendre de très-bonne qualité, se donne aux enfants à la dose de 10 à 15 grammes dans de l'eau sucrée aromatisée avec de l'anis ou de la menthe. Puis, deux heures après, on donne de l'huile de ricin.

L'*huile éthérée de fougère mâle*, très en faveur en Suisse, où elle est d'un usage banal, est un très-bon remède à employer. Seulement, il faut qu'elle soit fraîchement préparée et très-bien faite. On la donne dans une émulsion aromatisée, à la dose de 6 à 8 grammes, ou en capsules gélatineuses contenant 25 centigrammes d'huile. Dans le premier cas, la potion se donne en deux ou trois fois à dix minutes d'intervalle, et, dans le second, on donne deux capsules toutes les dix minutes, jusqu'à ingestion complète du nombre prescrit.

Tels sont les principaux et les meilleurs médicaments à prescrire contre les ténias. Mais il y en a beaucoup d'autres que je crois inutile de mentionner ici. Si la substance aidée de l'huile de ricin agit comme on le désire, les enfants rendent le ver en bloc avec ou sans excréments, ou bien ils rendent le ver en presque-totalité sous forme d'un gros paquet, et la partie supérieure avec la tête reste dans l'anus. Il faut alors éviter de tirer sur le ver, car on pourrait le casser, et la tête, restant dans l'intérieur, reformerait avec le temps un nouveau corps. On doit attendre, laisser le ver en grande partie dehors dans le vase de nuit, et, au bout de quelques instants, la tête lache prise et tombe à son tour.

Ces précautions sont indispensables à connaître pour arriver à un bon résultat, et, avec elles, l'expulsion complète des ténias se réalise assez facilement.

Seconde indication. — Déterminer la digestion artificielle du ténia dans l'intestin par l'emploi des vermivores. — Lorsque, par une cause ou par une autre, les enfants ne rendent pas le ténia sous l'influence des vermifuges, alors qu'il y a des œufs dans les excréments, il faut employer les *vermivores* ou *helminthophages*. — Je me suis assuré, par de nombreuses expériences, que des ascarides et des fragments de ténia, mis dans une solution de 20 grammes de pepsine amylacée pour 120 grammes d'eau alcoolisée, se digéraient à froid ou à 40 degrés de chaleur, en moins d'une demi-journée. — Il y a donc dans la pepsine, si elle est pure, un moyen de digestion artificielle des vers intestinaux qui n'a pas encore été signalé et qui est comparable aux digestions artificielles de viande que l'on obtient à l'aide de cette substance. J'ai pensé que cette propriété pouvait être utilisée dans le traitement des affections vermineuses, et, bien des fois, à l'hôpital ou en ville, j'ai employé la pepsine comme *agent vermivore*. Je la donne alors à la dose de 5 à 8 grammes, en poudre, en électuaire ou dans du petit-lait sucré.

Troisième indication. — Guérir les accidents réflexes des ténias. — S'il y a de l'amaurose, des contractures, des crises nerveuses convulsives ou quelque autre névrose, il faut donner des bains de valériane, du valérianate d'ammoniaque, de la teinture de musc à haute dose (2 à 4 grammes), de la liqueur d'Hoffmann (2 à 3 grammes), du bromure de sodium ou de potassium (2 à 8 grammes par jour), des pilules de Méglin (6 à 8 par jour), employer les douches d'éther pulvérisé le long du rachis, et parfois appliquer sur la peau des plaques aimantées ou des chaînes galvaniques qui donnent d'excellents résultats. Ces moyens sont indispensables, car, même après la disparition du ténia, les accidents peuvent persister pendant assez longtemps.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Reliquet.

Leçon sur les hémorrhagies des voies urinaires (1).

II

Il y a un an, j'ai donné des soins à un garçon de bureau, âgé de 40 ans, qui, sous l'influence de la marche ou de secousses imprimées à son individu, rendait depuis longtemps des urines sanguinolentes, sans caillots.

Il me fait appeler parce qu'il éprouve de la difficulté à uriner. Je constate un rein droit gros comme la tête d'un fœtus, bosselé, très-mobile, se déplaçant sous l'influence de la pesanteur dans les différentes positions que prend le sujet. Là encore je suis obligé d'introduire la sonde évacuatrice, les mouvements latéraux du bec de la sonde et les injections d'eau suffisent pour morceler et évacuer les caillots mous qui remplissent la cavité vésicale. Je mets une sonde à demeure dont le fonctionnement est bien surveillé. Je maintiens le malade couché sur le dos dans l'immobilité absolue et je le mets au régime lacté. A partir du moment où les efforts de miction ont été supprimés, le sang s'est arrêté peu à peu et le cinquième jour je pouvais retirer la sonde. Je donnai au malade de l'eau de Léchelle par cuillerée à bouche toutes les heures, et je rendais faciles et sans efforts les garde-robes au moyen de grands lavements d'eau tiède matin et soir.

Certainement ici, en raison de l'affection rénale, qui me paraît être cancéreuse, la présence des caillots dans la vessie et les efforts répétés d'expulsion qu'ils provoquaient auraient pu amener une hémorrhagie abondante des plus graves, si je n'avais pas vidé la vessie et mis la sonde à demeure pour supprimer tous les efforts.

J'ai vu ce malade dernièrement: de temps en temps son urine est sanguinolente, mais les caillots évacués facilement ne provoquant pas d'efforts d'expulsion, les hémorrhagies s'arrêtent par le repos absolu.

On comprend très-bien que la cessation des efforts d'expulsion et le repos pourront très-bien, à un moment donné, être insuffisants pour arrêter l'hémorrhagie dans ce cas. Mais certainement, si l'hémorrhagie n'est pas arrêtée ici par cette cessation des efforts, avant d'employer les hémostatiques généraux pouvant agir sur les vaisseaux qui donnent du sang, il faudra forcément commencer par vider la vessie des caillots, et mettre la sonde à demeure pour supprimer tous les efforts d'expulsion, car, ces efforts existant, les hémostatiques généraux donnés seraient sûrement sans action.

Dans les cas d'hémorrhagie provenant de la paroi vésicale ou du pourtour de son col, les caillots qui s'accumulent dans la vessie agissent encore comme corps étrangers, et provoquent des efforts fréquents d'expulsion avec contraction de la paroi vésicale. Dans ces cas, deux causes, au lieu d'une, provoquent la continuité de l'hémorrhagie :

1° L'effort général, qui congestionne la paroi vésicale ou le pourtour du col;

2° La contraction propre de la paroi vésicale qui, agissant sur

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 avril.

la tunique muqueuse, en exprime le sang comme d'une éponge, au niveau des lésions vasculaires.

Ces hémorrhagies vésicales s'observent dans les cas d'altérations organiques de la paroi, comme les cancers, dont nous avons déjà parlé, les villosités, les ulcérations des parois dues à un corps étranger solide.

Mais les faits que j'ai le mieux étudiés sont ceux dans lesquels l'hémorrhagie survient après une rétention d'urine complète, soit immédiatement, et alors on doit craindre la cystite parenchymateuse consécutive aux foyers apoplectiques dans la paroi vésicale, dont le mécanisme a été bien décrit par Civiale ; soit quelques jours après, lorsque la prostate irritée provoque des contractions répétées et énergiques de la vessie, les mictions étant fréquentes.

J'ai eu à soigner en 1872 un malade, âgé de soixante ans ; il avait des envies d'uriner fréquentes depuis longtemps, était sujet aux hémorrhoïdes qui fluaient facilement, était souvent constipé. Homme de bureau, il marchait fort peu, travaillant beaucoup. Brusquement, étant en chemin de fer, il fut pris de rétention d'urine, s'arrêta à la première station où un confrère le sonda, mais pas sans avoir de sang en raison de la congestion énorme de la prostate avec bourrelets hémorrhoïdaux du rectum qui existaient encore vingt-quatre heures après la cessation de la rétention complète, lorsque je vis le malade au moment de son arrivée à Paris avec M. le docteur Bonenfant. Cependant la congestion avait diminué, puisque je passais facilement une sonde coudée en gomme n° 20, pour vider la vessie. Le passage de la sonde provoqua l'écoulement d'un peu de sang quand elle fut retirée; mais le liquide, qui est sorti de la vessie par la sonde, ne contenait pas de sang. Il fut convenu que le malade serait sondé toutes les fois qu'il en aurait besoin. Lorsque la vessie se vidait, il y avait une impression de chatouillement, presque d'élancement allant de l'anus à l'extrémité de la verge, le tout accompagné de la sensation d'envie d'uriner. La vessie étant vide, après chaque cathétérisme on injectait très-doucement de l'eau tiède jusqu'à ce que ces sensations pénibles aient disparu. Tous ces soins furent exécutés ponctuellement par M. le Dr Bonenfant. Le malade était sondé toutes les quatre heures.

Nous nous empressâmes de débarrasser l'intestin par un purgatif salin suivi de boissons abondantes, et le malade prit matin et soir un grand lavement d'eau tiède.

Le troisième jour de ce traitement, nous remarquâmes dans les urines des agglomérations de cristaux d'acide urique grosses comme de fortes têtes d'épingle, et offrant des saillies anguleuses et coupantes auxquelles étaient accrochées des petits caillots de sang et des mucosités. Nous insistâmes sur le lavage de la vessie avec l'eau tiède toutes les fois qu'on introduisait la sonde ; nous fîmes même des injections d'eau phéniquée au millième entre deux injections d'eau tiède, pour mieux nettoyer la vessie et empêcher la formation des mucosités. Tout se continua ainsi; le malade paraissait même aller mieux, se levait. Les envies d'uriner étaient moins fréquentes (toutes les cinq heures), lorsqu'un matin l'envie d'uriner devint impérieuse, les hémorrhoïdes étant gonflées. Le docteur Bonenfant, qui était voisin, arriva de suite pour sonder le malade, mais sa sonde en gomme était bouchée par les caillots qui étaient dans la vessie. Lorsque j'arrivai, à dix heures, il y avait rétention d'urine, et tout le cortège des symptômes si douloureux de cet état. La vessie, très-distendue, remontait à trois travers de doigt de l'ombilic. La moindre pression sur l'hypogastre provoquait immédiatement l'effort violent si douloureux d'expulsion pour uriner.

Je passe une sonde en gomme, mais rien ne sort : ses yeux sont bouchés par des caillots. J'introduis la grosse sonde évacuatrice aux grands yeux ; par elle je fais des injections d'eau tiède, qui font sortir sept ou huit caillots longs de quatre à cinq centimètres, ayant la forme de fuseaux, très-renflés au centre. Je les examinai avec le plus grand soin, recherchant dans leur intérieur des graviers que je ne trouvai pas. Mais je constatai que tous ces caillots étaient constitués par des lames minces, très-larges et roulées sur elles-mêmes de sang coagulé. Un caillot étant sur la main, il était possible de le dérouler exactement comme on le ferait d'une allumette en papier. Cette disposition du caillot est évidemment caractéristique de l'hémorrhagie vésicale ; elle n'existe pas dans tous les cas d'hémorrhagies provenant de la paroi vésicale ; mais, quand elle existe, elle permet d'affirmer que le sang vient d'un point de la vessie ou de plusieurs points, l'hémorrhagie ayant lieu en nappe. En effet, dans aucun autre point des voies urinaires, le caillot en plaques larges comme ceux-ci ne peut se produire, sauf à la surface de la vessie. L'enroulement s'est produit au moment où les caillots se sont présentés pour entrer dans l'urèthre ou dans la sonde.

Immédiatement, par la sonde évacuatrice, je fis dans la vessie des injections avec la solution concentrée de tannin. Je vidai la vessie en en retirant un demi-pot de chambre de caillots. Je mis la sonde à demeure. Je laissai près du malade M. Rizat, qui surveilla le fonctionnement de la sonde, en faisant une injection chaque fois que la vessie était vidée, pour faire cesser l'impression de chatouillement douloureux à l'extrémité de la verge, et d'envie d'uriner qui apparaissait sitôt que la vessie était vide, et qui fit des injections de lavage destinées à évacuer les caillots qui pouvaient se produire.

Le malade fut maintenu couché horizontalement sur le dos dans l'immobilité la plus absolue, et soumis au régime lacté. Tout se maintint dans de bonnes conditions pendant quatre jours ; malgré toutes nos précautions, la congestion hémorrhoïdale se produisit, mais de suite nous mîmes des sangsues au périnée, immédiatement en avant de l'anus, huit l'une après l'autre, quand l'une tombait on mettait la suivante, de façon à provoquer un écoulement de sang peu abondant à la fois, mais prolongé pendant cinq ou six heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 avril 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS.

M. AM. LATOUR, au nom de M. Gallard, dépose sur le bureau une brochure sur l'exercice illégal de la médecine.

M. CHASSAIGNAC présente la deuxième édition de son traité de la suppuration et du drainage chirurgical.

M. MAREY offre en hommage un volume qu'il vient de publier intitulé : *la Méthode graphique dans les sciences expérimentales.*

M. HENRI ROGER présente l'éloge de Barth par M. le docteur Decaisne.

M. PIDOUX offre, de la part de M. le docteur Thaon, un volume intitulé : *Clinique climatologique des maladies chroniques.*

M. HILLAIRET, au nom de M. le docteur Paul Fabre (de Commentry), un travail sur l'anémie des mineurs.

LECTURES.

Pellagre. — M. THÉOPH. ROUSSEL, absent pendant quelques semaines, n'a connu que par le bulletin le compte-rendu des séan-

ces dans lesquelles M. Gubler a lu son rapport sur le mémoire de M. Fua, relatif à la pellagre, et MM. Depaul et Hardy ont présenté quelques observations. Il aura, de son côté, quelques observations à faire sur le rapport de M. Gubler, lorsque l'ordre du jour en appellera la discussion. En attendant, il croit devoir rappeler le volumineux dossier d'observations qu'il a envoyé à l'Académie des sciences à l'occasion d'un concours proposé sur cette question et les conclusions qu'il a formulées à cette époque. Il résultait de son travail que la question posée par l'Académie : savoir, si les trois catégories de faits dont se compose actuellement l'histoire de la pellagre sont identiques, et s'il est possible, en les réunissant, de constituer une espèce nosologique, doit être résolue négativement; que les faits des deux dernières catégories n'appartiennent pas à la pellagre, et, de plus, qu'aucune de ces deux catégories ne saurait constituer une seule et même unité nosologique; que les faits du premier groupe, au contraire, représentent un type nosologique parfaitement défini, correspondant à une cause extérieure bien démontrée expérimentalement.

Le jugement porté par la commission de l'Académie a réduit l'espèce nosologique pellagre aux seuls faits propres aux endémies dont il a établi l'unité nosologique en 1847 et qu'il avait successivement étudiées sur place. C'est cet état de la science que M. Roussel a cherché à mieux établir en 1866, dans l'ouvrage publié sous le titre de *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres*. Il a appliqué cette dernière expression à toutes les observations connues de pellagre sporadique et de pellagre des aliénés.

Le silence qui s'est fait subitement sur ces prétendues pellagres depuis cette publication, ajoute M. Roussel, l'oubli dans lequel elles sont tombées, leur disparition à peu près complète du champ de l'observation, me donnent encore le droit de croire et d'affirmer qu'il n'y a présentement rien de changé dans cet état de la science sorti du jugement de l'Académie des sciences. Aussi ne pouvais-je pas apprendre sans surprise que, dans la séance du 16 avril, M. Hardy est venu qualifier de surannée la doctrine consacrée par ce jugement, et s'élever contre la dénomination de pseudo-pellagre.

Le diagnostic différentiel de la pellagre, qui a joué dans les résultats du concours de 1864 un rôle dominant, semble comme non avenu pour M. Hardy. Il le prouve en donnant, comme sa raison souveraine pour soutenir l'existence d'une pellagre sans maïs, cet argument qu'on trouve des individus chez lesquels la maladie se manifeste par la triade caractéristique du côté de la peau, du côté du tube digestif et du côté du système nerveux. M. Hardy oublie que, de toutes les expressions qui ont trop longtemps fait prévaloir des idées fausses, la plus funeste est celle d'une triade pellagreuse caractéristique, c'est-à-dire l'hypothèse qui a fait consister la pellagre en une sorte de diathèse s'exprimant : 1° par une dermatose; 2° par les dérangements intestinaux; 3° par des troubles nerveux.

M. Roussel espère que ses deux éminents collègues voudront bien apporter devant l'Académie des faits et des arguments nouveaux capables dans leur pensée de changer l'histoire de la pellagre, en réformant le jugement porté en 1864 par l'Académie des sciences. Il déclare de son côté qu'il est entièrement aux ordres de l'Académie, d'abord pour établir, en réponse à M. Depaul, que tous les faits de pellagre incontestable, observés jusqu'à ce jour dans les départements français où le maïs est employé, ont tous pour cause l'usage du maïs altéré; ensuite, pour établir, en réponse à M. Depaul et à M. Hardy, que les faits désignés jusqu'à ce jour sous le nom de pellagre sans maïs ne peuvent ni ne doivent être confondus avec la pellagre.

La température dans la pleurésie. — M. PETER expose de vive voix les résultats de ses études sur la température dans la pleurésie.

Voici, en résumé, ce qu'a trouvé M. Peter :

1° Du côté de la pleurésie, la température pariétale est toujours plus élevée que la température pariétale moyenne (qui est de 35°8); la surélévation morbide ou hyperthermie locale est de 5 dixièmes de degré, 1 degré, 1°5, 2 degrés, dépasse même ce chiffre et peut atteindre 4 degrés ;

2° L'élévation de la température augmente comme l'épanchement, et cette hyperthermie peut aller de 2°5 à 3 degrés ;

3° L'élévation de température pariétale décroît dans la période d'état de l'épanchement, c'est-à-dire quand la sécrétion ne se fait plus; mais, en général, la température pariétale du côté pleurétique dépasse encore de 5 dixièmes de degré à 1°5 celle de la paroi opposée ou du côté sain ;

4° La pleurésie n'élève pas seulement la température pariétale du côté où elle siège ; elle l'élève également du côté opposé; mais la température pariétale du côté malade est toujours plus élevée (de quelques sixièmes de degré à 1 degré et davantage) que la température pariétale du côté sain ;

5° La température pariétale s'abaisse peu à peu quand l'épanchement se résorbe spontanément, tout en restant supérieure (en général de plusieurs dixièmes de degré) à la température pariétale du côté sain, et conserve assez longtemps cette température plus élevée que du côté sain et qu'à l'état normal. Cette persistance temporaire de l'hyperthermie explique la possibilité de la récidive du mal ;

6° Au cas de pleurésie sans épanchement, l'hyperthermie locale est moins élevée qu'en cas de pleurésie avec épanchement, et le retour à la température normale se fait plus rapidement ;

7° L'élévation absolue de la température locale, du côté malade, est plus considérable que l'élévation absolue de la température axillaire. Cette hyperthermie locale précède l'hyperthermie axillaire. Deux choses qui démontrent l'influence dominatrice du travail morbide pleurétique sur l'état général ou tout au moins sur la température générale.

Tout ce qui précède s'applique à la pleurésie intacte ou non ponctionnée.

M. Peter donne ensuite les résultats de ses recherches sur les pleurésies ponctionnées.

Il arrive à ces conclusions que l'hyperthermie locale, à la suite de la ponction, pour la pleurésie comme pour l'ascite, est la conséquence de l'hyperémie *a vacuo* ; que, dans les cas de pleurésie, cette hyperémie toute locale s'ajoute nécessairement à l'hyperémie phlegmasique antérieure, contre laquelle la ponction a été absolument sans action curative ; qu'ainsi on a alors deux hyperémies au lieu d'une ; qu'il en résulte nécessairement une augmentation de tension dans les vaisseaux de la plèvre encore enflammée; qu'ainsi le liquide exsudé à nouveau peut être plus riche en leucocytes et en hématies; que la transformation purulente possible de l'épanchement renouvelé se conçoit de la sorte en certains cas où l'on a ponctionné pendant la période fébrile de la pleurésie; qu'ainsi cette accumulation d'hyperémies, le retour brusque du sang dans la cavité pleurale, accusé par l'hyperthermie locale, explique la syncope, la congestion pulmonaire, l'expectoration albumineuse consécutive, la douleur, l'oppression allant parfois jusqu'à la suffocation, observées dans ces cas de brusque déplétion, c'est-à-dire de brusque hyperémie par évacuation, démontrée matériellement par ses recherches sur l'hyperthermie locale.

Théorie des germes. — M. PASTEUR, en son nom et au nom de MM. Joubert et Chamberland, lit un travail intitulé la *Théorie des germes et son application à la médecine et à la chirurgie*, dont voici le résumé :

En résumé, on voit par les détails qui précèdent que l'on peut produire à volonté des infections purulentes exemptes de tout élément putride, des infections purulentes putrides, des infections purulentes charbonneuses, des combinaisons variables, enfin, de ces sortes de lésions; de là les proportions des microbes spécifiques que l'on fait agir sur l'organisme vivant.

M. Pasteur termine ainsi : Il y a quelques semaines, dit-il, M. Sédillot, après avoir longuement médité sur les enseignements d'une brillante carrière, n'hésitait pas à déclarer que les succès comme les revers en chirurige trouvaient une explication rationnelle dans les principes sur lesquels repose la théorie dite des germes,

et que celle-ci donnerait lieu à une chirurgie nouvelle déjà imaginée par un célèbre chirurgien ang'ais, le docteur Lister, qui, un des premiers, en a compris la fécondité. Sans aucune compétence professionnelle, mais avec la conviction de l'expérimentateur autorisé, j'oserais répéter ici les paroles de notre éminent confrère.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1877.

469. Courbis. Contribution à l'étude des kystes du foie et des reins et des kystes en général.
470. Fratoscitenu. De la coxalgie.
471. Metton. Étude sur le pityriasis rosé.
472. Suciu. Contribution à l'étude de l'hémiplégie dans le cours des affections du cœur.
473. Moreau. Recherches sur la trachéotomie.
474. Nory. Contribution à l'étude des opérations applicables au bec-de-lièvre.
475. Thomas. Des abcès encéphaliques.
476. Chanceaulme. Contribution à l'étude du traitement préventif du phlegmon diffus.
477. Colas. Observations sur quelques points du mal de Pott recueillies à l'hôpital de Berck.
478. Debierre. Des oblitérations artérielles dans la fièvre typhoïde. Essai sur leur origine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision de M. le doyen, la clinique médicale de M. le professeur Po'ain (hôpital Necker), aura lieu désormais les lundis et vendredis.

— Le corps de santé militaire de l'armée italienne comprenait, au 1er mars 1878 :

1° Armée permanente : 601 officiers médecins se décomposant en 13 colonels ; 19 lieutenants-colonels ; 31 majors ; 262 capitaines ; 157 lieutenants ; 119 sous-lieutenants.

2° Milice mobile, complément et réserve : 117 officiers médecins, dont 4 capitaines, 112 lieutenants ; 1 sous-lieutenant.

A ces chiffres, il faut ajouter les chefs de service appartenant à l'état-major général de l'armée.

— M. le professeur Richet commencera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, le mardi 7 mai, et les continuera les lundis et vendredis.

Le jeudi, à neuf heures, démonstrations ophthalmoscopiques.

— M. le docteur Luys reprendra ses leçons sur la structure du cerveau et la pathologie mentale, à l'hospice de la Salpêtrière (salle des consultations, à l'infirmerie générale), à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le cours de cette année aura principalement pour objet l'étude des circonvolutions cérébrales et celle de la paralysie générale.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 52. — SAMEDI 4 MAI 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 4 MAI 1878. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Nouvelles recherches expérimentales sur l'action physiologique de la nicotine.

Un élève distingué de la faculté de médecine de Nancy, M. le docteur Albert René, qui a été attaché pendant plusieurs années comme préparateur au laboratoire de physiologie de cette école, a exposé dans sa thèse les résultats d'une série d'expériences qu'il a faites sur l'action de la nicotine. Bien qu'il ne s'agisse que d'expériences sur les animaux, les faits qu'elles ont révélés nous ont paru assez importants pour en étudier à nouveau ici les principaux résultats, d'autant que la clinique pourra, à l'occasion, y puiser plus d'un enseignement utile.

Les expériences de M. René, très-multipliées (elles sont au nombre de 172), ont porté principalement sur les points suivants : sur les voies d'absorption, sur leur action sur les muscles, sur le système nerveux (nerfs moteurs, nerfs sensitifs, centres nerveux), sur la respiration, sur le sang. Voici, sur ces divers organes et fonctions, les particularités les plus saillantes que nous relevons dans ce travail.

La nicotine entre dans l'économie par toutes les voies ordinaires de l'absorption : qu'elle soit introduite par les muqueuses buccale, stomacale, intestinale ou rectale; par instillation dans la conjonctive; par injections hypodermiques, intraveineuses ou intraglandulaires; par les voies respiratoires ; toujours on observe les symptômes caractéristiques de l'empoisonnement. L'absorption par la bouche est plus rapide que par les injections hypodermiques. L'injection dans les veines, circulation générale ou circulation hépatique, donne des résultats foudroyants.

La dose toxique varie un peu sous des influences inappréciables. En général elle n'est pas exactement proportionnelle au poids de l'animal. Ce qu'il importe le plus de considérer, c'est la quantité absolue de poison mise dans la circulation à un moment donné, vu la rapidité de son élimination, qui explique jusqu'à un certain point la tolérance remarquable pour la nicotine par l'accoutumance, bien que la facilité de cette accoutumance paraisse avoir été un peu exagérée aux yeux de notre confrère.

La nicotine a pour effet direct de détruire ou de diminuer la contractilité musculaire. Le muscle intoxiqué perd en quelques instants plus ou moins complétement la propriété de se contracter sous l'influence du courant galvanique, comme sous l'influence de l'action des nerfs qui, d'ailleurs, sont eux-mêmes très-rapidement paralysés. M. René fait remarquer qu'en effet la paralysie musculaire n'est pas le fait de la paralysie des nerfs moteurs, mais bien une paralysie propre de la fibre musculaire, effet direct de l'action locale de la nicotine.

La motricité nerveuse est toujours détruite dès le début de l'empoisonnement. Elle n'existe déjà plus, alors que l'excitabilité musculaire persiste encore.

La nicotine agit aussi sur la sensibilité : elle l'affaiblit ou la détruit.

C'est le système nerveux central qui est le premier affecté par la nicotine. Celle-ci, transportée par la circulation, agit sur toutes les parties du système nerveux moteur. Les convulsions sont le premier symptôme de l'excitation des centres nerveux. Elles consistent en un tremblement général, analogue à celui d'un frisson intense. C'est une véritable vibration des ondes musculaires ; c'est un tremblement de chaque muscle, ou, mieux, de chaque fibre musculaire. Au lieu de la fusion des secousses qui aboutit à une contraction de tout le muscle, c'est une succession tétanique de toutes ces secousses qui devraient se confondre en une seule.

L'excitation de la moelle dont le pouvoir réflexe et exagéré au début de l'empoisonnement, surtout par les petites doses, disparaît rapidement pour faire place à la paralysie. La période d'excitation et de convulsions est très-courte. Le pouvoir réflexe de la moelle dure un peu plus longtemps ; puis il est aboli comme la sensibilité, comme la faculté excito-motrice des nerfs, comme la contractilité musculaire.

D'après ces faits, il n'y aurait pas lieu de chercher dans la moelle le siége des convulsions; il faudrait le placer plus haut.

L'excitation initiale des centres nerveux par la nicotine s'étend aussi aux centres respiratoires du bulbe. La respiration est accélérée par les petites doses. Après un temps d'excitation plus ou moins court, elle se ralentit. En se ralentissant, elle devient plus ample et plus forte. Au bout de quelques instants, survient une crampe convulsive à la fin de l'expiration. Pendant cette crampe, l'animal peut succomber. C'est ordinairement l'expiration qui est plus troublée que l'inspiration. Le ralentissement de la respiration augmente progressivement.

On a signalé plus haut la crampe convulsive de la respiration pendant laquelle la mort peut survenir; si l'animal échappe à cette cause d'asphyxie, la mort survient plus tard par arrêt de la respiration et de la circulation, à la suite de la dépression générale produite par l'intoxication des divers systèmes.

En fait de lésions cadavériques, M. René a seulement observé quelquefois les noyaux de congestion pulmonaire et l'hyperémie du cerveau et surtout du cervelet. Ces lésions, qui n'ont d'ailleurs rien de constant, ne sont de nature à autoriser aucune conclusion par rapport au mode d'action de la nicotine.

Enfin, il ressortirait des expériences de M. René que l'action de la nicotine est nulle sur les fermentations, sur les digestions artificielles, ainsi que sur la putréfaction qu'elle est incapable d'arrêter, et qu'il n'existe pas d'autre contre-poison de cet agent que l'élimination.

On remarquera qu'il n'a pas été question de l'action de la nicotine sur le cœur et les vaisseaux. Ce n'est point un oubli. M. René a ajourné l'étude de ce point de la question qui a été l'objet spécial des recherches de M. Blatin, que nous avons résumées ici dans le temps.

De la nature des troubles musculaires dans la paralysie générale des aliénés.

La paralysie générale des aliénés n'est pas une paralysie, elle est une ataxie. C'est ce que M. Bouillaud avait déjà dit en 1846, ce qui a été répété depuis par Marcé et par M. Jaccoud. C'est ce que M. le docteur J. Christian, médecin en chef de l'asile de Maréville, vient de chercher de nouveau à démontrer dans un travail tout récent que nous avons sous les yeux. Les éléments constitutifs de la véritable paralysie n'existent pas dans ce que l'on est généralement convenu d'appeler la paralysie générale des aliénés; quelle que soit sa durée, on n'observe à aucun moment (à moins de complications accidentelles ou fortuites) de paralysie véritable, absolue. Au début de la maladie, et pendant toute la période d'excitation, il y a, non pas akinésie, mais simplement ataxie. A mesure que le mal progresse, que l'intelligence s'affaiblit, le malade devient de moins en moins apte à agir. Mais, même dans les dernières périodes, il y a encore des mouvements faibles, il est vrai, irréguliers, incoordonnés, mais possibles et voulus. Telle est la thèse de M. Christian. Elle n'est autre, il faut bien le dire, que l'expression de l'opinion de tous les médecins appelés à observer et à soigner ces malades. Mais encore pouvait-il être utile de chercher à donner plus de précision à cette opinion, en la fondant sur une appréciation exacte de l'état des forces et de leurs variations.

Voici comment le médecin de l'asile de Maréville a procédé pour établir expérimentalement le fait. Il a eu recours au mode d'exploration de la force musculaire par le dynamomètre; ses recherches ont porté sur vingt-deux paralytiques : neuf étaient âgés de trente à quarante ans; neuf de quarante à cinquante; quatre seulement avaient dépassé la cinquantaine. Chez tous la maladie était ancienne.

Le point important ici était de savoir quelle différence on trouverait, sous le rapport de la force musculaire, chez un même malade aux différentes phases de sa maladie. Pour avoir un point de comparaison, M. Christian a imaginé de peser ses paralytiques chaque fois qu'il leur mettait le dynamomètre entre les mains, les variations de poids devant lui faire connaître les progrès du marasme. Il a remarqué que, en général, quand le poids du corps augmentait, la force de pression augmentait également; mais quelquefois c'était l'inverse qui se produisait, de sorte qu'il n'a pas été possible, en somme, d'établir une relation exacte entre les variations de poids et les variations de force musculaire.

Voici les résultats généraux qui ressortent des tableaux dressés par M. Christian. Prenant comme moyenne de la force de pression le chiffre 50, sur les vingt-deux malades soumis à l'exploration dynamométrique, cinq ont donné un chiffre supérieur à cette moyenne; les chiffres les plus élevés ont été relevés chez un homme de quarante et un ans, qui a donné, à la première exploration, 85, et qui, aux explorations suivantes, a oscillé entre 80 et 60; moyenne 70. Six malades ont donné au-dessous de 20. Le chiffre minimum a été de 10, constaté une fois seulement, au déclin de la maladie, chez un homme de trente-sept ans qui n'avait donné au début que 25 et, comme moyenne, 16 à 18. Les moyennes pour chacun des autres malades ont été une fois de 17, une fois de 19, deux fois de 26, une fois de 32, une fois de 35, une fois de 36, une fois de 37, une fois de 38, trois fois de 40, deux fois de 45, une fois de 46, une fois de 47, une fois de 48, une fois de 52, une fois de 54, et une fois de 55.

D'où l'on voit, en somme, que si, chez quatre malades, la moyenne de force de pression pendant le cours de leur maladie a dépassé la moyenne commune à l'état normal, chez dix-huit la force de pression a été au-dessous. Mais dans aucun cas, comme on le voit, la paralysie n'a été absolue. Même dans les cas où la faiblesse a atteint son plus haut degré, les malades ont encore conservé jusqu'au dernier moment la volonté et la possibilité de contracter leurs muscles.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

V

Il faut savoir de plus que, dans une pareille statistique, sont nécessairement compris sous le titre de *compression*, des cas où le traitement a été fort mal appliqué et qui peuvent n'avoir pas été du ressort de la compression. C'est ainsi que, dans un cas d'anévrysme à développement rapide, qui se présenta dans un hôpital de province, le chirurgien voulut essayer de la compression à l'aide d'un instrument récemment inventé; ne l'ayant pas sous la main, il se trouva dans l'obligation d'employer un instrument mal fait et mal approprié qui ne fit que du mal. La tumeur augmenta rapidement; la fémorale fut liée; mais la gangrène survint et il fallut amputer. Un cas semblable, traité par la compression, exigerait la compression digitale soigneusement et exactement appliquée. Un instrument mal approprié, qui favorise probablement l'engorgement des veines et permet sans cesse à l'artère de rouler sous lui, inflige au malade des douleurs insupportables et ne peut que nuire à la guérison ultérieure. Le seul cas dans lequel la mort survint durant l'application du traitement est un cas dans lequel il se produisit une pleurésie accidentelle, et, comme cette complication ne paraît avoir eu aucun rapport, soit avec l'affection primitive, soit avec le traitement, il est inutile d'y insister plus longuement.

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 26 mars, 6 et 11 avril.

Mais, sans aucun doute, cette méthode, comme les autres, peut avoir ses désastres. Il y a huit cas dans lesquels l'amputation devint nécessaire par suite de gangrène, de rupture, ou de suppuration du sac. Il ỳ eut cinq morts et trois guérisons. L'amputation ne fut cependant pas rendue nécessaire dans tous les huit cas par la compression, ou du moins par elle seule; car au moins dans un cas on avait appliqué sur la fémorale une ligature temporaire et, dans un autre cas, la compression (instrumentale) n'avait été appliquée qu'irrégulièrement et à de longs intervalles, de sorte que la gangrène du pied qui survint résulta probablement de l'accroissement de la tumeur et on eût pu vraisemblablement l'éviter par une application plus persévérante du traitement.

Cependant il ne faut pas perdre de vue et encore moins cacher le fait que, dans quelques cas, la compression instrumentale peut amener la gangrène en obstruant la veine; que la compression digitale, surtout quand elle est appliquée sans soin et d'une manière défectueuse, peut avoir la même conséquence; que l'une ou l'autre méthode peuvent facilement aggraver le mal, si elles ne le guérissent pas; enfin que la flexion du genou, comme j'essayerai de le prouver en son lieu, a bien aussi ses dangers qui mènent à la rupture du sac et quelquefois à la gangrène des téguments qui le recouvrent. De telle sorte que, dans un petit nombre de cas, la compression a certainement aggravé suffisamment le mal pour rendre l'amputation nécessaire, et je n'ai pas besoin de dire qu'en pareille circonstance cette opération présente un danger tout particulier.

Il est également des cas où la compression semble produire un effet direct sur l'artère et d'autres où les tissus qui environnent l'artère sont épaissis et indurés. La durée la plus longue d'application de la compression sur le même point, d'après mes renseignements, a été dans le cas de Verdier, où le malade a conservé un appareil sur l'iliaque externe pendant plus de quatre ans, et suffisamment serré pour interrompre complètement la circulation dans l'anévrysme. Il n'en résulta, d'après ce qu'on peut voir dans le livre de Verdier, qu'un peu d'épaississement et d'induration des tuniques au siége de la compression. M. O. Pemberton a cependant rapporté un cas dans lequel une communication artério-veineuse s'est formée au point où la fémorale avait été comprimée pendant plusieurs mois, durant le traitement d'un anévrysme de la tibiale postérieure (*Med. Chir. Trans.*, vol. X, 418). J'ai moi-même éprouvé de grandes difficultés pendant une ligature de la fémorale chez un malade qui avait été soumis à plusieurs formes de compression, pour arriver à séparer l'artère de la veine, et plusieurs chirurgiens ont parlé de la teinte sombre des tissus qu'ils ont dû inciser pour lier des artères après une compression longtemps appliquée. La possibilité de ces fâcheux effets de la compression, même en les considérant comme exceptionnels, ce qui est probablement le cas, fournit une nouvelle raison pour ne pas pousser les tentatives de compression au-delà d'un temps raisonnable et pour recourir à la ligature avant l'apparition des lésions que j'ai indiquées.

Il convient, sans doute, de parler ici de la question générale des effets directs de la compression sur les tissus des vaisseaux qui y sont soumis. Tout d'abord l'expérience nous autorise à croire que les lésions anatomiques appréciables sont exceptionnelles. Le docteur Bellingham et M. Tufnell semblent disposés à en nier l'existence, mais cette manière de voir est pour le moment trop absolue. Tout le monde, je pense, reconnaît que l'action d'une compression longtemps prolongée est souvent fort appréciable dans le tissu cellulaire qui soutient jour et nuit les vaisseaux, comme dans le cas de ma pratique auquel je viens de faire allusion (voyez également les cas cités par Broca), aussi bien que dans le tissu cellulaire et les muscles du membre entier, quand son emploi a déterminé un œdème de longue durée.

Dans le cas de Verdier, le contraste entre le point d'application de la compression et la partie avoisinante du vaisseau est très-appréciable, bien que le dessin ne soit pas parfait.

Verneuil a rapporté deux cas, dans lesquels il a trouvé la veine oblitérée au niveau de la compression.

Le cas de M. Pemberton (dont la préparation et le dessin sont devant vous) est cependant le seul, autant que je sache, où de sérieuses lésions vasculaires aient été attribuées à l'usage longtemps prolongé de la compression, et, dans ce cas particulier, il faut bien reconnaître que la compression fut tout au moins une cause très-probable. La communication artério-veineuse existe précisément au point où la fémorale a été si longtemps comprimée contre le pubis. On s'en aperçut dix mois après la suppression de la compression, et cet intervalle me paraît tout naturel si la lésion a été le résultat d'un travail ulcératif chronique des parois de l'artère ou de la veine, ces deux vaisseaux ayant été préalablement accolés l'un à l'autre par la compression. La seule difficulté qu'il y ait à accepter cette explication, c'est le cas complétement analogue de M. Perry, dont vous voyez ici la préparation appartenant au musée de Saint-Barthélemy; cette préparation correspond, ce qui est fort curieux, presque point pour point avec celle de M. Pemberton, excepté en ceci, et c'est là ce qui est important, qu'il y avait un sac anévrysmal, un véritable anévrysme variqueux, situé entre les deux vaisseaux. Cet anévrysme était en partie ossifié, et c'est évidemment la compression exercée par cet anévrysme ossifié sur la veine et sa rupture dans ce vaisseau qui ont donné naissance à la communication artério-veineuse. Dans le cas de M. Pemberton, il n'existait pas de tumeur semblable, et par suite pas de raison analogue pour expliquer la communication entre les vaisseaux; je ne comprendrais pas comment l'artère, en supposant qu'elle ait été malade et se soit spontanément ouverte, aurait pu s'ouvrir, dans la veine, à moins que les deux vaisseaux n'aient été préalablement amenés à un état de contact anomal, contact qui ne peut s'expliquer que par la compression. J'accepte donc ce fait comme un cas de lésion produite par la compression, prolongée, et, malgré la valeur restreinte d'un cas unique, c'est un argument pour éviter l'application trop longtemps prolongée de la compression et aussi, autant que faire se peut, pour éviter la compression simultanée de la veine.

Du reste, M. Pemberton lui-même (*Address in Surgery*) a renoncé à sa première manière de voir et il a émis l'idée que la lésion et la communication entre les deux vaisseaux peuvent être le résultat de la guérison de l'anévrysme situé au-dessous; il va même jusqu'à dire qu'il croit la production d'un anévrysme artério-veineux être le résultat fréquent de la guérison d'un anévrysme, quand cette guérison date d'un certain temps. A l'appui de cette manière de voir, il cite un cas de feu Amphlett, dont voici la préparation que je dois à l'obligeance de M. Pemberton, et dans lequel il se forma un anévrysme artério-veineux au siége de la ligature trois ans après la ligature de la fémorale pour un anévrysme de cette artère. Cependant, je dois dire qu'à mon avis, ce fait ne détruit pas la première explication de M. Pemberton sur la

formation d'un anévrysme artério-veineux chez son malade. J'imagine que cet accident est résulté de quelque altération chronique des parois de l'artère ou de la veine ou bien du tissu cellulaire environnant (ou même, comme il est peut-être plus probable, de tous ces tissus à la fois), altération produite par la longue durée de la compression. Il me semble probable que, dans le cas d'Amphlett, une altération analogue a été produite par les violences exercées sur les parties pendant l'opération et par l'irritation ultérieure due à la ligature. Je n'ai trouvé aucune preuve que la formation d'un anévrysme artério-veineux sur un point plus élevé soit une *conséquence qui n'est pas rare* de la guérison d'un anévrysme situé au dessous; du moins je n'ai pas connaissance qu'on y ait fait allusion dans la multitude d'observations connues d'anévrysmes guéris. Dans le cas de Perry, un anévrysme artério-veineux supérieur se forma bien en même temps qu'un anévrysme artériel inférieur, mais le second ne guérit jamais.

Dans la prochaine leçon, j'examinerai l'effet d'une compression antérieure sur le succès de la ligature.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Reliquet.

Leçon sur les hémorrhagies des voies urinaires (1).

III

Nous laissâmes la sonde à demeure en place pendant huit jours, la changeant tous les jours. Lorsque je la retirai, j'eus soin de laisser la vessie dilatée par de l'eau tiède, et j'eus la satisfaction de voir le malade uriner seul une grande partie du liquide que la vessie contenait. Pendant tout ce temps, le malade prenait toutes les deux heures une cuillerée à bouche d'eau de Léchelle.

Depuis, j'ai dû, à plusieurs reprises, faire des applications de sangsues au périnée pour éviter la production d'hémorrhagies vésicales.

Mais arrêtons-nous là dans cette observation pour ne pas sortir de notre sujet. Vous voyez encore qu'il a fallu faire cesser les efforts violents d'expulsion provoqués par les caillots accumulés dans la vessie, et mettre une sonde à demeure pour éviter la réapparition des caillots et des efforts qui, ici, étaient, comme toujours, la cause de la continuation de l'hémorrhagie.

Dans ce fait la solution concentrée de tannin a dû agir sur les orifices des vaisseaux donnant du sang comme topique styptique, et a naturellement favorisé l'arrêt de l'hémorrhagie.

Mais supposez qu'on ait donné au malade un médicament hémostatique qui agisse d'une façon élective sur les fibres musculaires de la vessie en en provoquant la contraction; évidemment, au lieu d'arrêter l'hémorrhagie, dont une des causes est ici justement la contraction vésicale, on aurait agi en perpétuant cette cause et l'hémorrhagie elle-même, au lieu de l'arrêter. J'ai observé dans un fait d'hémorrhagie vésicale cette action nuisible de l'ergotine.

Au mois de juillet 1875, je suis appelé près d'un vieillard âgé de 75 ans, que je vois avec MM. les docteurs Bouchard et Cottard. Les troubles de miction sont anciens, le malade est obligé de se sonder pour uriner depuis plusieurs années, ce qu'il fait régulièrement quatre fois par vingt-quatre heures. Déjà, à deux étés différents, au moment des grandes chaleurs, ses urines ont été chargées de sang. Actuellement, la sonde en gomme dont il se sert habituellement, qui est une sonde à grande courbure ordinaire, pénètre difficilement dans la vessie, et, quand elle y arrive, ses yeux, étant bouchés immédiatement par des caillots, ne laissent pas sortir l'urine. Immédiatement je me mets en devoir de vider la vessie avec une grosse sonde en gomme coudée n° 23, ayant de grands yeux, qui arrive facilement à la vessie. Par elle je fais des injections avec une solution de tannin concentrée, je vide la vessie des caillots qu'elle contient et je termine par un lavage de la vessie à l'eau tiède. Je fixe la sonde à demeure, prescrivant à la personne qui restait près du malade de faire des injections dans la vessie toutes les fois qu'elle déboucherait la sonde, pour évacuer les caillots, s'il s'en produisait, et maintenir l'état de repos absolu du malade. Je vidai l'intestin au moyen d'un purgatif salin, et je le maintins vide avec de grands lavements d'eau tiède matin et soir. Au toucher rectal, la prostate était très-volumineuse.

Malgré le repos et les moyens qui empêchaient toute espèce d'efforts soit pour uriner, soit pour aller à la garde-robe, le sang continuait à s'écouler par la sonde. Quelquefois même, la vessie étant vidée, immédiatement la sonde se remplissait de sang qui se prenait en caillots dans sa cavité: c'est ainsi qu'en la débouchant pour faire uriner le malade, l'urine chassait devant elle un long caillot ayant tout à fait le calibre de la sonde. Nous examinâmes ce caillot avec la plus grande attention, et l'absence de toute cellule épithéliale à sa surface nous permit de conclure qu'il s'était bien formé dans la sonde, dont il était sorti, du reste, en précédant l'urine. Malgré la sonde à demeure et le repos absolu, la vessie ne supportait qu'une très-petite quantité de liquide relativement à ce qui existait avant le début des accidents (150 grammes). L'envie d'uriner se manifestait toutes les heures et demie à deux heures. On s'empressait de déboucher la sonde pour éviter les efforts de miction provoqués par l'envie. La persistance de cette hémorrhagie nous fit rechercher avec nos confrères l'hémostatique qui conviendrait en pareil cas, et il fut convenu que nous donnerions de l'ergotine à la dose de 3 grammes. Mais ce fut sans résultat. Nous abandonnâmes bientôt cette médication.

En raison de l'état de contracture persistant de la vessie qui ne reprenait plus son état de dilatation habituelle, je proposai de donner des petits lavements au chloral portés très-haut dans le rectum au moyen de la canule en gomme de 15 centimètres (1 gr. 50 de chloral pour 150 grammes d'eau), ce lavement devant être répété toutes les deux heures. Après le troisième, la vessie se dilata davantage, les urines continrent moins de sang. Le lendemain, on donna un lavement au chloral matin et soir, et la vessie reprit complétement sa dilatation habituelle, et le sang s'arrêtât. Certainement avec l'opium en lavements on aurait pu produire le même calme de la vessie; mais devant les phénomènes aigus, craignant un état congestif du rein, je n'ai pas voulu proposer de lavements laudanisés.

Depuis, le docteur Cottard a, plusieurs fois, arrêté les hémorrhagies dès leur début chez ce malade en mettant dans le rectum un suppositoire opiacé.

Ici l'action calmante du chloral et de l'opium, en faisant cesser l'état de contraction spasmodique des parois vésicales, a manifestement agi contre l'hémorrhagie.

Ainsi, lorsque toutes les causes d'effort, soit pour uriner, soit pour aller à la garde-robe, ont été annihilées, si l'hémor-

---

(1) Fin. — Voir le numéro des 25 avril et 2 mai.

rhagie continue, il faut bien rechercher si la vessie a recouvré son calme habituel. Si elle se dilate autant qu'avant les accidents, il faudra examiner avec soin les caillots et les reins pour savoir si le sang ne vient pas de ces derniers organes, car, dans le cas de dilatabilité normale de la cavité vésicale, le sang ne peut venir que des reins ou des uretères ou d'une lésion de la paroi vésicale. Dans le premier cas, les hémostatiques généraux trouvent leur indication; dans le second, il faudra agir sur la muqueuse vésicale par une injection topique capable de modifier la surface saignante.

Mais, lorsque la vessie sera surexcitée, quand elle n'aura pas recouvré sa dilatabilité habituelle, il faudra toujours commencer par provoquer cette dilatation vésicale au moyen des lavements ou des suppositoires calmants, pour faire cesser la contraction de la paroi musculaire de la vessie qui exprime le sang à la surface de la muqueuse. Quelle que soit la cause d'irritation de cette muqueuse, les calmants, dans le rectum, arrêtent l'hémorrhagie, ou tout au moins favorisent l'action des injections topiques faites dans la vessie pour modifier la surface saignante.

Dans un fait d'hémorrhagie après la taille, j'ai retiré de très-bons effets des petits lavements de chloral donnés chaque heure, pour faire cesser les spasmes violents de la vessie accompagnés d'efforts provoqués par le tamponnement de la plaie. Voici le fait:

Il s'agit d'un confrère venu à Paris pour se faire opérer de la pierre. Le col de la vessie était fongueux, on ne pouvait pas introduire une sonde en gomme sans avoir du sang. Chaque cathétérisme provoquait invariablement des accès de fièvre d'intoxication urineuse. Le rein gauche, gros comme la tête d'un fœtus à terme, était flottant. Enfin notre pauvre confrère, en faisant, il y a des années, ses courses à cheval, était tombé brusquement sur le pommeau de sa selle et s'était fracturé le pubis. On sentait parfaitement le cal volumineux qui était saillant du côté du périnée. Cet état du périnée, et la facilité avec laquelle le col vésical saignait, me faisaient craindre une hémorrhagie après la taille, quelque petite que fût l'incision nécessaire pour retirer la pierre qui n'avait que deux centimètres de diamètre. J'appelai en consultation M. Mercier et M. le professeur Dolbeau. Nous fûmes tous les trois du même avis: il fallait faire la taille. Je proposai à M. Dolbeau de faire lui-même l'opération par son procédé, lui faisant remarquer les chances très-grandes d'hémorrhagie en agissant par l'incision. Ma proposition ne fut pas acceptée. Je fis la taille latéralisée, ou plutôt presque médiane, en faisant au col une incision d'un centimètre et demi. L'opération fut faite devant M. Dolbeau. Je retirai facilement une pierre d'oxalate, ronde, de deux centimètres de diamètre. Il fut impossible d'arrêter l'hémorrhagie qui venait d'une artériole et en nappe. J'appliquai le tamponnement. Mais, après quelques heures, quoique la canule fonctionnât bien, à des intervalles de plus en plus rapprochés, le malade était pris de spasmes violents de la vessie, il faisait des efforts violents et involontaires d'expulsion, le sang filtrait entre la chemise du tamponnement et la plaie. Retirer le tamponnement pour en faire un autre était inutile; les mêmes accidents se seraient reproduits. Je fis donner quatre petits lavements de 1 gr. 50 de chloral, un chaque heure. Les spasmes ont cessé, le tamponnement a été supporté et l'hémorrhagie a été tout à fait arrêtée.

Au neuvième jour de l'opération, notre pauvre confrère, qui commençait à prendre espoir en raison de son état satisfaisant, fut pris de frissons violents répétés. C'était la néphrite du rein gauche, lequel, deux jours après, la veille de la mort, se vidait dans la vessie.

Les conclusions découlent immédiatement des faits: c'est que les hémostatiques ordinaires sans action excitante spéciale sur les fibres musculaires des parois de la vessie peuvent être donnés toutes les fois que l'hémorrhagie est purement médicale, c'est-à-dire qu'elle n'est accompagnée d'aucune espèce d'excitation spasmodique, soit des uretères, soit de la vessie. Mais, lorsque l'hémorrhagie est accompagnée de spasme ou de contracture des uretères ou de la vessie, même sans caillots faisant fonction de corps étrangers, ou lorsqu'il y a des caillots qui, agissant sur le col vésical, provoquent le spasme de la vessie et les efforts violents d'expulsion dus au besoin excessif d'uriner; dans ces cas, tout médicament capable de surexciter la contraction de la vessie est contre-indiqué. Et, comme le montrent les faits que je viens de donner, les médicaments qui agissent en provoquant le calme de la paroi vésicale, non-seulement favorisent l'arrêt du sang, mais dans beaucoup de cas ils arrêtent l'hémorrhagie.

REVUE DE LA PRESSE.

Des troubles auditifs de la maladie de Bright. — M. Dieulafoy vient de publier, dans la *Gazette hebdomadaire*, plusieurs observations d'après lesquelles il pense que les troubles auditifs qui accompagnent les différentes formes de la maladie de Bright, loin d'être une rareté, méritent de passer à l'état de symptômes au même titre que les troubles oculaires qu'on rencontre fréquemment dans la même maladie. Ces troubles auditifs ne sont pas toujours identiques; le plus souvent ils consistent en des bourdonnements dans l'une ou dans les deux oreilles; en général, ces bourdonnements sont accompagnés ou suivis de demi-surdité; parfois la demi-surdité s'établit sans bourdonnements préalables; elle est passagère et sujette à répétition; rarement la surdité est complète; elle se localise à l'une des deux oreilles, suivant le cas, disparaît ou reste permanente. Enfin, ces différents troubles auditifs sont tantôt indolores, tantôt associés à de vives douleurs de la face ou des oreilles.

Un de ces malades, chez qui les bourdonnements d'oreille duraient depuis douze ou quinze mois, fut examiné par M. Ladreit de Lacharrière, qui constata quelques lésions permanentes des caisses:

1° Une vascularisation anomale au niveau du manche du marteau, du côté droit;

2° Un épaississement avec dépression du tympan gauche, qui ne réfléchit plus les rayons lumineux. Dans trente-sept cas observés, quinze fois les troubles auditifs ont été constatés. 1° Il est difficile de dire actuellement si ces troubles sont plus spécialement liés à l'une des formes du mal de Bright: ils existent dans toutes les formes de néphrite, chroniques ou aiguës. 2° Les troubles auditifs apparaissent à toutes les périodes de la néphrite: onze fois sur quinze, ils ont paru être contemporains de l'œdème ou de la recrudescence de l'œdème.

3° Leur intensité est fort variable; plusieurs fois ils ont coïncidé avec une phase douloureuse: névralgie faciale ou douleurs profondes de l'oreille; plusieurs fois aussi ils ont paru se déclarer du côté de l'œdème facial, ou du moins du côté de la prédominance de cet œdème.

4° Quant à savoir à quelles lésions de l'oreille du nerf auditif on doit les rattacher, c'est un point à étudier à mesure que les observations deviendront plus nombreuses; on y a vu tantôt une déchirure de la membrane du tympan, tantôt la vascularisation anomale, etc.

5° Au point de vue de leur valeur diagnostique, ces troubles peu-

vent être d'un véritable secours : d'abord ils complètent souvent le tableau de la maladie ; dans quelques cas, ils précèdent les autres symptômes, et parfois même ils mettent sur la voie d'un diagnostic difficile, comme il l'est dans certaines formes frustes de la maladie de Bright, dans lesquelles la néphrite ne se révèle ni par des œdèmes ni par d'autres signes apparents.

Nouveau traitement du tétanos traumatique par le professeur Vogt. — Nous n'aimons pas, dit *Paris médical,* les traitements nouveaux qui font souffrir inutilement les malades ou qui les exposent à une mort presque certaine lorsqu'on pourrait espérer leur guérison par les seuls efforts de la nature. Voici un traitement assez radical publié par le professeur Vogt, in *Centralblatt f. Chir.*, mais qui nous paraît fort rationnel. Comme il s'adresse à une maladie généralement incurable, nous nous empressons de le faire connaître et de le recommander aux praticiens.

Un maçon, âgé de 63 ans, est atteint à la main droite par une pierre. Les plaies de la main sont recouvertes d'un pansement désinfectant et se cicatrisent régulièrement, quand apparaissent, le quinzième jour, les prodromes d'un tétanos que l'opium à hautes doses et les bains locaux ne parviennent pas à enrayer ; il survient du trismus et de l'opisthotonos, et le malade allait succomber quand M. Vogt résolut de tenter une opération pour le sauver. Les plaies de la main étaient en partie recouvertes de bourgeons charnus, rien d'anomal ne se remarquait sur le trajet des nerfs ; seulement la pression sur le plexus brachial provoquait de vives douleurs et des convulsions.

M. Vogt commença par débrider les plaies de la main ; puis, par une incision pratiquée à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule, le long du bord externe du trapèze, il met à nu les troncs nerveux qui constituent le plexus brachial dans le triangle susclaviculaire.

Un doigt est passé sous le plexus, puis énergiquement tiraillé sur ses deux extrémités ; le névrilème, qui paraissait congestionné, est débridé jusqu'aux vertèbres. Pansement antiseptique.

Le malade, qui ne pouvait plus ouvrir la bouche, pouvait sortir la langue lorsqu'il se réveilla du sommeil chloroformique. Le tétanos était vaincu ; quelques contractures partielles se montrèrent encore : celles des mâchoires furent les plus longues à disparaître et la mastication fut longtemps difficile.

L'opéré, profondément abattu et somnolent les premiers jours qui suivirent l'opération, pouvait être considéré comme complétement guéri le dixième jour. Le bras droit n'est le siége d'aucun trouble ; tout au plus le malade accuse-t-il de temps en temps quelques fourmillements dans les doigts.

Deux faits bien remarquables résultent de cette observation : l'innocuité chez le sujet de tiraillements exercés sur le plexus brachial et la guérison du tétanos par l'opération.

En lisant cette observation, ajoute M. Fort, on pouvait croire que l'état congestif des nerfs jouait ici un rôle et que le débridement du névrilème a produit quelque effet. D'abord il nous paraît difficile de reconnaître une congestion du névrilème au milieu du sang de la plaie. Ensuite nous savons que les lésions des troncs nerveux sont nulles dans le tétanos. Dans cette observation, la traction nous paraît avoir agi sur la moelle par l'intermédiaire des racines nerveuses ; cette traction a produit évidemment une modification moléculaire qui a agi sur les propriétés excito-motrices de la moelle épinière.

Luxation double ancienne du maxillaire inférieur. — M. Gerbier a présenté à la *Société anatomique de Nantes* une luxation double de la mâchoire qu'il a trouvée chez un sujet de dissection, homme âgé, mort dans un service de médecine d'une affection thoracique. Cette luxation ne paraît pas avoir été remarquée pendant le séjour du malade à l'hôpital ; elle n'empêchait point le rapprochement des arcades dentaires.

La dissection de la pièce montre un accrochement très-remarquable du sommet de l'apophyse coronoïde, qui s'est creusé une petite cavité dans l'angle inférieur de l'os malaire. De son côté, l'apophyse coronoïde est usée et semble déjetée en avant, de sorte que l'échancrure sigmoïde qui la sépare du condyle présente une courbe de plus grand rayon que chez un sujet sain. On recherche si le condyle a abandonné le ménisque inter-articulaire, et on trouve qu'en effet le ménisque s'interpose entre le condyle et la racine transverse de l'apophyse zygomatique. La cavité glénoïde forme un vide assez grand, très-incomplètement comblé par un peu de tissu fibreux. (*Journ. de méd. de l'Ouest.*)

Rupture du foie. — M. Ollive a présenté à la *Société anatomique de Nantes* le foie d'un homme amené un soir à la clinique chirurgicale dans un état extrêmement grave, avec l'emphysème sous-cutané du cou et du thorax. Cet homme, étant complétement ivre, avait été écrasé par un omnibus. A l'autopsie, on trouve la cavité abdominale pleine de sang : on reconnaît immédiatement que ce sang provient de ruptures multiples du foie.

Lorsqu'on examine la face antéro-supérieure de cet organe, on voit sur le lobe droit une déchirure qui commence au niveau de la sortie de la veine surhépatique du lobe droit, et qui se prolonge jusqu'au bord inférieur de l'organe. Cette déchirure paraît avoir une profondeur de trois à quatre centimètres. De cette déchirure partent plusieurs fissures se dirigeant à droite et à gauche. Enfin il y a encore sur la face antéro-supérieure deux autres fissures verticales moins profondes : l'une vers l'union des deux lobes, l'autre sur le lobe gauche. En retournant le foie, on voit sur la face inférieure du lobe droit une déchirure qui communique avec la première décrite, et qui divise ce lobe en deux portions : l'une antéro-supérieure, l'autre postée inférieure. Cette immense solution de continuité remonte presque jusqu'au bord convexe du foie. (*Journ. de méd. de l'Ouest.*)

Le sel de cuisine grillé dans le traitement des fièvres intermittentes, par le docteur Brokes. — Ce médecin recommande contre les fièvres périodiques un moyen fort simple, mais dont il a très-souvent constaté l'efficacité dans ses voyages en Hongrie et en Amérique.

On prend une bonne poignée de sel blanc pulvérisé, comme on en trouve dans toutes les cuisines, et on le fait griller dans une poêle bien propre, neuve si c'est possible, à un feu doux, jusqu'à ce qu'il ait pris une couleur brune, semblable à celle du café torréfié. Un homme adulte et vigoureux en prendra une bonne cuillerée à soupe, la fera fondre dans un verre d'eau chaude, et boira le tout en une seule fois. Il faut noter que, lorsque la fièvre reparaît à intervalles de 2, 3, 4 jours, il faut prendre le remède à jeun, le matin du jour qui suit celui de la fièvre.

Pour remédier à la soif qu'occasionne le sel, on ne prend, lorsqu'elle devient insupportable, qu'un peu d'eau que l'on aspire avec une paille. Quant à l'appétit, il ne faut le satisfaire, pendant les 48 heures qui suivent l'absorption du sel, qu'avec du bouillon de poule ou de viande ; il est surtout nécessaire pendant ce temps d'observer une diète sévère et d'éviter tout refroidissement.

Pendant dix-huit ans qu'il a employé ce mode de traitement, l'auteur n'a pas eu d'insuccès. Voilà qui mérite d'être expérimenté. (*Marseille médical.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

479. Rauge. Du traitement de l'hygroma prérotulien.

480. Roy. Réflexions sur quelques variétés rares d'occlusion intestinale.

481. Quelliot. Topographie, histoire, statistique médicales de l'arrondissement de Vouziers (Ardennes).

482. Baronnet. Cause anatomo-physiologique de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire des jeunes sujets et de la chute prématurée des dents consécutive.

483. Delaunay. Du taxis.
484. Prévost. Étude sur la glycosurie passagère et en particulier sur celle observée dans la suppuration.
485. Lagnoux. De la coqueluche et de son traitement en général et en particulier par le valérianate de caféine.
486. Courgey. Fréquence des lésions du mamelon et de la mamelle chez les nourrices. Remarques statistiques sur 589 observations d'accouchement et de suites de couches.
487. Chenu. De la nostalgie.
488. Pitache. Contribution à l'étude de l'infiltration d'urine.
489. Torthe. D'une forme rare de déviation menstruelle.
490. Cavé. De l'imperforation congénitale du conduit auditif externe.
491. Réthoret. Essai sur le traitement des affections organiques du cœur.
492. Heugas. Contribution à l'étude de la paralysie saturnine généralisée.
493. Charpentier. De la vision avec les diverses parties de la rétine.
494. Barrion. De l'entraînement.
495. Bouriau. Du phlegmon diffus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours, pour trois places de médecin au Bureau central, s'ouvrira le jeudi 6 juin 1878, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, le samedi 4 mai 1878, et sera clos définitivement le lundi 20 mai, à trois heures.

— MM. les élèves inscrits à l'École pratique pour la médecine opératoire sont prévenus que l'appel sera fait tous les jours, à midi et demi, et qu'il ne sera délivré de sujets qu'à ceux qui répondront à l'appel.

— Le banquet annuel de l'internat des hôpitaux de Paris aura lieu, cette année, le samedi 18 mai, à sept heures, au restaurant du café Riche (entrée rue Lepelletier, n° 1), sous la présidence de M. le professeur Hardy.

Le prix de la souscription est fixé à *seize francs*, et pourra être remis à l'un des commissaires du banquet (M. Martineau, 19, rue de Beaune, ou M. Bottentuit, 19, boulevard Malesherbes), ou bien encore dans les hôpitaux, à l'interne en médecine, économe de la salle de garde.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 8 mai, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Nomination d'un associé libre national ; 2° Constitution médicale du mois d'avril. Policlinique ; 3° M. Grellety : Sur la roséole quinique et le favus tardif ; 4° M. Rochard Du traitement des maladies de la peau ; 5° M. Hamon : Appareil pneumatique à quadruple effet.

— Une conférence sur le squelette des oiseaux aura lieu au laboratoire du Muséum, 55, rue de Buffon, le samedi 4 mai, à midi.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 5 mai 1878, dans les bois de Chaville et Sèvres. Rendez-vous à la gare de Chaville, à l'arrivée du train qui part de Paris (gare Montparnasse), à onze heures du matin.

— M. Marey, professeur au Collège de France, commencera le cours d'histoire naturelle des corps organisés le 7 mai 1878, à deux heures, et le continuera les samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur traitera des signes extérieurs des fonctions de la vie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.—Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 53. — MARDI 7 MAI 1878. 51e ANNÉE. MARDI 7 MAI 1878. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

—

Des diverses variétés de scrofulides.

Je vous ai indiqué dans une de nos dernières réunions les caractères généraux des scrofulides. A côté de ce type, il existe des variétés particulières sur lesquelles je dois appeler votre attention.

La première, la scrofulide érythémateuse, est extrêmement intéressante. Elle est caractérisée par des taches très-limitées, quelquefois de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, saillantes, ordinairement arrondies, et dans quelques cas constituées à leur centre par de la peau absolument saine. Cette variété est remarquable par la facilité qu'elle a de s'étendre en cercle, comme l'herpès. Biett, s'appuyant précisément sur cette tendance de la scrofulide érythémateuse à affecter une marche excentrique, l'avait désignée sous le nom d'érythème centrifuge. Aussi, quand, au bout d'un certain temps, l'éruption se recouvre d'écailles et prend la forme squammeuse, cette marche particulière de la maladie est-elle, avec sa longue durée, avec son siège qui est presque exclusivement le visage et quelquefois le dos des mains, un des signes qui permettent de la différencier du psoriasis avec lequel on la confond fréquemment. Cette dernière affection occupe, en effet, généralement les diverses régions du corps, notamment le coude et les genoux, mais jamais la face. Enfin, le psoriasis ne laisse jamais après lui ces pertes de substance souvent considérables que l'on observe toujours dans les scrofulides.

La seconde variété, scrofulide acnéïque, est ainsi désignée parce qu'elle affecte les follicules sébacés de la peau. Elle consiste dans de petites pustules qui s'agminent les unes à côté des autres et finissent par se couvrir de croûtes allongées, très-sèches, lesquelles en, faisant saillie à l'extérieur, en se réunissant avec les croûtes voisines, déterminent à la surface de la peau une multitude de petites épines, d'arêtes, de stalactites, qui lui donnent un aspect tout particulier. On peut considérer cette scrofulide acnéique comme une sous-variété de la scrofulide érythémateuse.

La variété pustuleuse qui vient ensuite débute par de petites pustules qui s'ulcèrent et, en se réunissant, en se fondant les unes avec les autres, donnent lieu plus tard à des croûtes analogues à celles de l'impétigo. Aussi Wilan lui avait-il donné le nom de *impetigo rodens.* Dans d'autres circonstances, quand un grand nombre de ces pustules se réunissent, elles simulent, par leur large étendue, une éruption de rupia. Toutefois la syphilide pustuleuse diffère de ces deux affections par sa durée et sa délimitation moins parfaite, moins circonscrite.

Dans la quatrième variété nous trouvons, comme lésion élémentaire, le tubercule. Aussi porte-t-elle le nom de scrofulide tuberculeuse. Ce tubercule peut quelquefois ne pas s'ulcérer, et alors il se recouvre simplement de squames. Ailleurs, au contraire, il se fait une ulcération très-profonde qui envahit la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, quelquefois même les os et les cartilages, et donne lieu à une perte de substance considérable qui défigure d'une manière affreuse les malades.

Enfin la cinquième variété à laquelle appartient la syphilide phlegmoneuse consiste dans de petits abcès sous-cutanés d'une durée ordinairement longue et qui se manifeste sous forme d'une saillie d'abord blanche, puis d'une coloration violacée. Plus tard, à ce niveau, la peau s'amincit, elle s'ulcère enfin, le pus se fait jour à l'extérieur. La syphilide se manifeste alors sous forme d'une plaie, d'une perte de substance plus ou moins étendue qui se fermera pendant quelque temps, pour se rouvrir ensuite, et, quand la guérison sera définitive, laissera après elle une cicatrice réticulée, kéloïdienne, tout à fait caractéristique.

Ceci dit, voyons maintenant en quoi consiste le traitement des scrofulides en général. A ce sujet, il faut savoir que, si le médecin n'est pas tout-puissant, il peut du moins beaucoup pour abréger la durée de la maladie et assurer même la guérison.

Le traitement comprend deux sortes de moyens : des moyens généraux et des moyens locaux. Les premiers s'adressent à la diathèse elle-même, à la cause organique sous l'influence de laquelle ces éruptions se produisent. Malheureusement nous ne pouvons la supprimer. Tout ce qu'il nous est permis de faire, c'est d'imprimer une modification à la maladie elle-même, de prévenir de nouveaux accidents. C'est déjà beaucoup. Cette modification, nous la demandons aux reconstituants, aux amers, tels que la gentiane, le quinquina, le houblon, le quassia amara, etc.; aux huiles de foies de poissons : la raie, la morue. Cette dernière surtout est un des

meilleurs moyens que l'on puisse recommander en pareil cas, mais il faut en modérer l'emploi, si l'on ne veut fatiguer l'estomac et en rendre l'ingestion impossible. On le donnera donc, non pas comme cela se fait souvent à la dose de huit ou dix cuillerées à bouche par jour, mais seulement de trois, quatre, cinq, tout au plus.

A côté de l'huile de foie de morue, vous obtiendrez encore de bons résultats de quelques préparations ferrugineuses, notamment de l'iodure de fer. L'iodure de potassium sera également efficace dans les cas où il existe des ulcérations profondes. J'ajouterai que, dans quelques circonstances, on se trouvera également très-bien de l'administration du chlorure de sodium à la dose de 2 à 4 grammes par jour en solution. Sous l'influence de ce médicament, particulièrement lorsqu'il s'agissait de syphilides érythémateuses, j'ai vu survenir, en six ou huit mois, la guérison d'éruptions datant de plusieurs années. Les chlorures de potassium et de sodium donnent les mêmes résultats.

Les eaux minérales peuvent être encore d'une grande utilité. Je vous citerai d'abord les chlorurées sodiques, telles que celle de Salins, et même l'eau de mer, prise à l'intérieur et à l'extérieur. De même les eaux sulfureuses fortes et surtout chaudes, les eaux de Luchon, d'Ax, d'Aix-la-Chapelle, de Barèges, etc., sont souvent d'une très-grande efficacité.

A ce traitement général vous joindrez une bonne hygiène, un air salubre, de l'exercice, une bonne nourriture, animale d'abord, puis végétale. Dans ces derniers cas, les légumes verts et suffisamment assaisonnés de chlorure de sodium sont ceux auxquels vous devez vous adresser de préférence. Enfin le séjour à la campagne, s'il est possible, les bains de mer pris à la lame ou dans une baignoire, tel est l'ensemble du traitement à l'aide duquel vous réussirez le mieux pour modifier l'état général de vos malades.

Outre ce traitement général, vous prescrirez un traitement particulier, local, qui variera suivant la période à laquelle les lésions cutanées seront parvenues. Au début, quand il reste encore quelques phénomènes inflammatoires, j'ai pour habitude de recourir aux émolients qui, surtout dans la scrofulide érythémateuse, sont utiles pour combattre l'inflammation. Mais cela ne suffit pas toujours. Dans certains cas, il convient, pour guérir l'ulcération, d'employer des substances irritantes qui agissent dans le sens de la médication substitutive, en provoquant une inflammation aiguë qui remplace l'inflammation chronique primitive, laquelle n'a aucune tendance à la guérison. On arrive à ce résultat par des lotions irritantes, avec le vin aromatique, la teinture d'iode, le biiodure de mercure lequel surtout a l'avantage d'agir à la fois comme moyen de substitution et un peu comme caustique. Voici comment je l'emploie contre la syphilide tuberculeuse. Je fais faire une pommade avec parties égales de biiodure de mercure et d'axonge, et, pour en rendre l'application plus facile, il faut avoir soin de la ramollir en plongeant le vase qui la contient dans un verre d'eau chaude. On obtient ainsi une substance huileuse que l'on applique directement avec un pinceau sur la partie malade. Cette application est suivie d'une douleur extrêmement vive, parfois même intolérable, puis peu la partie se gonfle, elle devient très-rouge et il se fait là une sorte d'érythème superficiel. Le lendemain, apparaît une petite tumeur remplie de pus, qui se rompt, s'ulcère, et donne lieu à une sécrétion de lymphe plastique, laquelle, en se desséchant, donne naissance à des croûtes jaunâtres analogues à celles de l'impétigo. Huit ou dix jours plus tard, ces concrétions disparaissent et l'ulcération, mise à nu, apparaît avec une coloration rouge vif et finit en très-peu de temps par se cicatriser complètement. Au bichlorure de mercure, on peut substituer avec succès l'iode en nature, le chlorure de zinc, etc.

Enfin, j'obtiens également une guérison rapide en cautérisant la partie malade avec de la pâte de Vienne. Mais il convient de l'appliquer seulement dans une étendue très-circonscrite, un centimètre environ, et de ne pas prolonger son action au-delà de 2 à 3 minutes, de manière à n'obtenir qu'une cautérisation superficielle. Au bout de quelque temps l'eschare se détache, laissant à sa place une ulcération simple qui guérit en une quinzaine de jours. Dans la scrofulide phlegmoneuse, je n'attends pas que la peau soit ulcérée et amincie ; je hâte sa destruction par l'application du caustique de Vienne. J'obtiens ainsi une eschare qui tombe au bout de six à dix jours et j'ai alors une ulcération de bonne nature qui tendra facilement à la guérison.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Plaques gangréneuses de la jambe.

Au n° 20 de la salle Saint-Augustin, est couchée une femme âgée de 57 ans, exerçant la profession de cuisinière, entrée depuis dix jours. Elle est de haute stature, et douée d'un embonpoint remarquable ; elle a les cheveux à peine grisonnants : en un mot, elle présente toutes les apparences d'une santé irréprochable. Elle n'a jamais eu de maladie antérieure ; à la suite d'une grossesse, il lui est resté un petit trouble du côté des voies urinaires : elle ne peut pas longtemps conserver ses urines, et est obligée de céder immédiatement au besoin d'uriner, dès qu'il se produit.

Pendant les premiers jours de son entrée à l'hôpital, cette incontinence a même été plus permanente que d'ordinaire.

Du côté des antécédents héréditaires, rien à signaler : ses frères sont bien portants, ses parents sont morts à un âge avancé.

Huit jours avant son entrée dans notre service, soit le 23 décembre, elle a senti, sans cause connue, à la jambe gauche, une sorte de piqûre, et le membre a gonflé rapidement. Il est survenu de la rougeur, et, au milieu du gonflement, l'épiderme s'est soulevé.

Lorsqu'elle est entrée, l'état était à peu près le même qu'aujourd'hui : la jambe gauche était considérablement tuméfiée, depuis les orteils jusqu'au-dessus du genou où la partie interne de la cuisse est aussi augmentée de volume. Les ganglions de l'aine ne sont pas douloureux. Au niveau de la portion interne et inférieure, et de la portion antérieure et moyenne de la jambe, on voit des plaques gangréneuses : celle qui est au-dessus de la malléole interne est complétement sphacélée et envahit toute la peau ; celle qui est au-dessus est moins étendue. A la partie supérieure du tibia, il s'en est formé une troisième ; nous avons assisté à son développement, elle a commencé par une grosse phlyctène, puis est survenue la plaque gangréneuse plus superficielle.

Nous avons pu craindre que ces plaques ne se réunissent, et n'envahissent tout le membre : jusqu'à ce jour le mal est resté limité sans faire de progrès.

Pendant les premiers jours, la malade a eu du délire nocturne ; elle avait le regard étonné ; en un mot, l'état général était troublé. Cependant nous avons été surpris de ne pas trouver d'élévation de la température qui était même hypo normale au dessous de 37° : elle est restée dans ces limites pendant plusieurs jours, puis elle a dépassé 37°, et aujourd'hui elle est au même chiffre, sans avoir jamais atteint 38°.

La peau est froide au toucher ; la face pâle.

Nous avions à rechercher la cause de cette gangrène survenue si subitement ; nous avons donc examiné les principales fonctions.

La ressemblance des plaques avec celles des sphacèles dus au diabète nous a fait songer immédiatement à l'examen des urines. Nous avons pu arriver à en recueillir à plusieurs reprises 4 à 500 grammes chaque fois. L'analyse n'a donné que des résultats complètement négatifs : ni sucre, ni albumine, ni matières colorantes de la bile ; proportion à peu près normale des divers éléments.

Comme on ne peut guère admettre un diabète intermittent ou suspendu par l'évolution de l'affection gangréneuse, force nous fut donc de rejeter l'hypothèse du diabète.

En second lieu, nous avions à rechercher l'alcoolisme qui peut, sous l'influence du froid, amener la gangrène des points contusionnés. A ce sujet, vous vous rappelez que nous avons eu dans nos salles un marchand de vins, jeune encore, qui eut des plaques de gangrène à la main, à la suite de l'application du bandage pour fracture de l'avant-bras, sans que l'appareil puisse en être incriminé, puisque les points qui n'avaient subi aucune pression étaient cependant sphacélés. Nous avions d'autant plus de tendance à étudier notre malade au point de vue de l'alcoolisme, que sa profession nous rappelle que les cuisinières ne sont pas généralement très-sobres, mais nous n'avons trouvé chez elle aucun des signes ordinaires de l'alcoolisme : aucun tremblement des mains. Le délire qu'elle a présenté au début n'est pas celui des gens adonnés à l'alcool : c'est un subdelirium tranquille, c'est le délire des septicémiques, et pas celui des alcooliques. Il a cessé d'ailleurs depuis que la malade va mieux.

Obligés d'écarter le diabète et l'alcoolisme, nous avons pensé à un autre ordre d'affections : les maladies du foie, qui, avec celles du rein, donnent facilement lieu aux manifestations gangréneuses. La percussion fait bien supposer une légère diminution du volume du foie, mais on ne parvient à trouver aucun autre symptôme d'affection hépatique. L'examen des urines, examen chimique et micrographique, est aussi complètement négatif.

Nous avons ensuite examiné l'état de l'appareil circulatoire. Les artères ne sont pas athéromateuses ; le pouls est très-faible, difficile à percevoir et très-dépressible ; l'artère fémorale du côté de la lésion ne présente rien d'anomal. Les battements du cœur étaient irréguliers dans les premiers jours du séjour de la malade à l'hôpital ; ils ont, depuis, repris un caractère régulier et normal : pas de bruit de souffle, pas de signe d'hypertrophie. Le tracé sphygmographique n'indique d'ailleurs pas de lésion, seulement il est très-faible.

Les troubles qui ont existé dans les mouvements du cœur doivent cependant être pris en considération ; nous pouvons les expliquer par la stéatose cardiaque, affection dont l'existence est encore rendue plus probable par un autre symptôme souvent précieux, le cercle sénile que nous trouvons à la périphérie de la cornée. Ce croissant est bien marqué chez notre malade, malgré son âge peu avancé.

Nous nous arrêtons donc au diagnostic de stéatose cardiaque, tout en reconnaissant qu'il est bien vague et qu'il n'explique pas le sphacèle. Nous sommes tenus en échec par une cause inconnue, cause plus directe de la gangrène, et qui nous échappe complètement. Cette cause existe certainement, car je ne crois pas à la gangrène spontanée.

Avec un diagnostic aussi incertain, nous ne pouvions faire une thérapeutique bien efficace. Nous avons combattu les symptômes : l'hypothermie d'abord, qui est toujours un symptôme de mauvais augure ; l'inappétence, la soif, nous indiquaient naturellement la médication stimulante. Nous avons prescrit le vin, la potion de Tood, l'extrait de quinquina. Localement nous n'avons employé que les soins antiseptiques, compresses imbibées de la solution phéniquée, et nous nous sommes bien gardés de faire des incisions avec le bistouri.

Depuis longtemps déjà, j'ai abandonné ma première pratique d'employer le bistouri dans les inflammations superficielles de la peau, érysipèle phlegmoneux, etc. Dès qu'un phlegmon n'a pas un caractère nettement inflammatoire ; dès que je me trouve en face d'un état constitutionnel mal déterminé, tel que celui de notre malade, j'éprouve une grande répugnance à inciser la peau, car il arrive souvent que la moindre incision détermine la gangrène plus qu'elle ne la prévient ; d'autre part, on peut avoir des hémorrhagies considérables qui obligeront à faire du tamponnement sur la plaie, d'où encore compression et gangrène.

Nous continuerons simplement ce traitement pour notre malade, qui s'est déjà bien relevée, mais qui m'inspire encore des inquiétudes, d'autant plus qu'à l'auscultation de la poitrine on entend des rhoncus et des râles de bronchite assez nombreux ; l'hypostase et la pneumonie ne sont pas loin.

J'ai tenu surtout à vous parler de cette malade pour vous montrer que le diagnostic des affections chirurgicales n'est pas toujours facile, et que l'incertitude qui naît de ces difficultés rend d'autant plus hypothétiques et le pronostic et le traitement.

Dans le même ordre d'idées, je veux encore aujourd'hui vous signaler le malade auquel j'ai pratiqué la désarticulation de la hanche. Il revient à l'hôpital pour nous demander un appareil prothétique. Je crains bien qu'il n'en ait jamais besoin : son état, en effet, est plus grave qu'on ne le supposerait au premier abord. Nous avons constaté qu'il s'est développé au cou un chapelet de ganglions que nous ne pouvons guère attribuer à la syphilis ou à la scrofule. Rappelons-nous que la tumeur de la hanche était une tumeur myxomateuse de mauvaise nature et à marche comparable à celle du cancer. Cela nous fait donc redouter que l'affection des ganglions du cou ne soit de même nature. En outre, l'opéré présente au moignon des symptômes aussi alarmants. Sous le lambeau, s'est développée une tuméfaction arrondie et volumineuse, très-fluctuante, comme la tumeur que nous avons enlevée. Elle est douloureuse au toucher, mais *il n'y a pas de rougeur* à la peau, *il n'y a pas d'œdème*. L'examen superficiel de la tumeur ferait penser naturellement à un abcès, comme on en observe souvent dans les moignons : mais l'absence de rougeur et l'absence d'œdème nous obligent à écarter ce diagnostic bénin. L'élévation de température qui accompagne le développement des néoplasmes à marche rapide, comme je l'ai observé, est aussi un phénomène alarmant ; je ne crois donc pas à un abcès, mais bien à une *récidive* de la tumeur que nous avons extirpée (1). Ne portez donc pas le diagnostic d'abcès à la légère, et considérez toutes les conditions dans lesquelles se trouve le malade : toutes les fois que vous vous préparerez à ouvrir une collection phlegmoneuse et récente, constatez bien que les quatre signes cardinaux de l'abcès existent, *sans qu'il en manque un seul*, et assurez-vous de la présence d'un cinquième, *l'œdème*, tout aussi important. Encore une fois, s'il manque un seul de ces cinq caractères fondamentaux, n'ouvrez pas la tumeur et cherchez autre chose ; le plus souvent vous découvrirez un autre diagnostic.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. BADAL.

Conférences d'optométrie (2).

III

Réfraction dynamique. Accommodation de l'œil aux distances.

Un œil réduit aux seules ressources de sa réfraction statique est tout à fait comparable, pour la formation des images, à une lentille convergente ordinaire, en ce sens qu'il ne peut donner d'images nettes sur un écran dont la situation est fixe, — et c'est le cas de la rétine, — qu'autant que l'objet qui sert de point de fixation est situé à une distance déterminée et toujours la même.

Je vous ai dit précédemment qu'à cette distance correspondait le point le plus éloigné de la vision distincte (*punctum remotum*) ; si l'objet se déplace, soit en avant, soit en arrière, l'image se déplace également (c'est ce qu'on entend en optique par *aberration de parallaxe*), et la rétine, ne se trouvant plus au foyer conjugué

(1) Voir l'histoire de cette désarticulation de la hanche, *Gazette des hôpitaux* 1877. N° 139.

(2) Suite. — Voir les numéros des 5 et 19 février.

de l'objet, ne reçoit qu'une image diffuse et par conséquent indistincte, au moins dans ses détails.

Nous savons cependant qu'entre des limites déterminées pour chacun, et le plus souvent assez étendues, la vision reste parfaitement nette. On ne peut, il est vrai, voir *à la fois, distinctement*, deux objets situés à des distances différentes ; mais il suffit d'un temps très-court, bien qu'appréciable, pour passer de la fixation d'un objet éloigné à celle d'un objet rapproché, et inversement, à la seule condition que ces objets soient compris tous deux dans les limites de la vision distincte. Cela suppose que l'œil éprouve ou exécute en lui-même certaines modifications ayant pour effet de maintenir constamment sur la rétine le foyer des rayons lumineux.

Accommodation. — La faculté que possède tout œil normal de s'adapter volontairement ou instinctivement, pour des distances moindres que celle du point le plus éloigné de la vision distincte, a reçu le nom d'*accommodation.*

L'histoire de l'accommodation forme un des chapitres certainement les plus intéressants de la physiologie de l'œil. Ce n'est pas ici le lieu de traiter à fond cette question : l'optométrie a simplement pour objet la mesure des fonctions visuelles. Je me bornerai donc à vous donner quelques indications sommaires sur le mécanisme à l'aide duquel s'effectue l'accommodation de l'œil aux distances.

Les recherches modernes paraissent avoir établi définitivement les points suivants :

1° L'accommodation résulte uniquement d'une augmentation du pouvoir réfringent de l'œil, dans une proportion suffisante pour que les rayons lumineux venus d'objets situés en-deçà du *punctum remotum* et dont l'image tendrait par conséquent à aller se former au-delà de la rétine, continuent à former foyer sur la membrane sensible.

2° Cette nouvelle quantité de réfraction que l'œil peut développer en lui-même, et qui a reçu pour ce motif le nom de *réfraction dynamique*, est le résultat d'une modification de courbure de la face antérieure du cristallin qui devient plus convexe, tandis que la face postérieure, maintenue par le corps vitré, ne change pas de forme d'une manière sensible.

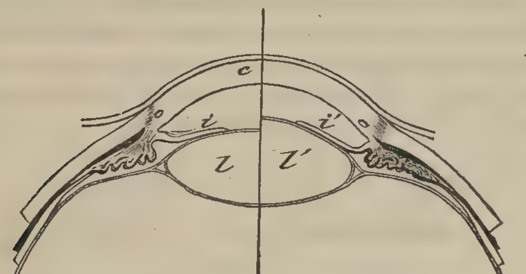


FIG. 1. — Coupe schématique de l'œil, destinée à montrer la déformation du cristallin dans la vision des objets rapprochés. — En *l* et en *i*, le cristallin est à l'état de repos ; en *l' i'*, il est accommodé pour la vision de près ; la cornée n'a pas changé de courbure.

3° Les variations de forme du cristallin résultent de l'action combinée du muscle ciliaire et de l'iris, seuls éléments contractiles intra-oculaires ; l'effort d'accommodation est donc un effort musculaire.

Jusque-là, tout le monde est d'accord, ou à peu près. Quant à la part propre à l'iris et au muscle ciliaire, et au mécanisme intime suivant lequel s'effectue le changement de forme du cristallin, les auteurs sont très-divisés.

Il est probable cependant que l'iris ne joue dans l'accommodation qu'un rôle secondaire ; le resserrement de la pupille, qui accompagne toute contraction du muscle ciliaire, paraît être simplement un mouvement associé, surtout destiné, comme nous le verrons, à diminuer l'étendue des cercles de diffusion en prévision d'une accommodation imparfaite.

Le muscle ciliaire mériterait donc seul le titre de *muscle de l'accommodation.* On sait que ce muscle est composé de deux ordres de fibres lisses. Les unes, longitudinales, s'insèrent à la sclérotique, vers la paroi interne du canal de Schlemm, se dirigent en arrière, parallèlement à la surface concave de cette membrane, et vont se perdre dans le tissu de la choroïde : elles constituent la portion radiaire décrite depuis longtemps par Brücke et Bowmann sous le nom de *muscle tenseur* de la choroïde. Les autres, découvertes par Henri Müller, sont situées plus profondément, affectent une direction circulaire, et se fixent plus particulièrement au bord adhérent de l'iris.

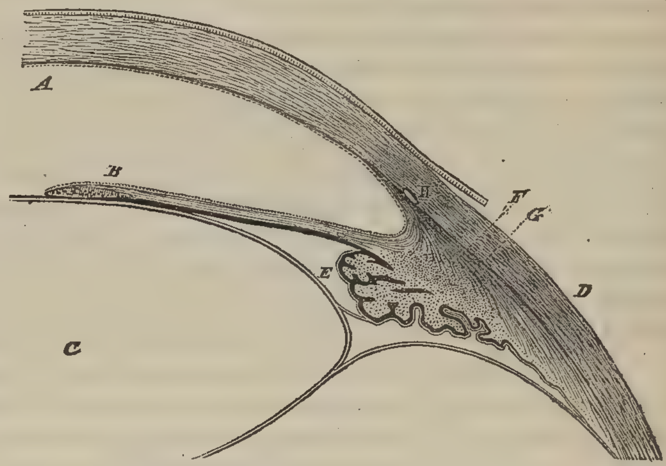


FIG. 2. — Coupe de l'œil, destinée à montrer le muscle ciliaire. — A, *cornée;* D, *sclérotique;* H, *canal Schlemm;* G, *portion radiée du muscle ciliaire;* F, *portion circulaire du même muscle;* E, *procès ciliaires;* C, *cristallin;* B, *iris.*

D'après la théorie qui paraît rencontrer le plus de faveur, les fibres longitudinales, lorsqu'elles se contractent, prennent leur point fixe à leur attache antérieure et par conséquent attirent en avant la choroïde. La zone de Zinn, ou ligament suspenseur annulaire du cristallin, intimement liée, d'une part, à la cristalloïde, d'autre part à la choroïde, suit le mouvement de cette dernière en avant, et se trouve ainsi relâchée. Le cristallin, soustrait à la tension de la zonule qui tendait à l'aplatir, prend alors, par son élasticité propre, une convexité plus grande. En outre, d'après quelques auteurs, les fibres circulaires du muscle exerceraient sur l'équateur du cristallin, par l'intermédiaire des procès ciliaires, une pression qui accroîtrait encore l'épaisseur de la lentille.

Tout cela, comme vous le voyez, est bien vague. La seule chose qui paraisse certaine, c'est que l'accommodation, au lieu d'être, comme la réfraction statique, un état purement passif, a pour agents l'iris et le muscle ciliaire ; qu'elle dépend par conséquent d'organes actifs, soumis aux lois qui régissent l'action musculaire.

Punctum proximum. — A mesure que la face antérieure du cristallin devient plus convexe sous l'influence de la contraction du muscle accommodateur, la puissance réfringente de l'œil augmente, et le lieu de la vision distincte qui, pendant le repos de l'organe, était situé au *punctum remotum*, se rapproche de plus en plus.

La puissance du muscle ciliaire est limitée, et il en est de même de l'élasticité des fibres cristalliniennes ; la lentille ne peut donc accroître sa convexité que dans une certaine mesure. Il en résulte que le point le plus rapproché de la vision distincte reste toujours éloigné de l'œil de quelques centimètres au moins, même chez les sujets les mieux doués sous le rapport de l'accommodation. Ce point le plus rapproché est désigné sous le nom de *punctum proximum* (P. P.) par opposition à celui de *punctum remotum* (P. R.), donné, comme nous l'avons vu, au point le plus éloigné,

Parcours et amplitude de l'accommodation. — La distance comprise entre les deux points dont il vient d'être question constitue le *parcours de l'accommodation :* c'est le *champ antéro-postérieur* de la vision distincte. L'augmentation de pouvoir réfringent nécessaire pour passer du *punctum remotum* au *punctum proximum* a reçu le nom d'*amplitude de l'accommodation.*

En résumé, pendant le relâchement complet du muscle ciliaire, la réfraction de l'œil est réduite à son minimum, et ce minimum a pour mesure précisément la réfraction statique. Dès que l'accommodation entre en jeu, la réfraction dynamique s'ajoute à la réfrac-

tion statique, et, lorsque la vision s'exerce pour le point le plus rapproché possible, le pouvoir réfringent, porté à son plus haut degré, a pour mesure la réfraction statique augmentée du *maximum* de réfraction dynamique que l'œil puisse développer.

Presbytie. — La réfraction dynamique étant le résultat d'un effort musculaire, on comprend que sa puissance maximum, son *amplitude* puisse différer d'un sujet à l'autre, et on prévoit qu'elle devra varier chez le même sujet suivant l'âge, l'état de santé ou de maladie, l'exercice auquel est soumis le muscle ciliaire ; en un mot, suivant les conditions physiologiques et pathologiques dans lesquelles se trouvent placés les deux organes : muscle accommodateur et cristallin, dont dépend l'ajustement de l'œil aux distances.

Le cristallin, sous l'influence de troubles nutritifs qui sont l'effet des progrès de l'âge, perd de son élasticité, devient plus résistant et change moins facilement de courbure ; avec l'âge aussi, la puissance contractile du muscle ciliaire s'affaiblit. Ces deux causes réunies font que le point le plus rapproché de la vision distincte s'éloigne peu à peu de l'œil, et qu'à un certain moment, chez la plupart des personnes, — les myopes de degré avancé font seuls exception, — la lecture, l'écriture et, d'une façon générale, les travaux qui exigent une perception nette des objets à courte distance, deviennent absolument impossibles sans le secours de lunettes. Cet état a reçu le nom de *presbytie*, ou mieux *presbyopie* (de πρέσϐυς, vieux).

La presbyopie n'est donc pas, à proprement parler, une anomalie de la réfraction dynamique ; c'est le résultat d'un affaiblissement de l'accommodation, lié aux progrès de l'âge et par conséquent régulier, physiologique.

Ce qui paraît singulier dans le pouvoir d'accommodation, c'est qu'au lieu d'aller en progressant de la naissance à l'âge adulte, pour décliner ensuite, comme toute puissance musculaire, il possède son maximum d'énergie dès les premières années de la vie, et va sans cesse en s'affaiblissant à partir de l'enfance, alors que les autres facultés vont au contraire en se développant.

Il n'est pas probable cependant que le muscle ciliaire éprouve déjà des modifications qui le rendent moins propre à l'usage auquel il est destiné ; aussi est-il à peu près certain que la diminution précoce du pouvoir d'accommodation tient simplement à ce que les éléments cristalliniens perdent de bonne heure leur élasticité pour devenir de plus en plus fermes et rigides. Par suite de cette augmentation de consistance, le même degré de contraction musculaire ne saurait plus produire le même changement qu'autrefois dans la forme de la lentille. Plus tard, l'affaiblissement sénile du muscle ciliaire viendrait ajouter son action à celle qui vient d'être indiquée.

Anomalies de l'accommodation. — Si on en excepte la luxation et l'absence du cristallin qui ne sont pas, à proprement parler, des troubles de l'accommodation, bien qu'elles entraînent nécessairement la perte de la fonction, les seules anomalies à signaler sont :

1° La diminution du pouvoir d'accommodation (*paresis*) succédant aux maladies qui ont affaibli le système musculaire dans son ensemble ;

2° Les paralysies plus ou moins complètes du muscle ciliaire et du sphincter de l'iris;

3° Le spasme de l'accommodation, dû à une contraction exagérée et souvent irrégulière de ces mêmes muscles.

Comme vous le voyez, les troubles de la réfraction dynamique reconnaissent pour cause une perturbation des forces musculaires qui président à l'accommodation et, par suite, sont sous la dépendance directe du système nerveux, bien différentes en cela des anomalies de la réfraction statique qui, elles, dépendent uniquement d'une conformation irrégulière de l'œil.

Je viens de vous tracer à grands traits l'histoire de l'accommodation. Pour compléter ces notions succinctes, il me reste à vous dire quelques mots des influences nerveuses qui régissent les muscles accommodateurs.

Les filets nerveux qui se distribuent au muscle ciliaire et à l'iris viennent du ganglion ophthalmique, à l'exception d'une ou deux branches fournies directement par le nerf naso-ciliaire.

Vous savez que ce ganglion est en connexion : par sa racine *courte* ou *motrice*, avec l'oculo-moteur commun (3e paire) ; par sa racine *longue* ou *sensitive*, avec le nerf naso-ciliaire, branche du trijumeau (5e paire); enfin par sa racine *grise* ou *végétative*, avec le cordon cervical du grand-sympathique.

L'influence du trijumeau sur les mouvements de l'iris et sur l'accommodation a été l'objet d'hypothèses nombreuses parmi lesquelles il est assez difficile de faire un choix. Le trijumeau est un nerf du sentiment, cependant son irritation amène le resserrement de la pupille.

Le rôle propre à la racine sympathique du ganglion ophthalmique est un peu moins obscur. Ce nerf aurait pour effet de relever continuellement la tonicité des fibres radiées de l'iris, de manière que ces fibres agissent avec une force constante comme antagonistes du sphincter. Quant à l'influence du grand sympathique sur l'accommodation, elle n'est prouvée par aucun fait dûment établi.

L'action du nerf oculo-moteur sur les éléments musculaires intraoculaires est de beaucoup la mieux connue. Ce nerf tient sous sa dépendance la contraction de l'iris et du muscle ciliaire. Sa paralysie est suivie de la dilatation de la pupille et de la perte du pouvoir d'accommodation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 avril 1878. — Présidence de M. Labric.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

De la glycosurie et du diabète. — M. GÉRIN-ROZE, au nom de M. le docteur Duhomme, lit un travail sur le diagnostic différentiel du diabète et de la glycosurie.

Dans ce travail, dit M. Gérin-Roze, notre confrère rappelle que la glycosurie n'est qu'un symptôme, qu'un trouble fonctionnel pouvant se rapporter aux états morbides les plus différents et devant être étudié par les cliniciens au même titre que ses congénères les convulsions, etc. Il divise la glycosurie en symptomatique et essentielle : l'essentielle, c'est le diabète sucré ; puis il cherche à distinguer ces deux formes l'une de l'autre. C'est là le côté original du mémoire. Après de longues et nombreuses observations, faites chez des malades suivis pendant plusieurs années, M. Duhomme croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Autant le traitement par la privation des substances féculentes et sucrées est efficace dans la glycosurie, autant il est impuissant dans le vrai diabète, qui d'ailleurs est fort rare ;

2° Chez le diabétique, l'analyse volumétrique par la liqueur de Fehling est facile et sans obscurités, tandis que, bien au contraire, les réactions sont souvent obscures et difficiles chez les glycosuriques. Ces troubles dans les réactions semblent tenir à la présence plus accusée des principes créatiniques dans l'urine des glycosuriques ;

3° Chez les diabétiques, la quantité de sucre ne subit d'un jour à l'autre que d'assez faibles variations, tandis que chez les glycosuriques elle peut varier du tout au tout. Tel est, pour l'auteur, le signe pathognomonique de la glycosurie.

M. Gérin-Roze ajoute que, jusqu'à présent, il a trouvé ces conclusions conformes à la vérité. Témoin les deux observations succinctes qu'il prend pour types :

1° L'an dernier, à la Charité, j'ai eu l'occasion d'étudier, pendant deux mois, un homme d'une quarantaine d'années, qui, au premier abord, ne semblait atteint d'aucune maladie grave. Mais, dès qu'il voulait travailler, il lui était impossible de se livrer à une occupation fatigante, par suite de faiblesse musculaire et de dyspnée. Depuis deux ans, déjà, il avait fait plusieurs séjours dans différents hôpitaux sans y trouver la guérison qu'il cherchait. J'examinai ses urines ; il en rendait à peu près un litre et demi par jour, et chaque litre contenait environ 10 grammes de sucre. L'analyse par la

liqueur de Fehling était facile et sans obscurité. Je l'ai soumis au traitement par la privation des aliments sucrés et féculents. Il mangea du pain de gluten, et, pendant deux mois qu'il resta livré à mon observation, il rendit à peu près chaque fois la même quantité de sucre, sans que le traitement ait jamais paru en diminuer la production. Cet homme était diabétique.

2° L'exemple du deuxième type glycosurique est pris dans ma clientèle. Je ne donne ici que le résumé de l'observation.

M. X..., voyageur du commerce, âgé de trente-neuf ans, est vigoureux et de taille moyenne; je l'ai soigné en 1865 pour un chancre induré, suivi de plaques muqueuses du gosier.

Testicules syphilitiques en 1865 et en 1871; ces accidents disparurent assez vite sous l'influence d'un traitement spécifique, mais, depuis lors, par mesure de sûreté, je le soumets tous les ans, pendant un mois, à une médication préventive par l'iodure de potassium.

En 1875, colique néphrétique jugée par l'émission d'un petit calcul urique; nouvelle colique en novembre 1877.

En novembre 1875, première attaque de goutte. Cette attaque, très-légère et d'une durée de deux à trois jours, se caractérisa par une tuméfaction d'une tumeur du gros orteil qui força le malade à garder la chambre et fut efficacement combattue par une purgation et un enveloppement des pieds dans la ouate laudanisée. Deuxième attaque semblable l'année suivante.

Troisième attaque, de quatre jours de durée, débutant le 11 janvier 1878.

M. X..., que je vois à cette occasion, m'apprend que, cinq jours avant cette attaque, il avait été pris d'une soif vive et que, depuis lors, il buvait et urinait plus que d'habitude. Ce récit éveilla mes soupçons; je fis, séance tenante, l'analyse qualitative de l'urine, que je trouvai riche en sucre.

Le 15 janvier, M. X... étant complètement débarrassé de son attaque de goutte, je lui recommandai de reprendre, pendant vingt-quatre heures, la vie un peu plus large qu'il menait précédemment et de me garder soigneusement toute l'urine qu'il rendrait dans ce laps de temps. Il livra, le lendemain, deux litres quarante centilitres d'urine contenant 187 grammes de sucre, soit 78 grammes par litre. Un écart assez considérable dans le résultat de l'analyse par le polarimètre comparé au résultat de l'analyse par la liqueur de Fehling permit à M. Duhomme de soupçonner une glycosurie dont nous pouvions espérer la guérison.

Malheureusement, M. X... partait pour un voyage de deux mois, pendant lequel il devait aller de ville en ville, et changer fort souvent d'hôtel et d'habitudes. Certainement c'étaient là de bien mauvaises conditions pour le traitement. Il ne fallait pas songer au pain de gluten. Je conseillai néanmoins la privation des aliments sucrés et féculents; 1/2 bouteille d'eau de Vichy par jour, pour couper le vin; des bains sulfureux; l'exercice musculaire; et, pour remplacer le pain de gluten, j'insistai sur la nécessité de ne manger que la croûte du pain.

M. X... suivit exactement ce traitement pendant près de deux mois, et, à son retour à Paris, j'eus le plaisir de constater la disparition de la glycosurie. Comme il se trouvait mieux portant que jamais, je lui permis d'abandonner le traitement et de reprendre sa vie d'autrefois. Depuis lors, j'ai plusieurs fois analysé ses urines; le ma n'a jamais reparu.

Toutes mes recherches ont été faites à l'aide de la liqueur de Fehling d'après le procédé d'analyse volumétrique préconisé par M. Duhomme, et les résultats de l'analyse ont été soumis au contrôle du polarimètre.

En résumé, faisant abstraction de l'intérêt tout spécial de ce cas de glycosurie passagère, que je crois symptomatique de l'arthritis, j'appelle toute votre attention sur la valeur du nouveau moyen de diagnostic et de pronostic indiqué par M. Duhomme, dans l'intéressante communication que je viens de vous faire en son nom. Vous conclurez également de ces faits que la gravité du pronostic n'est pas toujours en raison directe de la quantité de sucre excrété par les urines.

Maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes. Il insiste particulièrement, dans ce rapport, sur la nécessité de l'isolement pour les malades atteints d'affections contagieuses.

M. LE PRÉSIDENT nomme une commission composée de MM. Moutard-Martin, Bergeron, Henri Guéneau de Mussy, Siredey, Vallin et Cadet de Gassicourt, qui sera chargée d'examiner les meilleures conditions d'isolement de ces malades.

Anesthésie obstétricale. — M. DUMONTPALLIER prend de nouveau la parole sur cette question. Il commence par reconnaître le bien fondé des réclamations de M. Houzelot (de Meaux), et rend un légitime hommage à ses travaux. M. Houzelot a tout dit, il a même peut-être trop dit sur l'anesthésie obstétricale; il y a vu, en effet, tout ce qu'on pouvait y voir, mais il a été un peu trop loin quand il a dit qu'on pouvait employer le chloroforme dans presque tous les accouchements. Après le travail de M. Houzelot qui a été analysé à la Société de chirurgie, en 1854, il faut citer celui de M. Blot, en 1857, qui est une thèse d'agrégation, travail dans lequel la conclusion ne s'accorde pas avec les prémisses. En effet, dans le corps de son travail, M. Blot indique parfaitement qu'il faut employer le chloroforme, non pas comme pour l'anesthésie chirurgicale, mais bien à petites doses, dans les cas où le travail se fait avec lenteur. Puis, dans les conclusions, il laisse entendre qu'il ne faut jamais faire usage du chloroforme que dans les cas de douleurs extrêmes. Il semble véritablement qu'il y ait là l'influence d'une sorte de pression qui a fait que l'auteur de cette thèse, tout en ayant reconnu les avantages de l'anesthésie obstétricale, n'a pas osé les divulguer. Après vient le travail de Frédet, en 1867, qui conclut à la nécessité de l'emploi du chloroforme dans certains accouchements; puis le travail de M. Campbell qui, sur 1,500 accouchements pratiqués avec le chloroforme, n'a eu que 11 décès non attribuables à cet agent anesthésique. M. Piachaud, à Genève, est arrivé aux mêmes résultats et aux mêmes conclusions que M. Campbell.

Il y a lieu de s'étonner qu'en France, après les résultats fournis par Frédet, Blot, Campbell, etc., on soit resté si longtemps indifférent à l'emploi du chloroforme en obstétrique. Dans l'une des dernières séances de la Société, M. Lucas-Championnière est venu donner les résultats de sa pratique à la maternité de Cochin; il conclut qu'on doit toujours donner le chloroforme depuis le commencement du travail jusqu'à la fin. M. Dumontpallier ne partage pas cette opinion qu'il trouve exagérée.

Il importe donc de bien déterminer les conditions dans lesquelles il est indiqué de recourir à l'anesthésie obstétricale. C'est ce qu'a fait M. Dumontpallier dans sa première communication.

La séance est levée.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

(Neuvième liste.)

Listes précédentes	5,414 fr. 50 c
MM. le docteur Challan de Belval.	5 »
le docteur Marcel Bouyer.	5 »
Total. . . .	5,424 f. 50 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Tremblet, Irénée, externe des hôpitaux.

— Le bureau de la statistique générale vient de publier le mouvement de la population de la France pendant l'année 1876.

Le nombre des naissances a été de 966,682; celui des décès de

834,074; d'où une augmentation totale de population de 132,608.

Le nombre des mariages avait été de 291,366.

— La Société protectrice de l'enfance de Marseille ouvre, pour l'exercice 1878-1879, plusieurs concours, dont voici les conditions :

I. — Prix de 200 francs et médaille d'or, médailles d'argent, de bronze, mentions honorables, aux meilleurs mémoires en réponse à cette question : Réformes à introduire dans l'assistance publique des enfants en bas âge. — Étudier les questions de secours aux filles-mères, de réceptions d'enfants abandonnés ou trouvés, de refuges pour les femmes enceintes, de maisons de sevrage pour les enfants d'indigents ou d'ouvriers, du séjour des nouveau-nés dans les hospices, et généralement tous les services pour les enfants de la naissance à trois ans. — Comparer les établissements ouverts en France et à l'étranger.

II. — Médailles d'or, d'argent, de bronze, mentions honorables, aux meilleurs mémoires en réponse à cette question : Hygiène et traitement des maladies de la peau de la tête chez les enfants en bas âge ; combattre les préjugés y relatifs. — Les mémoires sur *l'une* ou *l'autre* question doivent être adressés *franco* à M. le président de la Commission scientifique et médicale, rue Mazagran, 6, avant le 15 décembre 1878, *terme de rigueur*. Ils porteront une épigraphe qui sera répétée sur un pli cacheté contenant les nom, prénoms et demeure de l'auteur.

III. — Médailles d'or, d'argent, de bronze et mentions honorables aux inventeurs, importateurs ou producteurs d'objets nouveaux utiles au premier âge (naissance à trois ans). — La Société appelle l'attention des concurrents sur les points suivants : Conserves de lait ; instruments et procédés pour constater la quantité du lait ; instrument pour élever, en peu de temps, le lait à la température naturelle ; boissons et aliments favorisant la sécrétion du lait ; fécules, pâtes, spécialités alimentaires appropriées à la nourriture des enfants ; spécialités économiques pour le sevrage ; confiserie et biscuiterie hygiéniques.

Vêtements et accessoires du vêtement au point de vue de l'hygiène et du bon marché.

Plans de crèches, de maisons nourricières et de sevrage, — chambres d'enfant, — meubles, — berceaux, objets de literie, de toilette, de ménage, de transport.

Jouets servant au développement de l'intelligence et des sens.

Biberons, bouts de sein, tire-lait, garde-lait, bandages, ceintures, instruments de chirurgie et d'orthopédie infantiles.

Livres relatifs à l'instruction, à la conservation, à l'épargne, aux maladies du premier âge.

Les pièces envoyées au concours seront adressées, *franco*, à M. le Président de la Commission scientifique et médicale, avant le 15 décembre 1878, *terme de rigueur*. Ces pièces seront acquises à la Société, pour son *Musée de l'Enfance*. Elles seront classées, cataloguées, et mention sera faite, sur chaque fiche, du nom et de l'adresse du concurrent.

IV. — Médailles d'or, d'argent, de bronze, mentions honorables : 1° aux membres correspondants qui se seront fait remarquer par leur dévouement à l'enfance ; 2° aux personnes qui auront accompli des actes de bienfaisance et d'humanité vis-à-vis des enfants : 3° aux médecins, accoucheuses et gardes d'accouchées qui présenteront dans leur clientèle le nombre relatif le plus grand de mères allaitant leurs enfants.

V. — Médailles d'or, d'argent, de bronze, mentions honorables et primes en argent : 1° aux personnes s'occupant des soins à donner à l'enfance ; 2° aux nourrices méritantes ; 3° aux mères élevant leurs nourrissons par le système de l'allaitement mixte.

Les propositions motivées, pour les concours IV et V, devront être adressées à M. le Président de la Société, rue Mazagran, 6, à Marseille, par *MM. les médecins-inspecteurs et les présidents de comités de patronage*, avant le 15 décembre 1878, *terme de rigueur*.

— M. de Quatrefages, professeur au Muséum, commencera son cours d'anthropologie, le mardi 7 mai 1878, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le professeur terminera cette année l'examen des questions générales de l'anthropologie. Il traitera successivement de l'antiquité et du cantonnement primitif de l'espèce humaine, du peuplement du globe, des migrations et de l'acclimatation de l'espèce humaine. Il passera ensuite en revue les caractères généraux, physiques, intellectuels, moraux et religieux, des races fossiles et actuelles.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.—Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 54. — JEUDI 9 MAI 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 9 MAI 1878. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur les pansements des plaies a continué dans cette séance. L'ordre des inscriptions appelait à la tribune M. A. Guérin. Dans une argumentation serrée, solide et parfois incisive, M. A. Guérin a défendu, avec l'accent d'une énergique conviction, sa méthode de pansement ouaté contre les objections ou les doutes qui ont été émis par plusieurs de ses collègues à l'égard de son efficacité, l'abritant à la fois sous le témoignage des résultats qu'elle lui a donnés, et sous les principes de la théorie des germes si savamment développée dans la précédente séance par M. Pasteur.

Nous regrettons que le défaut de temps et d'espace ne nous ait pas permis de mettre sous les yeux de nos lecteurs ce brillant exposé de faits destinés à exercer une si puissante influence sur l'avenir de la chirurgie. Nous tâcherons de combler cette lacune dans un des prochains numéros. Quant à l'argumentation de M. Guérin, dont il eût été extrêmement difficile de donner une analyse suffisante, nous en extrayons dans le compte-rendu la dernière partie qui a exclusivement trait aux résultats de sa pratique.

Lorsque cette discussion sera terminée, il sera du plus grand intérêt de rapprocher ces résultats de ceux qui ont été énoncés dans les précédentes séances par M. J. Guérin, et de ceux des chirurgiens qui ont, plus ou moins exactement, appliqué la méthode de Lister, et de comparer ainsi dans leurs effets trois méthodes, qui avec des moyens et des procédés différents, procèdent en réalité de principes communs et se proposent un même but.

Avant le discours de M. A. Guérin, l'Académie a entendu le rapport officiel de M. Blot sur la vaccine et une lecture de M. Proust, candidat pour la section d'hygiène, sur une forme nouvelle d'intoxication saturnine engendrée par le travail de polissage des camées. La séance s'est terminée par un comité secret.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT

Contribution à l'étude des épanchements sanguins traumatiques anciens.

Nous avons observé au numéro 2 de la salle des femmes une malade dont l'examen est compliqué d'une difficulté de diagnostic très-intéressante. Il s'agit d'une femme, âgée de quarante-six ans, gagnant sa vie à faire des ménages. Elle est assez bien portante et d'une constitution qui ne paraît entachée ni de syphilis ni de scrofule, mais elle a mené une existence malheureuse, et est maltraitée par son mari. Elle raconte qu'à l'âge de trente ans, à la suite de veillées prolongées au chevet d'un malade, elle a ressenti des douleurs vives dans la jambe et la cuisse du côté gauche. Pendant trois années, ces douleurs ont persisté, puis ont disparu progressivement.

Dix ans plus tard, elle aurait eu de l'eczéma de la tête; mais cette affection n'a rien de commun avec la maladie actuelle.

Il y a trois ans et demi, son mari, continuant ses mauvais traitements, la frappa violemment et, entre autres coups, lui lança un coup de pied à la partie supérieure et postérieure de la cuisse gauche. Le lendemain elle ressentit une douleur vive à cette région, et ne pouvait marcher qu'en boitant. Ces mêmes jours, elle fut obligée de coucher dehors, sur un simple matelas étendu sur le sol. La douleur persista assez intense dans la cuisse gauche, et, deux mois après, la malade sentit une petite tumeur arrondie, développée au niveau du point où elle avait reçu le coup de pied.

Depuis deux ans, la douleur a augmenté et s'est manifestée plus fréquemment. Le 10 avril dernier, la malade est venue à la consultation, racontant qu'elle avait mal dans toute la région du grand trochanter, où nous perçûmes, au premier examen, un peu d'empâtement. Plus bas, on n'arrivait que difficilement, et sur l'indication de la malade, à percevoir la tumeur dans la profondeur des tissus.

La douleur se propageait le long de la portion externe de la cuisse, à la partie supérieure dans la région fessière; la marche était pénible.

En présence de ces symptômes accusés par la malade, nous devions chercher plusieurs sortes d'affections; et nous nous sommes demandé tout d'abord s'il n'y avait pas là une arthrite ou une affection quelconque du système osseux.

L'arthrite devait être immédiatement écartée: en effet, tous les mouvements de flexion, de rotation et d'abduction pouvaient être communiqués à la cuisse gauche, dans toute

leur étendue physiologique et sans qu'on perçût le moindre frottement et la moindre crépitation.

Y avait-il de l'ostéite? En palpant avec le plus grand soin toute la région trochantérienne, on ne déterminait aucun point douloureux maximum; la malade ne souffrait guère plus en un point que dans un autre point; seulement, au niveau de la petite tumeur, on provoquait de la douleur à chaque mouvement de pression. Mais, sur l'os, au-dessus de cette tumeur, la douleur était très-variable et toujours légère. Les points douloureux existaient plutôt sur la fesse, principalement à la portion supérieure de l'échancrure sciatique, sur le trajet du petit sciatique. On provoquait aussi de la douleur au niveau de l'émergence du grand sciatique, mais dans une faible étendue. On le voit, ces points douloureux étaient disséminés, et devaient être rapportés suivant mon sentiment, à de la sciatique beaucoup plus qu'à une ostéite. La sciatique était d'autant plus probable que cette femme est rhumatisante, qu'elle s'était trouvée dans des conditions tout à fait favorables à la production de ces accidents, d'abord en soignant un malade, il y a seize ans, et plus récemment en couchant sur le sol. L'ostéite devait donc être éliminée.

Restait à examiner plus complétement la petite tumeur: se rattachait-elle au grand trochanter, et pouvait-on supposer qu'elle dépendait d'une maladie de l'os à ce niveau? Pas davantage, car la tumeur n'y était pas adhérente à proprement parler; elle n'y était pas fixée, et on pouvait lui imprimer des mouvements dans une assez large étendue. On lui déterminait une sorte de pédicule, de point d'attache aux parties profondes, sans qu'elle y fût complétement adhérente. Évidemment, ces déplacements qu'on lui imprimait n'étaient pas très-étendus, mais ils suffisaient pour éclairer le diagnostic à ce point de vue particulier.

D'autre part, la tumeur était peu volumineuse, de la grosseur d'une noisette; il n'y avait aucun changement de coloration de la peau, à ce niveau: pas de gonflement. Elle était même assez difficile à trouver au commencement; elle était arrondie, et ensevelie profondément dans les tissus.

Ayant éliminé les lésions articulaires et les lésions osseuses, ayant accepté la sciatique comme incontestable, devions-nous rattacher cette tumeur à la lésion sciatique? Il était impossible de trouver un rapport entre la production de la tumeur et la sciatique.

Au contraire, nous expliquons facilement la tumeur par le traumatisme, par le coup de pied qui a été porté précisément en cette région, et après lequel la tumeur a apparu. J'ai donc admis que la tumeur était un abcès ou bien un épanchement sanguin enkysté.

J'ai, en effet, déjà vu deux fois un abcès traumatique dans des conditions analogues: 1° chez un petit garçon qui, à l'âge de quatre ans, avait reçu une pierre à la tempe; sept ans après, c'est-à-dire à l'âge de onze ans, je lui ouvrais une tumeur qui n'était autre qu'un abcès, et qui avait persisté au point blessé. 2° Chez un étudiant en médecine, robuste et bien constitué, j'ai observé de même une tumeur dure située à la portion antérieure de la poitrine, ferme et arrondie comme un fibrome, régulière et indolente. Il avait reçu longtemps auparavant un choc à ce niveau du thorax, par une balle faite à la hâte avec un caillou entouré de laine plus ou moins régulièrement. Je fis la ponction de cette tumeur, après avoir fait une incision à la peau, avec précaution, car je me défiais beaucoup de la nature de la tumeur: il sortit du pus; ce n'était qu'un abcès.

Ces deux faits prouvent qu'un abcès traumatique peut avoir une longue durée.

La seconde hypothèse, épanchement sanguin, est aussi vraisemblable: ce n'est pas en ce moment le lieu de rappeler les interminables discussions qui ont été soulevées sur les transformations que peuvent subir les épanchements sanguins (Hunter, Cruveilhier, Velpeau, etc., etc.), car, lorsqu'on dit épanchement sanguin, on veut aussi bien désigner un foyer de sérosité qu'un foyer renfermant des éléments sanguins, de la fibrine organisée, avec une membrane kystique, etc.: tous ces états pathologiques peuvent aussi bien exister qu'un épanchement sanguin tout récent. Ainsi, lorsque je concourais pour le bureau central, j'ai eu à examiner un malade qui portait au bras une tumeur depuis dix-neuf ans; cette tumeur pouvait être un lipome, un fibrome, un enchondrome, etc., mais je ne lui trouvais aucun des caractères de ces néoplasmes: elle n'avait pas de dureté, elle n'avait pas changé de volume. Toutefois le malade déclarait que, pendant une pneumonie, elle avait augmenté de volume, puis diminué après sa guérison. Ces alternatives dans son volume ne concordaient guère avec aucune de ces hypothèses: il me parut beaucoup plus rationnel de rapporter la formation de cette tumeur à une contusion que le malade avait reçue au bras à une époque remontant précisément à la date de l'apparition de la tumeur. La ponction fut faite, et on trouva en effet un épanchement hématique des éléments solides du sang enkystés dans une poche.

J'étais donc, pour le cas particulier, fondé à diagnostiquer un abcès ou un épanchement sanguin, malgré le laps de temps écoulé depuis le traumatisme. Ce matin, j'ai, en effet, vérifié l'exactitude de cette opinion: j'ai fait une incision profonde de la peau et de la couche graisseuse, puis j'ai ouvert la tumeur: il n'en sortit aucun liquide, ni sang, ni pus; mais, ayant introduit mon doigt dans la plaie et m'en servant comme d'une curette, j'ai ramené du fond de la plaie une sorte de pâtée granuleuse, portant des marques de circulation sur ses bords, qui n'est autre chose qu'une matière fibrineuse en voie d'organisation. C'est donc la fibrine du sang d'un ancien épanchement qui était contenu dans une poche lisse, ferme, bien limitée. Le siége de cette tumeur, dans les régions profondes, au-dessous de la couche graisseuse du derme, fait écarter au premier abord le diagnostic de kyste sébacé, dont cette matière granuleuse rappelle vaguement le contenu. Il est impossible que des vaisseaux se développent dans le produit des kystes sébacés: nous avons affaire ici à de la fibrine s'organisant dans ses portions les plus périphériques. Ainsi se trouve établi le diagnostic d'épanchement sanguin dont nous demandons d'ailleurs la confirmation pleine et entière à l'examen histologique.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Phthisie laryngée. — Traitement des ulcérations et de l'œdème du larynx, par les applications locales de glycérine créosotée.

Par M. le docteur Cadier.

La laryngite des tuberculeux, caractérisée par de l'œdème et des ulcérations des différentes parties du larynx, est toujours une complication fâcheuse de la tuberculose pulmonaire; et chacun de nous

a pu souvent être témoin de l'impulsion rapide donnée par cette complication à la marche de la maladie.

Ces ulcérations et cet œdème réclament de la part du médecin une intervention active; car, comme l'a fort bien dit notre regretté maître Isambert, outre l'avantage local de leur cicatrisation, l'expérience a montré que la phthisie pulmonaire était toujours favorablement influencée par l'amélioration des lésions du larynx.

Pour obtenir cette amélioration, j'ai eu successivement recours à tous les caustiques: solutions de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, d'acide chromique, etc.; mais les résultats obtenus étaient généralement assez peu satisfaisants.

C'est alors qu'encouragé par les succès obtenus dans le traitement de la phthisie pulmonaire par la créosote pure de goudron de hêtre, résultats consignés tant dans le travail de M. Bouchard et Gimbert, que dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Hugues, j'ai pensé qu'il serait avantageux de toucher les ulcérations laryngées des tuberculeux avec de la glycérine créosotée.

L'ensemble des résultats ainsi obtenus m'a paru assez satisfaisant pour me croire autorisé à en faire l'objet de cette communication.

Ce traitement a été expérimenté à ma clinique gratuite des maladies du larynx; c'est-à-dire sur une clientèle dont la nourriture et le logement sont dans de mauvaises conditions pour favoriser l'action des médicaments. De plus elle a eu lieu pendant les mois les plu rigoureux de l'année, d'octobre 1877 à mars 1878.

Malgré ces deux circonstances défavorables, l'analyse des observations nous montre que les résultats ont été assez heureux, et je suis sûr que si l'on s'était trouvé dans des conditions climatologiques et hygiéniques meilleures, l'amélioration se fût accentuée d'une façon plus rapide.

Une vingtaine de malades ont été mis en traitement, mais par diverses circonstances il ne m'a été possible de suivre l'observation que dans seize cas. La durée de l'expérimentation a varié de deux à cinq mois, et les malades ont été cautérisés généralement deux fois par semaine; quelques-uns cependant ne l'ont été qu'une seule fois par semaine pendant une partie du traitement.

Tous ces malades faisaient, en même temps, usage à l'intérieur de l'une des deux préparations suivantes :

1° *Solution créosotée.*

Créosote pure de goudron de bois	3gr 60
Teinture d'écorce d'oranger	25gr
Alcool de Montpellier.	100gr
Eau	125gr

Chaque cuillerée contient 20 centigrammes de créosote pure et doit être prise dans un verre d'eau, ou d'eau et de vin.

2° *Huile de foie de morue créosotée.*

Huile de foie de morue.	300gr
Créosote pure de goudron de bois.	2gr 20

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote pure.

La dose de créosote prise par jour variait de 40 à 80 centigrammes. Chez la moitié au moins de ces malades, avant de commencer le traitement local par la glycérine créosotée, j'avais eu recours sans résultat favorable aux cautérisations par le chlorure de zinc ainsi qu'à la glycérine morphinée.

La glycérine créosotée dont j'ai fait usage pour ce traitement était ainsi formulée :

Créosote pure de goudron de bois.	1gr
Alcool.	40gr
Glycérine	60gr

Mon expérimentation ayant porté sur seize cas, les limites de ce travail ne me permettent pas d'en reproduire in-extenso les observations; je vais en énumérer successivement les symptômes et passer en revue la marche de la maladie dans les différentes parties du larynx.

Sur ces seize malades : six sont atteints de lésions pulmonaires de second degré; et dix de lésions du troisième degré.

1° *Ulcération des cordes vocales.*

Sur les six malades du second degré, les ulcérations ont disparu :

Dans 2	cas, au bout de	5	semaines,
— 1	—	6	—
— 3	—	8	—

Sur les dix malades du troisième degré, les ulcérations ont disparu :

Dans 1	cas, au bout de	6	semaines,
— 2	—	8	—
— 3	—	12	—
— 1	—	16	—

Dans 2 cas, elles n'étaient pas guéries au bout de 5 mois;
Dans 2 cas, elles ont continué à augmenter.

Dans les cas de guérison de ces ulcérations, j'ai pu remarquer qu'en même temps le bourgeonnement des cordes vocales tendait à diminuer également, ce qui rendait moins appréciable l'aspect serratique des cordes vocales.

2° *Aspect serratique des cordes vocales.*

Cet aspect des cordes vocales a diminué au bout d'un traitement de :

6 à 10 semaines dans	6 cas,
12 à 17 —	2 —
Il a persisté dans	6 —
Il a augmenté dans	2 —

Comme conséquence de ce redressement des cordes vocales, la voix devenait meilleure tout en conservant un timbre voilé par suite de l'épaississement et de la rougeur persistante des cordes vocales. Cet épaississement et cette rougeur ne commençaient à diminuer que deux ou trois semaines après la guérison des ulcérations, et leur disparition presque complète n'a pu être constatée par nous que sur trois des cas d'ulcérations cités plus haut comme guéris en 5 et 6 semaines.

3° *Aspect velvétique de la commissure postérieure.*

Lorsque la laryngite des tuberculeux est arrivée à la période ulcérative des cordes vocales, cet aspect velvétique est très-peu modifié par le traitement local.

D'après les quelques observations que j'ai pu recueillir jusqu'à ce jour, le traitement par la glycérine créosotée paraît beaucoup plus efficace lorsqu'on en fait usage sur des malades qui n'ont que de l'aspect serratique sans ulcérations. Mes observations à cet égard sont encore trop peu nombreuses pour qu'il me soit possible d'en tirer des conclusions sérieuses; mais j'espère être bientôt à même d'en recueillir un plus grand nombre, et de pouvoir alors en faire le sujet d'un travail spécial.

4° *Œdème des aryténoïdes.*

La marche décroissante de l'œdème des éminences aryténoïdes est beaucoup plus lente que celle des ulcérations des cordes vocales. Sur les seize malades observés, je n'ai noté son entière disparition au bout de 10 semaines que dans deux cas. Sur les quatorze autres cas, sept n'avaient éprouvé, au bout du même temps, qu'une diminution de deux tiers à un tiers de l'œdème primitif; et les sept autres étaient sans changement, ou même, pour trois d'entre eux, avaient subi une légère augmentation.

5° *Œdème des bandes ventriculaires ou cordes vocales supérieures.*

Les résultats ont été à peu près les mêmes, comme ensemble, que pour les éminences aryténoïdes; cependant la diminution en est peut-être un peu plus rapide et d'une semaine en avance sur celle des aryténoïdes.

Avant de poser mes conclusions, il ne sera pas, je crois, inutile de faire un rapprochement entre les modifications de l'état général du malade, et celles que nous venons d'énumérer pour les différentes parties du larynx.

Sur les seize malades observés :

Dix ont éprouvé une augmentation de poids variant de 1 kilogramme à 3 kilog. 500.

Chez ces dix malades, en même temps que le poids, les forces et l'appétit ont augmenté. L'amélioration de ces symptômes généraux a été plus considérable et plus rapide chez ceux de nos malades dont les ulcérations des cordes vocales se sont guéries dans une période plus courte (de 5 à 8 semaines).

Trois malades ont conservé le même poids ;

Deux ont diminué de 1 kilogramme ;

Un est mort.

L'auscultation a permis de noter un peu d'amélioration dans les 5 cas chez lesquels l'état général a été le plus favorablement influencé par le traitement ; et alors on trouvait des bulles moins grosses, des craquements plus fins et plus secs, et, dans deux cas même, un souffle un peu moins prononcé.

De tous les symptômes généraux, la toux est celui qui paraît le plus directement influencé par la guérison des accidents laryngés ; on la voit en effet diminuer aussitôt que l'état local s'améliore, et même souvent elle diminue dans une proportion assez notable.

Un cas entre autres, le n° 45 de mes observations, m'a permis de faire à cet égard une étude toute spéciale.

C'est une malade de 26 ans ayant au sommet droit des craquements humides et du gargouillement au sommet gauche. Son larynx présentait, en particulier, un œdème considérable de la commissure postérieure et des aryténoïdes avec ulcération large de 4 millimètres environ et s'étendant de la commissure postérieure à la partie supérieure de l'espace interaryténoïdien. Cette malade avait de la dysphagie et une toux incessante et quinteuse qui empêchait son sommeil. Après deux semaines, cette ulcération touchée avec la glycérine créosotée avait presque entièrement disparu ; la dysphagie n'existait plus, et la toux était devenue de moins en moins fréquente sans que l'auscultation ait rien révélé qui pût justifier cette amélioration.

Il ne serait pas sans intérêt (quoique ne se rattachant pas à une étude sur le larynx) de rapprocher de ce fait deux cas d'ulcération du col de l'utérus que j'ai vu guérir très-rapidement par un traitement local avec une glycérine créosotée ainsi formulée :

Créosote pure.	2gr
Glycérine	50gr
Alcool	50gr

Cette médication pourrait, je crois, être très-utile dans un certain nombre de cas d'ulcérations du col de l'utérus, et je serais très-heureux qu'une expérimentation en fût faite par l'un de mes honorables confrères qui traitent spécialement les affections utérines.

Conclusions.

L'analyse de nos seize observations nous montre que le traitement local par la glycérine créosotée a exercé une très-heureuse influence sur l'ensemble des lésions tuberculeuses du larynx. Cependant un examen plus attentif nous permet de voir que ces diverses lésions n'ont pas toutes été aussi rapidement influencées.

L'amélioration s'est manifestée :

D'abord sur les ulcérations des cordes vocales ;

En second lieu, sur l'œdème des bandes ventriculaires ;

En troisième lieu, sur l'œdème des éminences aryténoïdes ;

Et ce n'est que beaucoup plus tard qu'une amélioration s'est produite pour les lésions de la commissure postérieure.

LABORATOIRE DU COLLÉGE DE FRANCE.

Recherches anatomiques et expérimentales sur le nerf vertébral.

Par M. François Franck.

On décrit généralement comme filets efférents du premier ganglion thoracique les nerfs qui se détachent de l'extrémité supérieure de ce ganglion et qui accompagnent l'artère vertébrale dans le canal des apophyses transverses cervicales. M. Franck présente les premiers résultats de recherches d'anatomie comparée et de vivisections tendant à montrer que ces filets vertébraux constituent non-seulement des branches efférentes du premier ganglion thoracique, mais aussi et surtout des *racines cervicales* du cordon thoracique.

Des deux filets qui se détachent de l'extrémité supérieure du premier ganglion thoracique, l'un, externe, s'anastomose avec le dernier nerf mixte cervical ; l'autre, interne, s'unit successivement aux nerfs cervicaux de haut en bas, jusqu'au troisième inclusivement, quelquefois seulement jusqu'au quatrième. C'est par ces filets anastomotiques que la moelle fournit les racines sympathiques du premier ganglion thoracique.

En opérant sur les deux branches réunies du nerf vertébral, entre le col de la première côte et l'apophyse transverse de l'avant-dernière vertèbre cervicale, comme on opère sur un nerf quelconque dont on cherche à connaître la provenance et la distribution, M. Franck a obtenu des modifications dans le rhythme des battements du cœur et dans la circulation hépatique. L'excitation du bout ganglionnaire du nerf vertébral bien isolé produit l'accélération des battements du cœur, ce qui permet déjà d'assimiler ce nerf aux racines dorsales du premier ganglion thoracique fournissant, comme on sait, des nerfs cardiaques accélérateurs. Ces nerfs proviendraient donc également de la moelle cervicale par le nerf vertébral. On s'explique ainsi plus facilement les résultats de l'expérience de Von Bezold qui avait constaté l'accélération du cœur à la suite de l'excitation du tronçon inférieur de la moelle sectionnée à la partie supérieure du cou.

L'excitation du bout supérieur du nerf vertébral détermine, comme l'excitation du bout supérieur du sympathique cervical, mais à un moindre degré, la dilatation pupillaire. M. Aug. Voisin avait déjà pensé que toutes les fibres pupillaires ne suivent pas le cordon cervical du sympathique, mais qu'un certain nombre d'entre elles suivent l'artère vertébrale. L'expérience démontre qu'il en est bien ainsi.

En outre de ces effets pupillaires, l'excitation du bout du nerf vertébral détermine des modifications de la circulation intra-crânienne, sur lesquelles M. Franck insistera dans une prochaine communication.

Ces expériences montrent qu'il y a, dans les nerfs qui accompagnent l'artère vertébrale, des filets ascendants (iriens, vasculaires) et des filets descendants (cardiaques accélérateurs).

Mais un autre effet produit par la section du nerf vertébral, et sur lequel l'attention avait été déjà attirée par M. Pavy, MM. Cyon et Aladoff, c'est la production du diabète. Ce résultat de la section des filets qui accompagnent l'artère vertébrale a été contesté par M. Eckhard et n'a pas été retrouvé par M. le professeur Vulpian. M. Franck a repris ces expériences et a trouvé, à la suite de la section du nerf vertébral, l'urine tantôt chargée de sucre, tantôt complétement normale, variations qui expliquent le désaccord entre les physiologistes cités plus haut. Mais si, au lieu de chercher le sucre dans l'urine, on fait des analyses comparatives du sang avant toute opération, après que le nerf a été découvert et après qu'il a été coupé, on peut s'assurer que, dans tous les cas, la proportion du sucre augmente dans le sang après la section du nerf : il en passe dans l'urine, si l'augmentation est suffisante ; il n'en passe pas, si la proportion n'atteint pas le chiffre indiqué par Claude Bernard, c'est-à-dire 3 pour 1000 dans le sang artériel. Il y a toujours *hyperglycémie*, quelquefois *glycosurie*. M. Franck donne les chiffres de quelques dosages du sucre dans les sangs des veines sus-hépatiques et de l'artère fémorale, recueillis simultanément, suivant le précepte de Claude Bernard.

Le mécanisme de cette surabondance du sucre dans le sang à la suite de la section du nerf vertébral sera discuté avec détail dans d'autres communications ; M. Franck propose provisoirement l'interprétation suivante : « La section du nerf vertébral interrompt la continuité d'un certain nombre de nerfs vaso-moteurs destinés aux branches des vaisseaux du foie et provenant de la moelle cervicale. » Cette hypothèse repose sur les expériences suivantes :

« Si on introduit la canule d'un manomètre rempli de sérum additionné de sulfate de soude dans le bout *viscéral* de l'artère hépa-

tique, et qu'on excite le plexus nerveux accompagnant l'artère, on voit s'élever le niveau du liquide dans la branche libre du manomètre : il s'est donc produit un resserrement vasculaire intra-hépatique.

« Si l'on répète l'expérience en excitant, non plus le plexus hépatique, mais le bout inférieur, ganglionnaire, du nerf vertébral, on constate le même phénomène : élévation de pression dans le manomètre, resserrement vasculaire hépatique. Le nerf vertébra semble donc bien contenir des filets vaso-moteurs se rendant au foie. »

M. Franck croit que l'hyperglycémie constatée après la section du nerf tient seulement à un lavage plus considérable du foie et à un déversement plus abondant de sucre dans la circulation. M. Franck reviendra, dans une prochaine communication, sur plusieurs points de ces recherches qui sont commencées depuis plusieurs années (Comptes-rendus du laboratoire du professeur Marey, 1875, et thèse de Paris), et dont il n'a fait qu'indiquer les résultats généraux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1878. — Présidence de M. Baillarger.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les rapports généraux de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Châlles (Savoie) pour l'année 1876, du Mont Dore (Puy-de-Dôme) pour l'année 1877 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une note de M. le docteur Calvy (de Toulon) sur la question des tours, suivie d'une statistique sur les enfants trouvés et abandonnés à Toulon pendant une période de quarante ans, dont vingt avant et vingt après la suppression des tours. — 2° Un mémoire de M. le docteur Eugène Sanguin (de Saint-Thomas, Bouches-du-Rhône) intitulé : Étude sur les attentats commis contre la première enfance. — 3° Un mémoire de M. le docteur Audet, médecin aide-major, intitulé : Tuggurth et ses affections endémiques.

M. le Président annonce que M. Villemain, membre correspondant, assiste à la séance.

PRÉSENTATIONS

M. Guéneau de Mussy (Noël) présente, au nom de M. le docteur Caron, une brochure intitulée : De la fièvre typhoïde et de son traitement.

M. Henri Roger présente au nom de M. le docteur Pamard (d'Avignon), un travail intitulé : De la mortalité générale chez les enfants au-dessous de cinq ans dans les divers arrondissements de la ville d'Avignon.

RAPPORT

M. Blot, au nom de la commission de vaccine, lit un rapport officiel sur l'état des vaccinations et des revaccinations pratiquées en France, pendant l'année 1877.

Les conclusions de ce rapport, tendant à la distribution de récompenses aux médecins et aux chirurgiens qui se sont distingués par leur zèle à pratiquer les vaccinations et revaccinations, seront lues en comité secret.

M. Legouest remercie M. Blot des éloges qu'il a adressés aux médecins de l'armée pour leur zèle à pratiquer les vaccinations et revaccinations, qui a produit les meilleurs résultats.

LECTURE

Maladie des polisseurs de camées. — M. Proust donne lecture d'un travail intitulé : D'une nouvelle maladie professionnelle chez les polisseurs de camées. M. Proust étudie dans ce travail les diverses opérations de la fabrication des camées et les influences que chacune d'elles peut exercer sur la santé des ouvriers.

Il signale : 1° la taille de la pierre qui, pratiquée sur une meule en plomb, expose le lapidaire à l'intoxication saturnine ; 2° le traitement de la pierre par un bain d'acides destiné à modifier sa coloration et qui produit un peu d'inflammation du côté des voies aériennes due à l'absorption de gaz acides irritants, quelques brûlures aux doigts, un peu d'épaississement de l'épiderme ; 3° la gravure, qui ne donne lieu à aucune affection professionnelle ; 4° enfin le polissage du camée : c'est ici que se place la cause de l'intoxication saturnine qui est signalée pour la première fois dans ce mémoire.

L'affection saturnine des polisseurs de camées, que décrit M. Proust, paraît pouvoir se rapprocher de la maladie observée chez les lapidaires, chez les polisseurs de glace, de diamants, les ouvriers taillant le verre et le cristal.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Hillairet, Bergeron et Fauvel.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les pansements des plaies.

Suite de la discussion sur les pansements des plaies. — M. Alphonse Guérin répond aux objections et aux observations diverses qui ont été faites par MM. Gosselin, Legouest et Léon Le Fort au sujet de la méthode de pansement ouaté qu'il a introduite dans la pratique ; et tout en reconnaissant combien la statistique est insuffisante pour permettre d'apprécier cette méthode à sa juste valeur, à raison de la variété infinie des conditions qui peuvent se présenter dans la pratique et de la complexité même du problème qu'il s'agit de résoudre, il termine son argumentation par l'exposé suivant des faits qu'il a relevés dans son service de l'Hôtel-Dieu pendant les quatre dernières années.

1874. — 2 amputations de la jambe au lieu d'élection.

1 amputation de Choppart.

1 résection du coude (femme tuberculeuse).

2 résections du premier métatarsien.

1 amputation du cinquième métatarsien.

La réunion immédiate eut lieu dans une des amputations de la jambe et dans l'amputation de Choppart.

Tous les opérés guérirent.

1875. — Amputation de la jambe au lieu d'élection.

Amputation intra-malléolaire.

Résection du coude.

Amputation de l'avant-bras.

Arrachement du pouce.

5 hernies crurales pansées par la ouate après l'opération.

Tous ces malades guérirent : l'amputation de la jambe au lieu d'élection, l'amputation de l'avant-bras, l'amputation intra-malléolaire par première intention.

1876. — Désarticulation scapulo-humérale.

Amputation sous-malléolaire chez un phthisique ; réunion immédiate. — Succombe dix mois après aux lésions pulmonaires.

Amputation de jambe chez un hémophilique. Hémorrhagie, athrepsie, mort dans une syncope.

2 amputations du doigt indicateur ; guérison sans accidents.

1877. — Amputation au tiers supérieur du bras, réunion par seconde intention.

Amputation du poignet ; réunion par première intention.

Amputation sus-malléolaire ; réunion par première intention.

Amputation de la cuisse au tiers inférieur ; mort six heures après l'opération.

Enfin, au commencement de cette année, il y a eu une amputation de jambe pratiquée par M. Marchand et une amputation de cuisse pratiquée par M. Guérin. Ce dernier malade est encore à l'hôpital, mais en convalescence.

En résumé, il y a eu vingt-trois amputations ou résections ; dans un cas, la mort eut lieu par hémorrhagie, chez un hémophilique ; dans un autre, elle a été la conséquence d'une double fracture du bassin avec épanchement de sang dans l'abdomen. Si l'on prend la moyenne des morts, on aura deux morts sur vingt-trois, mais absolument indépendantes du mode de pansement.

De 1874 à 1878, M. Alphonse Guérin a traité par son pansement :

1 fracture du bras droit avec plaie.

1 fracture de jambe, avec plaie de 5 centimètres.

1 fracture comminutive de jambe (plaie large de 8 centim. et longue de 20).

1 fracture du tibia et du péroné avec plaie ; hémorrhagie et emphysème.

1 fracture de jambe et du premier métatarsien (abcès communiquant avec le foyer de la fracture).

1 fracture de l'avant-bras, avec plaie pénétrante.

1 fracture compliquée, de la jambe.

1 fracture comminutive du tibia et du péroné (mort du tétanos).

1 fracture de la jambe : ostéo-myélite consécutive, glace, abcès ouvert, pansement ouaté, guérison. Après sa sortie, le malade se fracture de nouveau la jambe ; abcès communiquant avec la fracture, guérison encore par le pansement ouaté.

1 fracture de jambe, compliquée de plaie.

1 fracture de l'humérus, avec plaie et broiement du premier orteil.

1 fracture de jambe, compliquée de plaie avec chevauchement des fragments ; mort au bout de 4 jours.

Cela fait deux morts sur douze fractures compliquées ; cela paraît énorme quand on ne juge que par des chiffres, tandis que les faits observés ont fait, des élèves qui les ont vus, autant de partisans de ma méthode.

Il n'y a pas, en effet, un de ces cas de fracture qui n'eût paru à nos devanciers réclamer impérieusement l'amputation.

J'ai donné, dit M. Guérin, un extrait des notes de mes élèves. Je dois ajouter que tous ont certifié n'avoir jamais vu sous mon pansement ni érysipèle ni infection purulente.

J'ajouterai que, chez dix-sept malades, il y a eu ouverture des gaînes tendineuses des doigts, avec ou sans écrasement, et qu'à la suite de chacune des notes relatives à ces blessés, j'ai toujours trouvé la formule : guérison sans fusées purulentes et sans complications.

Je noterai enfin trois ouvertures des plus grandes articulations : deux ouvertures du genou ; une ouverture de l'articulation du coude avec issue de l'humérus par la plaie. Les deux premières guérirent avec la conservation de tous les mouvements ; la troisième fut suivie d'ankyloses.

Tandis que l'ankylose était la règle autrefois, quand par hasard on guérissait une plaie articulaire, elle est devenue pour moi une exception d'une extrême rareté.

J'aurais pu ajouter à cette énumération une quantité considérable de doigts amputés accidentellement et guéris sans le moindre accident.

Je n'ai pas non plus parlé des amputations du sein qui guérissent par tous les pansements.

Malgré les précautions que je prends pour appliquer mon pansement, M. Pasteur voudrait que, pour plus de rigueur, on portât la température de la ouate à 200 degrés. Je ne nie pas que cela fût plus conforme à la théorie, mais ce serait inapplicable dans la chirurgie d'armée, ainsi que dans toutes les circonstances où l'on a un grand nombre de blessés à panser.

Avant de terminer, M. A. Guérin répond à une dernière objection. Opposant les guérisons obtenues par les chirurgiens qui, ne faisant aucun pansement, exposent à l'air le moignon des amputés, on a conclu que l'air, et ce qu'il contient d'impuretés, sont sans influence sur la production des accidents auxquels les blessés succombent. Il ne me répugne pas d'admettre que des amputés doivent guérir plus sûrement quand les plaies sont exposées à l'air, de manière à rendre la stagnation du pus impossible, que lorsqu'ils sont pansés de telle sorte que la charpie ou toute autre piece de pansement fait croupir le pus. L'exposition à l'air des moignons, dans la méthode qui repousse tout pansement, repose sur le principe d'une très-grande propreté. C'est une des méthodes antiseptiques les moins sûres, mais c'est encore une méthode antiseptique. Cette proposition, qui eût semblé paradoxale il y a quelques mois, ne sera pas combattue par ceux qui ont entendu M. Pasteur faire l'histoire si attachante du vibrion septique.

Les faits révélés par M. Pasteur nous expliquent les heureux effets du drainage, des irrigations continues, et enfin comment une plaie exposée d'une certaine manière peut encore guérir. Ils donnent encore l'explication des résultats de l'insufflation d'air, pratiquée par M. Bouisson (de Montpellier).

A mesure que l'étude des corpuscules qui sont dans l'air se complétera, dit en terminant M. Guérin, on apprendra à mieux connaître les conditions de la guérison des grandes blessures.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 avril 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Section du nerf sciatique. — M. Brown Sequard présente des cobayes sur lesquels il a pratiqué la section du nerf sciatique et qui ont eu des accidents épileptiformes. M. Brown Sequard fait observer que les lésions de la patte du côté sain sont purement traumatiques et sont causées par les morsures que l'animal se fait durant les attaques.

M. Laborde fait observer que ses recherches lui ont permis de constater de réelles altérations trophiques succédant à de semblables sections. Récemment encore il a constaté, avec M. Mathias Duval, un certain nombre de faits qui confirment cette manière de voir.

Correction du daltonisme. — M. Javal, s'appuyant sur les observations de Delbeuf, relatives à la correction du daltonisme par l'interposition d'une solution de fuchsine, présente des plaques de gélatine fuchsinée qui, introduites entre deux lames de verre, pourraient entrer dans la confection de lunettes propres à corriger le daltonisme.

De l'endartère. — M. Malassez, au nom de M. Briant, lit une note sur l'anatomie générale de l'endartère, d'où il résulte que celle-ci n'existe que dans les artères munies de leurs trois tuniques; l'argentation permet d'y reconnaître un réseau cellulaire très-compliqué formé d'éléments plats et rameux qui, par leurs caractères microchimiques, se rapprochent des cellules contractiles analogues à ces éléments de la tunique moyenne qui ont été récemment décrits comme des cellules musculaires striées longitudinalement et pourvues de prolongements irréguliers.

Du lapis chez le dauphin. — M. Joannès Chatin fait connaître la structure du lapis chez le dauphin et pense qu'il n'y a pas lieu d'admettre des éléments spéciaux (bâtonnets choroïdiens) pour expliquer l'aspect spécial de cette région dans laquelle la choroïde présente des cellules ordinaires, mais plus pâles et renfermant généralement une gouttelette huileuse.

Des organes segmentaires de l'aulostome. — M. Chatin, décrivant ces organes, fait observer qu'ils ne sont nullement des poches respiratoires, mais des organes sécréteurs.

Du nerf vertébral. — M. François Franck fait connaître les résultats de ses recherches anatomiques et expérimentales sur le nerf vertébral (voir plus haut).

Séance du 4 mai 1878. — Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

Action de la morphine chez les chiens. — M. Malassez, au nom de M. Picard, lit la note suivante : Dans deux communications successives j'ai appelé l'attention de la Société de biologie sur quelques-uns des phénomènes qui suivent les injections de chlorhydrate de morphine chez le chien.

J'ai en particulier relaté des expériences qui sont de nature à faire comprendre comment s'établit la contraction de la pupille constante dans cet empoisonnement, et indiqué qu'il se produit toujours dans cet état morbide une dilatation des petits vaisseaux.

J'ai tiré des faits énoncés cette conclusion que des sels de morphine produisent l'un et l'autre phénomène en affaiblissant l'action du nerf sympathique.

Je viens aujourd'hui publier des recherches nouvelles faites en collaboration avec M. Rebatel, chef du laboratoire; elles ont pour objet d'autres particularités que l'on constate habituellement chez les chiens soumis à l'influence toxique du même agent.

Les phénomènes dont on veut parler sont au nombre de deux : 1° l'abaissement parfois considérable de la pression moyenne; 2° le ralentissement des battements du cœur coïncidant avec lui.

Leur constatation est facile : on met un manomètre en rapport avec le bout central d'une des artères de l'animal, et on peut ainsi observer au même moment la pression et le nombre des systoles cardiaques. Ces deux mesures étant faites on injecte directement dans un verre de 5 à 8 centilitres d'une solution de chlorhydrate de morphine au 100e (1 cent. cube = 0,01 cent).

On voit alors immédiatement un abaissement parfois considérable de la pression, phénomène déjà signalé par les Allemands, et on observe en même temps un ralentissement du nombre des battements de cœur, ralentissement constant mais variable dans son intensité (vu les susceptibilités variables des divers chiens).

Nous avons donc dans ces conditions une diminution du nombre des systoles se produisant malgré l'abaissement de la pression moyenne. C'est sur la coïncidence de ces deux phénomènes que nous voulons surtout fixer l'attention. Quel peut en être le mécanisme?

Si l'abaissement de la pression existait seul, l'action périphérique rappelée au début de cette note suffirait à l'expliquer, mais alors on devrait avoir une accélération des battements du cœur et non une diminution. Ce n'est donc qu'une action exercée directement sur le cœur pour le ralentir qui peut nous faire comprendre ce phénomène.

Un ralentissement direct des battements du cœur peut reconnaître deux causes : ou une excitation du nerf d'arrêt, ou au contraire une paralysie du système nerveux excitateur. « Nous laissons de côté comme inadmissible l'hypothèse d'une action sur la fibre cardiaque. »

La question, ainsi posée, était facile à trancher par l'expérience. On sectionne les deux nerfs pneumogastriques sur un chien, puis, lorsque l'animal est revenu au calme on compte les battements du cœur. Si on injecte alors la solution indiquée plus haut, on constate que le ralentissement se produit malgré la section des nerfs. (La pression tombe également comme chez le chien intact.)

Cette expérience écarte la première hypothèse, et nous nous trouvons amenés à admettre la seconde : un affaiblissement du système nerveux excitateur.

Nous croyons donc que la morphine diminue l'action de ces nerfs, conclusion d'autant plus légitime que, comme cela a été rappelé en commençant, l'action du sympathique sur les vaisseaux et sur la pupille diminue sous la même influence.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Archambault reprendra ses conférences cliniques, à l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi 10 mai, et les continuera les vendredis suivants.

— M. le docteur Fano, professeur agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris, reprendra ses conférences sur l'oculistique, le samedi 11 mai, à deux heures, à sa clinique particulière, rue Séguier, 14, et les continuera les jours suivants à la même heure.

Le semestre d'été sera consacré à la description des opérations qui se pratiquent sur l'œil.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.—Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 55. — SAMEDI 11 MAI 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 11 MAI 1878. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La diphthérie et l'isolement.

La diphthérie continue à faire l'objet de la préoccupation trop légitime des médecins des hôpitaux de Paris. Voici en quels termes M. Besnier, rapporteur de la commission des maladies régnantes à la Société médicale des hôpitaux, a fait connaître dans son dernier rapport l'évolution annuelle toujours croissante de cette affection. La diphthérie, a-t-il dit, conformément à la loi d'évolution qui lui est propre et qui l'a fait classer parmi les maladies permanentes à paroxysme hivernal, a atteint son apogée durant les trois premiers mois de 1878. Pendant les deux trimestres suivants, la maladie décroîtra lentement en nombre et en gravité, pour reprendre au dernier trimestre son mouvement ascensionnel régulier. C'est là ce qui se passe tous les ans.

Depuis treize années, M. Besnier a pu mesurer les progrès toujours croissants de la diphthérie. A l'heure présente, le chiffre mortuaire de cette maladie à Paris est le triple de ce qu'il était il y a dix ans, et le double de celui qui était relevé il y a cinq ans. Et cela n'est pas le fait d'une explosion accidentelle, mais d'une évolution ascendante graduelle.

Voici quel a été le chiffre des décès par la diphthérie dans les hôpitaux de Paris, pendant ce premier trimestre : en janvier 226, en février 228, en mars 249. Total 703.

On sait avec quelle unanime insistance les médecins des hôpitaux ont demandé depuis quelques années l'isolement des sujets atteints de diphthérie. Les mesures d'isolement mises à l'étude par l'ancienne administration de l'assistance vont être incessamment appliquées, paraît-il, par l'administration actuelle. Des salles d'isolement pour la diphthérie sont en ce moment en voie de construction à l'hôpital Sainte-Eugénie. En attendant leur achèvement, M. Bergeron, depuis le commencement de cette année, a pu provisoirement séparer des autres malades les enfants atteints d'angine et de laryngite diphthérique. Bien que cet isolement ait été bien incomplet, — il a eu lieu dans des chambres qui ne sont séparées des salles communes que par un couloir, et le service était fait par le même personnel, — ses résultats ont été cependant assez sensibles pour faire espérer que, dans des conditions meilleures, ils devront être beaucoup plus satisfaisants encore. Pendant ce premier trimestre il s'est développé cinq cas de diphthérie dans les salles. Bien qu'on pût être fondé jusqu'à un certain point à attribuer le développement de ces cinq cas à l'influence directe de l'épidémie régnante, qui peut sévir aussi bien sur les enfants admis à l'hôpital pour d'autres affections que sur ceux du dehors, en admettant même qu'ils soient le fait de la contagion contre laquelle l'isolement aurait été insuffisant, dans cette hypothèse même, ce nombre resterait inférieur à celui des cas intérieurs qui a été constaté l'année dernière à la même époque et pour la même période de temps. Ce fait, si restreint qu'il soit, est donc de nature à faire espérer beaucoup de l'application d'un système d'isolement plus complet et plus rigoureux.

Nous aurons à revenir sur cette question générale de l'isolement des malades atteints de maladies contagieuses dans les hôpitaux, pour laquelle la Société médicale et son rapporteur, M. Besnier, ont déjà tant fait, et qui a été portée depuis devant la Société de médecine publique, qui l'a mise à l'ordre du jour de ses séances et qui l'a spécialement désignée comme une des questions qui devront être discutées dans le prochain congrès international d'hygiène publique, réuni à Paris à l'occasion de l'exposition universelle.

A propos de la thoracentèse dans la pleurésie.

Nous recevons sur ce sujet de M. le docteur Delasiauve la lettre suivante que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs ; c'est un document pratique rétrospectif, qui est loin d'être sans valeur dans la question toujours pendante du traitement de la pleurésie, dont quelques éléments nous semblent avoir été singulièrement négligés depuis que l'attention des praticiens a été presque exclusivement absorbée par les effets de la thoracentèse.

« Je viens de lire avec intérêt les réflexions que vous faites à propos de la communication récente de M. Peter à l'Académie de médecine. Il y a longtemps que j'émets des doutes sur l'opportunité et l'innocuité des thoracentèses, auxquelles on a si facilement recours depuis quelques années. Ces doutes s'étendent même au traitement de la pleurésie, et voici sur quoi ils reposent :

« Pendant neuf ans d'exercice dans une bourgade de province, de 1830 à 1839, j'ai traité beaucoup de pleurésies dont quelques-unes se sont accompagnées d'épanchement à divers degrés. Or j'avoue n'avoir souvenance d'aucun malade qui ait succombé, ni d'un épanchement qui ne se soit pas résolu. Il est vrai qu'alors nous faisions assez largement usage des émissions sanguines.

« Un cas m'a paru spécialement significatif. Un homme vigoureux d'environ cinquante ans avait été abandonné d'un médicastre qui le traitait de paresseux. J'avais guéri, quelques mois auparavant, sa fille d'une métro-péritonite grave. Elle fit des instances pour que j'allasse voir son père. Je cédai, bien que ce fût hors de ma circonscription. Il était, à mon arrivée, assis dans un fauteuil, près du feu. La maladie datait de vingt jours. Il avait été saigné une fois au début, puis purgé le lendemain. Le médecin l'avait déclaré guéri. « Est-ce aussi votre avis, » dit le patient?

« En effet, le pouls était normal et le point de côté avait disparu. Mais des signes d'asphyxie dénotaient autre chose. La figure était congestionnée, la respiration anhélante, la teinte des lèvres ardoisée, la matité du côté droit absolue; d'autre part, la mensuration donnait, par comparaison avec le côté opposé, un excédant de huit centimètres. La peau formait relief entre les espaces intercostaux.

« L'affection avait donc vieilli déjà, et l'épanchement était considérable. L'absence de fièvre rassurait seulement sur la nature du liquide. Que faire? Le jour même je fis appliquer quarante sangsues qui saignèrent abondamment; vingt autres suivirent le lendemain. Un soulagement notable succéda aux déperditions sanguines. Le troisième jour, je posai moi-même, en avant et en arrière, deux larges vésicatoires, que je levai et pansai le lendemain, ayant soin qu'ils fussent ensuite exactement entretenus par la famille. Une tisane diurétique et des pilules de scille et de digitale complétèrent la médication. Rien n'entrava la guérison qui, au bout de six semaines, était définitive.

« Dira-t-on que l'air des campagnes est plus propice pour les cures? La capitale n'est pas malsaine aujourd'hui. J'ajouterai, d'ailleurs, que, dans mon service soit de Bicêtre soit de la Salpêtrière, j'ai eu quelques occasions d'appliquer la même méthode avec un égal succès. »

La question, comme le dit très-justement notre savant confrère en terminant sa lettre, vaut la peine d'être élucidée, et les faits qu'il a bien voulu nous communiquer trouveront leur place utile dans l'enquête qui se poursuit toujours sur cet important sujet.

Il y aurait lieu de s'étonner peut-être qu'après les longues et savantes discussions auxquelles a donné lieu la thoracentèse à l'Académie de médecine, à la Société des médecins des hôpitaux, dans d'autres sociétés médicales, dans les livres et dans les journaux, pendant ces dix ou douze dernières années, il reste encore autant de doutes et autant de dissentiments sur la valeur réelle de cette méthode, sur ses indications et sur ses résultats, si l'on ne savait et si l'on n'apprenait tous les jours, à mesure qu'on approfondit davantage ce sujet, de combien d'éléments variés et complexes se compose l'histoire de la pleurésie que l'on avait crue naguère si simple, de combien de difficultés est entourée l'appréciation comparative des résultats des différentes méthodes qui lui sont opposées.

La question nous paraît avoir été posée dans ses véritables termes par M. Peter, dans le premier volume de ses *Leçons de clinique médicale* (chapitre: *les Pleurétiques*, dont sa dernière communication à l'Académie de médecine n'est qu'une suite ou un développement nouveau). L'étude de ces dernières recherches et des faits contenus dans deux publications récentes que nous avons sous les yeux, celle de M. le docteur Dieulafoy sur la *Thoracentèse par aspiration dans la pleurésie aiguë*, et un travail de M. le docteur Morand, médecin principal à l'hôpital militaire de Vincennes, intitulé: *Contingent de faits pour servir à l'histoire de la thoracentèse et de l'empyème*, que nous recevons au moment même où nous écrivons ces lignes, nous fournira une occasion toute naturelle de répondre à l'appel que veut bien nous faire M. Delasiauve, en exposant de notre mieux l'état actuel de la question. C'est ce que nous ferons dans notre prochaine revue.

De la ponction dans le traitement du céphalématome des nouveau-nés.

M. le docteur Prunac (de Mèze) nous communique une note relative à neuf cas de céphalématome qu'il a eu l'occasion d'observer en sept années.

Sans méconnaître les résultats favorables de l'expectation pure et simple adoptée par plusieurs praticiens et notamment conseillée par MM. Simpson, Seux, Bouchacourt (1), Tarnier (2), etc., etc., notre confrère est partisan de la ponction au moyen d'un petit trocart. Cette petite opération est exempte de tout danger; le manuel opératoire est fort simple, et les récidives s'observent rarement.

Dans les sept premiers cas cités par M. Prunac, la guérison fut obtenue par une seule ponction; dans le huitième, la tumeur récidiva, sans reprendre pourtant son volume primitif, et ne tarda pas à disparaître après quelques badigeonnages au collodion. Dans le dernier cas, enfin, où l'intervention ne put être acceptée par la famille, la tumeur, quoique d'un petit volume, resta longtemps à se résorber (vingt-cinq à vingt-huit jours environ).

Notre confrère se sert d'un petit trocart (3 millimètres de diamètre) muni de baudruche pour éviter l'introduction de l'air dans la tumeur. Il pratique la ponction dans la partie la plus déclive du céphalématome; on le vide entièrement du sang qu'il renferme et l'on termine par une compression aussi régulière que possible au moyen d'une petite capeline. L'appareil est ensuite enlevé vers le quatrième ou cinquième jour.

Il se reproduit parfois, dans les jours suivants, un peu de liquide qui se résorbe toujours sans une nouvelle intervention.

Dans les cas rares où la poche reprendrait son volume primitif, on pourrait alors faire une seconde ponction et collodionner en même temps la surface de la tumeur sanguine.

Le séton, l'incision cruciale, telle que la pratiquaient Dubois, Nægelé, etc., sont, aux yeux de notre confrère, des moyens dangereux et qu'il faut totalement abandonner.

Les ponctions capillaires, au moyen d'une épingle très-fine, et répétés à de courts intervalles, ainsi que le conseille Giraldès, constituent un mode de traitement sans doute inoffensif, mais toujours ennuyeux et fort long.

Les applications de collodion sur la tumeur, préconisées par M. le professeur Dumas (de Montpellier), donnent bien

(1) Art. *Céphalématome*, Bouchacourt. *Dictionnaire Dechambre*, t. XIV, page 1.

(2) Art. *Céphalématome*, Tarnier. *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. VI, page 675.

des résultats favorables, mais cette pratique présente les mêmes inconvénients que la précédente. L'aspirateur de M. Dieulafoy ou de M. Potain pourrait être utilement employé.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).
(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

VI

Je vais continuer les observations que je faisais dans ma dernière leçon sur les résultats du traitement des anévrysmes poplités dans les hôpitaux de la Grande-Bretagne.

Quant au succès relatif des cas où la ligature a été employée après l'échec de la compression, nous avons dans notre statistique d'hôpital 44 cas dans lesquels la fémorale a été liée dans ces conditions. La mort est survenue dans 8 cas: une fois par suite de pneumonie et lésion des valvules du cœur; une fois par suite de maladie des reins; une fois par anévrysme de l'aorte; une fois par érysipèle et pneumonie; une fois par hémorrhagie secondaire; dans les trois derniers cas, après l'amputation et chez l'un d'eux, il y avait également une affection avancée du cœur qui causa la mort pendant la convalescence de l'amputation. Mais il y a aussi cinq autres cas malheureux: quatre chez lesquels l'amputation a été faite avec succès, et un cinquième pour lequel on indique une récidive deux ans après la guérison apparente, mais il n'est pas fait mention du traitement qui fut alors appliqué.

Nous avons donc 13 cas sur 44 où la ligature a échoué après l'emploi inutile de la compression, proportion bien plus élevée que quand la ligature a été employée en premier ressort. La proportion des insuccès est de 29, 54 pour cent quand la ligature est employée après la compression, et de 19, 48 pour cent quand il n'y a pas eu de compression préalable. Ce résultat est en opposition avec l'opinion générale fondée principalement sur la statistique réunie par M. Hutchinson et publiée dans le *Medical Times and Gazette* du 29 nov. 1856. Cette statistique ne reposait que sur un total de 76 cas, dont 54 furent traités par la compression. Sur ces 54 cas, il y avait 46 anévrysmes poplités, 24 guérirent par la compression, 22 fois la compression échoua, ce qui nécessita l'amputation dans trois cas (trois succès), tandis que la fémorale fut liée dans les 19 autres cas, avec 5 morts. Ces chiffres diffèrent légèrement de ceux du tableau de M. Hutchinson, car il a compris dans son total général quelques cas rares dans lesquels la fémorale avait été liée pour anévrysme de la fémorale elle-même, et je ne m'occupe ici que des anévrysmes poplités seulement; mais la même observation s'applique également aux données de M. Hutchinson, à savoir qu'elles reposent sur des chiffres trop restreints pour autoriser les conclusions qu'on en a voulu tirer.

A l'aide de ces chiffres on a voulu montrer, — et ici je m'inscris en faux contre ceux qui ont émis cette opinion, — que la compression exerce une influence favorable sur la marche ultérieure de l'affection en élargissant la circulation collatérale et en diminuant par là les chances de gangrène.

C'est à cette cause que l'on a attribué une mortalité moindre quand la ligature est pratiquée à la suite de l'emploi infructueux de la compression. Mes chiffres, beaucoup plus forts, montrent à quiconque s'en rapporte aux chiffres, qu'au contraire la mortalité à la suite de la ligature de la fémorale dans la pratique moderne est bien moindre que celle qui est indiquée par les faits publiés par les deux dernières générations, et que la proportion des décès, quand la ligature a suivi l'emploi infructueux de la compression, est bien plus considérable que quand la ligature a été employée de prime abord.

Cette conclusion ne doit pas nous étonner. Il est parfaitement vrai que la compression élargira probablement les voies collatérales de la circulation et diminuera les chances de gangrène. Mais en même temps elle mettra aussi à contribution les forces du malade et elle pourra endommager les vaisseaux dans le point comprimé, et ces inconvénients compensent l'avantage que l'on gagne par l'élargissement des collatérales. Mais ce qui est infiniment plus important pour le résultat général, c'est ce fait (certain pour moi, quoique difficile à prouver par le texte des observations) que la compression réussit dans les cas favorables où on l'emploie et échoue dans les cas défavorables. D'où il faut s'attendre à trouver une mortalité plus grande dans les cas d'insuccès de la compression que dans les cas de succès. Ce point établi, jetons un coup d'œil sur la statistique que j'ai réunie.

Sur 77 cas traités de prime abord par la ligature, il y a 11 morts et le total des insuccès est de 15; soit 14, 3 pour cent de décès et 19, 48 d'insuccès.

Sur 124 cas dans lesquels la compression a été employée, 66 fois on a eu un succès d'emblée; dans 44 des cas restant la ligature a été appliquée et a réussi 31 fois; le total des succès est donc de 97 et le total des échecs est de 27. Mais sur ces 27 insuccès il n'y a que 14 morts, 1 par suite de pleurésie accidentellement survenue, 5 après amputation sans ligature préalable et 8 après ligature préalable. Ce qui donne 11, 2 pour cent de décès et 21, 7 pour cent d'insuccès.

De telle sorte que le résultat total du traitement par la compression, comparé au résultat de la méthode de Hunter, est que la moyenne des décès après la compression a été un peu moindre, mais que, somme toute, il y a moins de guérisons complètes; il y en a eu un peu plus chez lesquels on a fait l'amputation et un très-petit nombre qui se sont opposés à tout traitement ultérieur, catégorie qui évidemment ne se trouve pas de l'autre côté.

En somme, on peut dire, en tenant compte des circonstances accidentelles, que les résultats des deux méthodes ont été aussi égaux que possible dans une longue série de cas s'étendant à plusieurs années et à des pays éloignés les uns des autres. Je dois dire que c'est là pour moi un argument sérieux en faveur de la méthode la plus nouvelle.

Quand nous entendîmes, il y a quelques années, après l'introduction de l'excision du genou dans la pratique générale, les affirmations de ses défenseurs au sujet de son innocuité et les objurgations qu'ils prodiguaient à ceux qui hésitaient à accepter le nouveau traitement comme un progrès reconnu sur l'ancien, nous ne pûmes nous défendre d'un sentiment de doute sur des assertions si peu pleines de cette prudence et de cette modération qui devraient être inséparables de l'expérience. Cette manière d'envisager la médecine opératoire à travers des lunettes roses porte pour ainsi dire sa réfutation en elle-même. *Quodcumque ostendis mihi sic incredulus odi.* Aussi, si je venais affirmer ici que le traitement moderne des anévrysmes est exempt de tout risque d'insuccès, ou que la méthode de Hunter est plus qu'une méthode fort uti-

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 26 mars, 6, 11 avril et 4 mai.

le et efficace, je sentirais que j'abuse de votre patience et que je fais peu d'honneur à la position que vous m'avez confiée. La vérité est que la compression échoue souvent, qu'elle présente des difficultés dont la ligature est exempte parce qu'elle exige une attention scrupuleuse dans une foule de détails minutieux de la part du chirurgien et qu'elle exige souvent de la part du malade qu'il se soumette pour longtemps à une épreuve pénible à laquelle il sait qu'il peut se soustraire à chaque minute. Tout cela est fort différent de ce qui se passe après la ligature. Le vaisseau une fois lié, il n'y a plus que peu de chose à faire de la part du chirurgien dans la plupart des cas, et rien de la part du malade. Si tout va bien, il n'y a plus rien à faire; avec le pansement le plus simple, et quelquefois sans pansement du tout, la plaie se cicatrise et tout est terminé.

C'est assurément une chose fort heureuse qu'une méthode, aussi récemment introduite dans la pratique générale que la compression, ait déjà fourni autant de succès qu'une méthode perfectionnée par l'expérience d'un siècle pendant lequel elle a été l'étude favorite de quelques-uns des plus grands chirurgiens de leur temps, et cela fait espérer de meilleurs résultats encore pour l'avenir. Rappelons-nous en effet que de même que nous recommandons l'excision du genou dans les cas appropriés à cause des chances qu'elle présente de conserver un membre plus utile, bien que nous sachions que le danger auquel elle expose est aussi grand et même plus grand que celui de l'amputation, de même également nous pouvons légitimement recommander l'adoption du traitement d'un anévrysme par la compression de préférence à l'emploi immédiat de la ligature, lors même que nous croirions qu'une méthode n'est pas supérieure à l'autre, en moyenne. Car, bien que la différence ne soit pas certainement aussi grande dans un membre après la compression et après la ligature, qu'entre le résultat de l'excision et un membre artificiel, il n'en existe pas moins une différence. La ligature de l'artère principale d'un membre laisse celui-ci affaibli, mal nourri et apte à se laisser envahir par des ulcérations rebelles et de longue durée. L'artère principale est toujours oblitérée en un point et ordinairement dans deux, au siège de la ligature et au siège de l'anévrysme, et la circulation nouvelle ne supplée jamais entièrement à l'ancienne. Au lieu de cela, la guérison par la compression (directe ou indirecte) n'implique pas nécessairement une telle oblitération, comme le prouvent ces préparations du musée de l'hôpital Saint-Georges (121-2,126). A cela il faut ajouter cette considération encore bien plus importante, que dans les cas heureux de compression le malade n'est exposé à aucun danger et souvent même à aucun inconvénient sérieux: et ces cas-là, loin d'être exceptionnels, sont, je crois, la règle générale, pourvu toutefois que le traitement soit appliqué de bonne heure et que le sac soit bien et complétement formé.

Ainsi donc, cette statistique peut, à mon avis, servir de base à la règle que je pose de tenter la guérison à l'aide de la compression dans tous les cas ordinaires d'anévrysme poplité. Quand le sac est imparfait ou que ses parois sont fort minces, il vaut mieux, je crois, recourir d'emblée à la ligature; et, si l'anévrysme est voisin du genou, ou qu'il présente un accroissement rapide, je ne conseille pas de s'attarder longtemps à des tentatives de compression; je ne crois même pas que, dans un cas quelconque, la compression trop prolongée soit un avantage pour le malade, ni qu'elle diminue la moyenne des insuccès.

Je crois que l'expérience actuellement acquise justifie pleinement ces conclusions. Mais il faut toujours se rappeler que les méthodes de compression vont sans cesse en se perfectionnant. Le triomphe de la compression rapide sous l'influence du chloroforme, les succès de la compression digitale, les guérisons obtenues par la flexion rapidement et sans douleurs, sont des faits qui appartiennent à l'expérience récente; ils sont trop frappants pour ne pas attirer l'attention des chirurgiens praticiens et pour ne pas nous faire comprendre que nous sommes encore loin de savoir tout ce que peut donner la compression.

THÉRAPEUTIQUE

Des stigmates de maïs dans les affections aiguës ou chroniques de la vessie.

Par le Dr Dufau.

Me trouvant dans le Midi pendant l'été de 1876, j'eus l'occasion de voir un de mes parents que j'avais traité l'année précédente pour une gravelle urique accompagnée de catarrhe vésical et de dysurie. — Je lui avais ordonné les eaux de Vichy et, plus tard, du carbonate de lithine, de l'acide benzoïque et des irrigations à grande eau avec une solution faible de bicarbonate de soude. — Son état s'était à plusieurs reprises sensiblement amélioré, mais les accidents revenaient dès qu'il cessait le traitement.

A l'époque dont je parle, il me raconta que, fatigué d'une médication aussi longue, il avait pris pendant un mois, sur le conseil d'un de ses amis, de la tisane de barbe de maïs, un litre par jour, et que depuis six mois il était entièrement débarrassé de tous ses accidents. — Il me cita également deux de ses amis que je connaissais et qui, sur son conseil, s'étaient également délivrés, par le même moyen, d'accidents analogues, et je pus m'assurer de la vérité de son récit.

N'ayant jamais entendu parler de faits semblables, je fis, à la bibliothèque de l'École de Médecine, des recherches qui ne m'apprirent rien; mais, quoique incrédule encore, je me proposai d'essayer ce moyen, et je fis en conséquence une ample provision de stigmates de maïs.

Dans le courant de 1877, j'observai huit cas d'affections diverses de la vessie, gravelle, cystite, catarrhe purulent, dysurie, qui, tous, furent améliorés de la façon la plus rapide. Je pensai alors à rechercher quel pouvait bien être le principe actif des barbes de maïs; mais ces recherches, que je poursuis d'ailleurs, furent infructueuses, et je me contentai, après avoir fait une nouvelle provision, de composer un extrait plus actif et plus facile à doser et à administrer que la tisane. Cet extrait m'a donné les meilleurs résultats dans quatre cas qui se présentèrent à mon observation à la fin de 1877 et au début de cette année.

Mon intention était de poursuivre ces essais et d'en communiquer le résultat à des confrères ayant plus souvent l'occasion d'observer des maladies de vessie, lorsque j'appris que l'expérience se trouvait déjà faite ailleurs et qu'il s'agissait là d'un remède populaire dans certaines contrées. Il y a donc tout avantage à ne pas attendre plus longtemps la vulgarisation d'un moyen qui, dans un si grand nombre de cas, pourra rendre de grands services aux médecins et aux malades, et c'est ce qui m'a engagé à venir en parler après deux de mes honorables confrères.

Ce sont en effet deux médecins, le docteur Louvet et le docteur Barbier, qui, les premiers, ont divulgué les propriétés des stigmates de maïs, et je résumerai ce qu'ils en ont dit avant de parler de mes propres observations.

C'est dans les *Archives médicales belges* qu'a paru la communication du docteur Louvet. Il s'agit d'abord d'une femme qui se débarrassa complétement d'une gravelle ancienne en faisant usage d'une décoction de barbe de maïs; puis viennent cinq personnes, dont une entre autres avait fait six saisons de Vichy ou de Contrexéville, et qui guérissent ou sont considérablement soulagées par l'emploi de cette même décoction.

Cette communication en amène une autre sur le même sujet, de M. le docteur Barbier (de Saint-Symphorien), in *Courrier médical* du 23 mars. — En voici le résumé :

Depuis plus de trois ans, le docteur Barbier a traité avec un véritable succès une vingtaine de personnes affectées de maladies aiguës ou chroniques de la vessie, avec ou sans gravelle. — Il use notamment de ce moyen dans tous les cas de dysurie ou de crises uriques, et il l'ordonne presque exclusivement, le reste de la prescription n'étant qu'un remplissage.

Il serait trop long de citer aujourd'hui, à la suite, mes propres observations; me proposant d'ailleurs de revenir sur ce sujet, il suffira sans doute, pour le moment, de signaler à l'attention de nos confrères ce nouveau moyen qui, étant parfaitement inoffensif, peut être expérimenté par eux sans aucune crainte. — J'ajouterai seulement que l'extrait, sous forme d'élixir, dont je me suis servi en dernier lieu, a une plus grande efficacité que la simple décoction qu'on ne pourrait d'ailleurs préparer faute de stigmates de maïs. — Cet élixir contient exactement, par cuillerée à bouche, tous les principes, solubles dans l'eau, de cinq grammes de stigmates représentant un demi-litre de tisane. Il devra donc être administré à la dose de deux à trois cuillerées à bouche par jour, dans suffisante quantité d'eau (un verre environ par cuillerée), et on le donnera de préférence à jeun, le matin, dans la journée, et le soir.

REVUE DE LA PRESSE.

Revue médico-légale, par le docteur Maurice LAUGIER. — Sous ce titre sont analysés les mémoires publiés dans le cours de l'année 1877, et les questions qui se sont posées au sujet de divers attentats : analysons rapidement ce travail intéressant.

A. *Attentats aux mœurs.* — De quelques vices de conformation de l'hymen dans leur rapport avec la médecine légale.

Sous ce titre, le docteur Delens a publié trois observations tirées de sa pratique médico-légale. Dans la première, il s'agit d'une jeune personne de quinze ans et demi, victime depuis plusieurs années d'attentats répétés, atteinte même de vulvite et de vaginite, et néanmoins *non déflorée.* L'intégrité de l'hymen s'expliquait par la conformation de cette membrane, épaissie d'au moins 1 millimètre, percée d'un pertuis de 1 millimètre seulement de diamètre, et, par le fait, aussi résistante qu'un hymen imperforé. De l'absence de déchirures on ne peut donc conclure que des violences répétées n'ont pas été exercées. — Les deux autres observations sont des exemples très-rares d'*hymen biperforé.* Dans l'un de ces cas, les deux ouvertures n'avaient pas plus de 2 centimètres de diamètre ; dans l'autre, elles avaient 7 à 8 millimètres sur 3 à 4. Dans les cas de ce genre, la bride médiane et solide qui sépare les deux orifices est un obstacle à la défloration, d'autant plus sérieux que les ouvertures sont plus petites ; l'expert doit tenir compte de cette circonstance.

B. *Examen de taches de sperme trouvées sur le plancher d'un appartement.* — Conclusions : 1° l'examen de ces taches peut donner des résultats tout aussi probants que les expertises faites sur le linge et les vêtements ; 2° si le sperme forme à la surface du plancher une sorte de vernis peu adhérent, dont les écailles sont faciles à isoler, l'examen médico-légal est plus facile que s'il s'agissait d'un linge ou d'une étoffe. On n'a qu'à rendre au sperme desséché et facile à détacher du bois l'eau qu'il a perdue, en le dissolvant dans une petite quantité d'eau distillée. Si le sperme est incorporé par imbibition à la substance même du bois, il faut faire comme s'il s'agissait d'un linge taché, c'est-à-dire mettre en contact, pendant un temps suffisant, avec un peu d'eau distillée la surface maculée, et gratter avec le tranchant d'un scalpel le bois ainsi imbibé (1).

C. *Infanticide.* — Peut-on soutenir légalement et scientifiquement qu'un enfant né à terme, bien constitué, viable, mais dont les poumons n'ont pas été pénétrés par l'air, a vécu ? Oui ; tel est le cas d'un enfant qui a été déclaré avoir vécu, bien que n'ayant pas respiré d'air, sa mort étant le résultat de son immersion dans le liquide fécal des fosses d'aisances. (Voir Annales d'hygiène et de médecine légale, 2e série, § XLVII.)

Le docteur Pinard a présenté un travail sur « les ecchymoses sous-pleurales chez les nouveau-nés ». Il peut se résumer dans les deux conclusions suivantes : 1° les ecchymoses ponctuées sous-pleurales et sous-péricardiques se rencontrent aussi bien sur des fœtus morts par suite d'arrêt de circulation, soit au début, soit dans la dernière période du travail, soit même quelques instants après la naissance, que chez les enfants morts par suffocation ; 2° chez les enfants morts quelques jours ou quelques heures après la naissance par le fait même des conditions dans lesquelles ils se sont trouvés pendant le travail, on peut rencontrer, avec des poumons pénétrés complétement par l'air, des taches ecchymotiques siégeant sur les poumons, le péricarde, le thymus.

D. *Blessures par armes à feu.* — L'affaire Godefroy (Seine, 1877) amène la répétition de plusieurs expériences très-concluantes qui prouvent que, si, dans les conditions anciennes où l'on se servait de bourres et de poudre défectueuse, le coup tiré à bout portant entraînait fatalement le tatouage des environs de la plaie, il n'en est plus de même aujourd'hui où, avec la prédominance du fulminate de mercure, la déflagration des parcelles charbonneuses est beaucoup plus complète ; il est permis d'affirmer que l'absence de tatouage ne peut plus être considérée comme la preuve certaine qu'un coup de feu n'a pas été tiré à bout portant.

E. *Empoisonnements accidentels et criminels.* 1° *Par les pilules de Crosnier*, analogues à celles de Méglin, mais qui en diffèrent notablement parce que l'oxyde de zinc y est remplacé par de l'aloès et du sulfate de quinine ; elles constituent un médicament actif et dangereux, qui devrait être même proscrit par les médecins.

2° *Par le baume opodeldoch,* en raison du camphre et de l'ammoniaque qu'il renferme. Une seule cuillerée à bouche administrée à un malade a suffi pour déterminer la mort en quelques heures, à la suite d'une inflammation suraiguë du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et des intestins.

3° *Par le méloë proscarabeus et violaceus,* administré par un charlatan dans une poudre anti-goutteuse : on retrouva dans l'intestin et l'estomac un grand nombre de parcelles noires et bleues qui furent reconnues comme appartenant à un méloë.

4° *Par la digitale.* Un jeune soldat allemand, pour se rendre malade et se faire libérer, absorba en tout 137 pilules contenant 13 gr. 70 de poudre de feuilles de digitale ; c'est un exemple rare d'empoisonnement chronique par la digitale ; la mort est survenue au bout de cinq semaines.

5° *Par l'ellébore,* après ingestion de 2 ou 4 grammes de poudre d'ellébore blanc ou noir, ou de décoction de racine.

6° *Par le cytise.* Cinq membres d'une famille, à la suite d'un repas où figuraient des beignets préparés avec des fleurs de cytise (faux ébénier), succombèrent. Chaque convive, n'ayant pas absorbé plus de 8 grammes de fleurs, représentait une quantité très-minime de cytisine alcaloïde, qui doit être réputé comme très-actif et agissant à très-faible dose.

7° *Par le plomb* : Un boulanger, chauffant son four avec des bois de démolition, matériaux ayant été plusieurs fois repeints à la céruse (V. *Gaz. des hôpit.* n° 23, 1878).

8° *Par le phosphore.* Des analyses faites à Breslau sur des cadavres de cabiais empoisonnés par le phosphore, et une autopsie médico-légale, ont montré que le phosphore peut être utilement recherché dans un cadavre plus d'un mois après la mort. Cette assertion agrandit le champ des investigations médico-légales, puisque l'on sait généralement que le phosphore se transforme en quelques jours en acides phosphoreux et phosphorique, et n'existe plus en nature au moment où l'autopsie est pratiquée.

9° *Ulcère latent de l'estomac pouvant simuler un empoisonnement.* M. Littré a soutenu que le prétendu empoisonnement d'Henriette d'Angleterre, duchesse d'Orléans, n'a été en réalité autre chose que la perforation de l'estomac par un ulcère simple dont la malade

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1878, n° 44, page 349 : *De l'avortement criminel*, importance médico-légale, par M. Gallard.

éprouvait depuis un certain temps tous les symptômes. M. Grasset (de Montpellier) rapporte un fait analogue : un jeune homme de 20 ans, robuste, toujours bien portant, après une course à pied de 11 kilomètres et un déjeuner très-sommaire, est pris d'horribles coliques et succombe en 24 heures.

Sa famille croit à un empoisonnement, fait faire l'autopsie, et l'on constate un ulcère de l'estomac resté latent jusqu'à la veille de la mort et ayant produit une perforation suivie de péritonite suraiguë. Donc le médecin légiste ne doit pas perdre de vue que « l'absence d'antécédents pathologiques et la santé parfaite extérieure n'excluent nullement l'idée d'un ulcère chronique de l'estomac et d'une perforation spontanée de cet organe ».

F. *Mort par submersion.* MM. Bergeron et Montano, à la suite d'une série de recherches expérimentales faites au laboratoire de M. Bert, se sont arrêtés aux conclusions suivantes :

1° *L'existence d'une écume mousseuse, non-seulement dans l'arrière-bouche et le larynx, mais dans les bronches, est le seul signe constant et certain de la mort par submersion,* qu'il y ait eu syncope préalable ou asphyxie, que l'individu ait été libre de ses mouvements ou qu'il ait été jeté à l'eau après avoir été endormi par le chloroforme ou par l'opium, à moitié suffoqué, entravé dans ses mouvements, etc.

2° *Il y a toujours un certain degré de congestion* et quelquefois des ecchymoses sous-pleurales, mais les ecchymoses n'ont jamais l'apparence des ecchymoses ponctuées de la suffocation.

3° *L'intensité de la congestion*, l'étendue des ecchymoses sont toujours en rapport avec les efforts que fait l'animal pour lutter contre la submersion Il en est de même chez l'homme, et nous l'avons vérifié dans toutes les autopsies que nous avons faites à la Morgue depuis près de dix ans.

M. Laugier admet les deux dernières conclusions, mais fait quelques réserves pour la généralisation absolue du premier paragraphe.

G. *Aliénation mentale.* 1° *Paralysie générale.* M. Foville a publié dans les *Annales* (2e série, t. XLVII) six observations très-curieuses relatives à cette période de la paralysie générale que certains auteurs ont assez heureusement désignée sous le nom de *médico-légale*, pendant laquelle les malades, sous l'influence d'idées délirantes à leur début, commettent fréquemment des actes délictueux ou criminels. Comme les symptômes de la maladie sont généralement très-peu marqués à ce moment et peuvent passer inaperçus, il arrive que des poursuites judiciaires sont dirigées contre ces malheureux et sont quelquefois suivies de condamnations.

C'est dire toute l'importance du rôle médico-légal en pareille occurrence.

2° *Folie des cuisiniers.* M. Moreau, de Tours, conclut de recherches persévérantes : 1° l'action lente de l'oxyde de carbone provoque une série de troubles intellectuels ayant une marche qui leur est propre ; 2° ces troubles consistent en hallucinations de la vue, de l'ouïe, en conceptions délirantes, incertitudes et délire des persécutions. Ils s'accompagnent, dans la grande majorité des cas, d'absence de toute prédisposition héréditaire, de vertiges, éblouissements, oppressions, syncopes ; 3° dans les cas où les accidents ne sont pas trop anciens, où les femmes sont jeunes, la guérison a lieu, sans rechute, à moins que les malades ne reprennent leur ancien métier. Dans tous les autres cas, la maladie s'aggrave rapidement jusqu'à la mort.

3° *Troubles intellectuels imputables à la faim.* Une diète prolongée pourrait, dans certains cas, donner naissance à des troubles nerveux se rapprochant des hallucinations, diminuant au moins, si elle ne l'abolit pas, la conscience exacte des faits qui se passent autour de nous, et pouvant atténuer, même faire disparaître la responsabilité de certains actes. Ainsi, un jeune homme de 15 ans, de caractère doux, d'intelligence ouverte, sans antécédents épileptiques personnels ou héréditaires, est inculpé d'une tentative de meurtre sur la personne d'une petite fille de 8 ans. Il errait dans la campagne depuis quarante-huit heures sans avoir mangé, quand il se livra sur sa victime à une agression véritablement extravagante à laquelle l'instruction ne put découvrir aucun motif. A toutes les questions il répondait : « J'avais faim, j'avais perdu la tête. »

4° *La perversion du sens génésique*, avec le sentiment sexuel contraire, est aussi utile à connaître pour l'appréciation de certains cas d'attentats à la pudeur.

H. *Identité.* « Le cheveu humain et sa valeur médico-légale » ; tel est le titre d'un mémoire publié à Tubingue par le professeur Œsterlen (*Ann. d'hyg.*, 2e série, t. XLVIII, Strohl).

Un premier point important est de pouvoir distinguer les cheveux et poils humains des poils d'animaux. Les seconds se différencient des premiers par leurs écailles épidermiques plus grandes et plus saillantes, par leur canal médullaire constant et beaucoup moins volumineux comparativement à l'épaisseur de la couche corticale, par leurs changements de couleurs brusques, quand la robe est diversement colorée, par le renflement de la partie moyenne et l'effilement rapide qui y fait suite tant du côté de la racine que de celui de l'extrémité libre. Il y a là, on le voit, un ensemble de caractères distinctifs qui ne laisse guère prise à l'erreur.

Étant admis qu'il s'agit de cheveux humains, peut-on arriver à découvrir à qui ces cheveux appartiennent ? La chose est possible, mais à une condition expresse, c'est que l'examen ait pu porter sur une mèche entière, au moins sur un certain nombre de cheveux, de telle sorte qu'il ait été possible de prendre une moyenne. La recherche des spermatozoïdes sur les poils des organes génitaux doit se faire, d'après Paff, de la manière suivante : on humecte les poils avec une gouttelette d'eau imbibée d'une petite quantité d'ammoniaque, et c'est seulement après évaporation du liquide qu'on procède à l'examen microscopique.

Après avoir étudié la question de savoir si les cheveux ont été arrachés ou coupés, ou sont tombés naturellement, après avoir établi que leur couleur est absolument indépendante de celle des cheveux des parents, et ne peut rien prouver relativement à la filiation, Oesterlen s'occupe des changements de coloration spontanés ou artificiels. Le contact prolongé des cheveux d'un cadavre avec les matières organiques en décomposition les rend plus foncés (Chevalier). D'après Hauptmann et Sonnenschein, le long séjour dans la terre aurait un résultat contraire, grâce à l'action des acides humiques ; mais il suffirait de traiter les cheveux par l'ammoniaque pour les ramener à leur couleur primitive. Quant à la coloration artificielle, Œsterlen la considère comme facilement reconnaissable par le microscope ; la tige des cheveux teints offre une égalité de couleurs qui n'existe jamais dans la nature, et l'addition d'une goutte d'acide nitrique, en détruisant le sulfure de plomb et le bismuth qui ont rendu la tige noir foncé et opaque, le nitrate d'argent qui l'a teintée en brun violet, ramènerait les cheveux à leur couleur primitive. (*France médicale.*)

SOUSCRIPTION CLAUDE BERNARD

POUR FAIRE SUITE A LA SIXIÈME LISTE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Les docteurs Besnier (Jules)	10f
— Burq	10
— Désormeaux	20
— Kœlliker	50
Société médico-pratique de Paris	100
Faculté des sciences de Bordeaux	50
Le professeur Vulpian	100
Docteur Gombault	20
Société d'hydrologie médicale de Paris	100
Docteur Magitot	50
Société médicale de l'arrondissement de l'Élysée (8e arrondissement)	198
Docteur Lannelongue	200
Faculté des sciences de Grenoble	25
Docteur Piogey	10
Elèves de l'école de médecine d'Angers	50
Docteur Hardy (de la Société de Biologie)	20
Docteur Gallois id.	20
Ecole de médecine et de pharmacie de Bordeaux	360

SOUSCRIPTION DE GENÈVE.

Les docteurs Prevost		30
—	Prevost Cayla	20
—	Revilliod	10
—	Cordès	10
—	Chossat	10
—	Vulliet	5
—	Rapin	5
—	Picot	5
Le professeur Schiff		10
Les docteurs Théophile Anger (de Paris)		20
—	Duboué (de Pau)	20
—	Badal	10
—	Lailler	10
Conseil général du Rhône		500
		1,950

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours sera ouvert, le 17 juin 1878, à l'École vétérinaire de Toulouse, pour les deux chaires de pathologie et de clinique, vacantes à cette École.

Un second concours sera ouvert, le 5 août 1878, à l'École vétérinaire d'Alfort, pour l'emploi de chef de service de physique, de chimie et de pharmacie.

Les programmes de ces concours se distribuent, à Paris, au ministère de l'agriculture et du commerce (direction de l'agriculture, service vétérinaire) et au secrétariat des trois écoles d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

— M. le docteur Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera ses démonstrations de cérébroscopie *par la lumière oxhydrique*, à l'hôpital, le mardi 21 mai, à neuf heures du matin.

Il les continuera pendant la durée de l'Exposition universelle, le mardi 18 juin, le mardi 16 juillet et le mardi 7 août, à la même heure. La visite des malades aura lieu à huit heures, et tous les autres mardis, clinique ordinaire sur les *maladies de l'enfance*.

De l'anémie et spécialement de l'anémie chez les mineurs, par le docteur Paul FABRE, médecin aux mines de Commentry. 1 vol. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, H. Lauwereyns.

Précis théorique et pratique des maladies des voies urinaires, d'après les leçons du docteur Sirus-Pirondi, recueillies par le docteur A. PAUCHON. 1 vol. in-8°. Prix : 5 francs. —Paris, H. Lauwereyns.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 56. — MARDI 14 MAI 1878. | 51e ANNÉE. | MARDI 14 MAI 1878. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, ce 13 mai 1878.

La question qui se débat depuis quelque temps à l'Académie de médecine et qui, d'un point de méthode opératoire pour un cas déterminé de grande mutilation, s'est graduellement élevée, par la force même et la logique naturelle des choses, d'abord aux systèmes généraux de pansement et puis à la recherche des causes qui compromettent le plus généralement les résultats des grandes opérations, a acquis par l'intervention de M. Pasteur, une importance toute nouvelle et un intérêt de généralité au point de vue étiologique. Aussi est-ce désormais sur ce nouvel ordre de recherches et sur les conséquences pratiques considérables qu'elles pourront entraîner, non-seulement dans la pratique chirurgicale, mais encore dans la conception de la pathogénie d'un grand nombre de maladies internes, que va se reporter tout l'intérêt de cette discussion. En raison de ces conditions nouvelles, et vu les difficultés de reproduire au jour le jour et au courant de la plume, avec une précision et une clarté suffisantes, des faits d'un ordre aussi délicat que ceux qui ont été portés récemment à la tribune par M. Pasteur, nous avons pensé qu'il serait utile et que nos lecteurs nous sauraient gré de résumer ici, le plus succinctement et le plus clairement possible, le dernier exposé de l'éminent expérimentateur.

Nul n'a oublié avec quelle rigoureuse précision, avec quelle abondance de preuves expérimentales et quelle force de raisonnement, M. Pasteur a établi devant l'Académie, au mois de juillet dernier, l'étiologie bactéridienne de la maladie charbonneuse. Dans cette même séance, où il captivait si puissamment l'attention de son auditoire, il ébauchait en même temps une théorie nouvelle de la septicémie et des fièvres et affections putrides, basée sur l'existence probable d'espèces particulières de vibrions, dont il s'agissait d'établir l'existence réelle et le rôle spécial dans le sein de l'économie.

La théorie était encore à l'état spéculatif. Sans doute, les expériences que M. Pasteur avait déjà faites à cette époque, avec le concours de MM. Joubert et Chamberland, avaient rendu très-probable que la septicémie relève de la présence et de la multiplication d'un organisme microscopique ; mais la démonstration rigoureuse n'était pas faite encore, et ils avaient laissé l'étiologie de la maladie putride ou septicémie beaucoup moins avancée que celle du charbon.

Pour démontrer l'existence d'un organisme microscopique spécial, agent de maladie et de contagion, un *microbe*, ainsi que M. Sédillot a proposé de le désigner par abréviation, M. Pasteur n'a pas vu d'autre moyen que de soumettre ce microbe à la méthode des cultures successives en dehors de l'économie, c'est-à-dire au genre d'épreuves auquel M. Joubert et lui avaient déjà soumis la bactéridie charbonneuse On sait qu'après avoir cultivé la bactéridie un grand nombre de fois dans un liquide privé de toute virulence, chaque culture ayant pour semence une gouttelette de la culture précédente, ils ont constaté que le produit de la dernière culture était capable de se multiplier et d'agir dans le corps des animaux en leur donnant le charbon avec tous les symptômes de cette affection. C'est ce même mode de démonstration qu'ils ont tenté pour le vibrion septique, prélevé sur un animal mort de septicémie.

Leurs premières expériences, faites avec des vibrions pris dans la sérosité abdominale, puis avec des vibrions pris dans le sang du cœur d'animaux morts récemment de septicémie et cultivés dans divers milieux, urine, eau de levûre de bière, bouillon de viande, etc., ne donnèrent tout d'abord aucun résultat. Toutes les cultures furent également stériles, et la semence perdait sa virulence dans le liquide de culture.

L'idée leur vint alors que le vibrion septique pourrait être un organisme exclusivement anaérobie et que la stérilité des liquides ensemencés devait tenir à ce que le vibrion était tué par l'oxygène de l'air en dissolution dans ces liquides.

Aussitôt conçue, l'idée fut mise à l'épreuve. Le vibrion septique fut cultivé dans le vide ou en présence de gaz inertes. Le vibrion septique s'est développé avec la même facilité dans le vide parfait et en présence de l'acide carbonique.

Comme corollaire obligé de ce premier fait, en exposant un liquide chargé de vibrions septiques au contact de l'air pur, on devait tuer les vibrions et supprimer toute virulence. C'est, en effet, ce qui est arrivé. Quelques gouttes de sérosité septique, placées dans un tube couché horizontalement, sont devenues absolument inoffensives, alors même qu'auparavant ce même liquide était à ce point virulent, qu'inoculé en très-minime fraction, il entraînait la mort. Après cette opération, tous les vibrions qui étaient contenus à profusion dans le liquide, sous forme de fils mouvants, se détruisaient et disparaissaient. On ne trouvait plus, après l'action de l'air, que de fines granulations amorphes, impropres à toute culture, non

moins qu'à la communication d'une maladie quelconque.

Mais, si l'oxygène détruit les vibrions, comment la septicémie peut-elle exister, l'air atmosphérique étant partout présent? Comment accorder ces faits avec la théorie des germes? Comment du sang, exposé au contact de l'air, peut-il devenir septique par les poussières que l'air renferme?

A ces nombreuses difficultés qui se pressent devant ces premiers résultats, et qui semblent impliquer contradiction avec les faits d'observation journalière, il fallait trouver une explication. L'explication se trouve dans le fait suivant, qui dissipe ces apparentes obscurités.

Tout ce qui vient d'être dit n'est vrai que d'un liquide septique chargé de vibrions adultes, en voie de génération par scissiparité; les choses sont différentes quand les vibrions se sont transformés dans leurs germes. Les vibrions adultes seuls disparaissent, se brûlent et perdent leur virulence au contact de l'air; les corpuscules-germes, dans ces conditions, se conservent, toujours prêts pour de nouvelles cultures et de nouvelles inoculations.

Mais ceci ne résout pas encore la difficulté de savoir comment il peut exister des germes septiques à la surface des objets flottants dans l'air et dans les eaux. Où ces corpuscules peuvent-ils prendre naissance? Voici comment M. Pasteur explique la production de ces germes, malgré la présence de l'air en contact des liquides septiques.

Que l'on prenne, dit-il, de la sérosité abdominale à vibrions septiques, tous ceux-ci en voie de génération par scission, et qu'on expose ce liquide au contact de l'air, avec la seule précaution, toutefois, de lui donner une certaine épaisseur, et, en quelques heures, on assiste au phénomène suivant. Dans les couches supérieures, l'oxygène est absorbé. Là, le vibrion meurt et disparaît. Dans les couches profondes, au contraire, les vibrions, protégés contre l'action de l'oxygène par leurs frères qui périssent au-dessus d'eux, continuent de se multiplier par scission, puis, peu à peu, ils passent à l'état de corpuscules-germes avec résorption du restant du corps du vibrion filiforme. Alors, à la place des fils mouvants de toutes dimensions linéaires, on ne voit plus qu'une poussière de points brillants, isolés ou enveloppés d'une gangue amorphe, à peine visible. Et voilà formée, vivante de la vie latente des germes, ne craignant plus l'action destructive de l'oxygène, la poussière septique. Et tout ce qui, tout à l'heure, paraissait si obscur devient clair. On comprend l'ensemencement des liquides putrescibles par les poussières de l'atmosphère, ainsi que la permanence des maladies putrides.

Une des conséquences principales de cette théorie serait la preuve qu'il existe des maladies transmissibles, contagieuses, infectieuses, dont la cause réside essentiellement dans la présence d'organismes microscopiques, et que pour un certain nombre de maladies, au moins, il faudrait abandonner les idées de virulence spontanée, les idées de contage et d'éléments infectieux naissant dans le corps de l'homme et des animaux et propres à devenir l'origine de maladies identiques.

Mais ce n'était pas tout. Il restait à rechercher, dans l'espèce, la preuve qu'à côté du vibrion de la septicémie il n'y avait pas une virulence indépendante, propre à des matières liquides ou solides; qu'enfin le vibrion n'est pas seulement un épiphénomène de la maladie dont il est le compagnon obligé. Or, dans les résultats exposés par M. Pasteur, on voit un liquide septique, pris à un certain moment, alors que les vibrions ne sont pas encore transformés en germes, perdre toute virulence par le simple contact de l'air, conserver au contraire cette virulence, quoique exposé à l'air, à la seule condition d'avoir été en épaisseur pendant quelques heures. Dans le premier cas, après perte de la virulence au contact de l'air, le liquide est incapable de reprendre celle-ci par la culture; mais, dans le second cas, il conserve et peut propager de nouveau cette virulence, même après qu'il a été exposé au contact de l'air. Il n'est donc pas possible, d'après M. Pasteur, de soutenir qu'en dehors et à côté du vibrion adulte ou de son germe il y ait une matière virulente propre, liquide ou solide. Ainsi se trouve réfutée la théorie allemande de la sepsine.

On vient de voir que le vibrion de la septicémie est un microbe exclusivement anaérobie, puisqu'il ne peut se développer que dans le vide ou en présence de gaz inertes. Il doit donc être ferment. C'est ce qui existe. Tant que dure la multiplication du vibrion par scissiparité, sa vie s'accompagne d'un dégagement de gaz acide carbonique, de gaz hydrogène, d'un peu d'azote et de très-faibles quantités de gaz putrides. Ces gaz ne cessent de se produire qu'au moment où va s'accomplir la transformation du vibrion en corpuscules-germes. Ce dégagement gazeux, pendant la vie du vibrion, expliquerait, suivant M. Pasteur, le ballonnement très-rapide des animaux morts de septicémie et l'état emphysémateux du tissu conjonctif en certains points du corps.

Aux objections qui ont déjà été faites à cette théorie de la septicémie et qui pourraient encore être reproduites : Qu'importent bactéries et vibrions? Ne voit-on pas ces infiniment petits pulluler partout? Ne les voit-on pas abonder sur les linges des pansements, recouvrir même les plaies en voie de guérison sans qu'il en résulte le moindre danger? M. Pasteur répond par la démonstration qu'il a faite incidemment, qu'à côté des vibrions les plus dangereux il en existe d'inoffensifs, dépourvus de toute virulence ou qui perdent toute propriété virulente par le fait seul d'une température inférieure à la température animale moyenne; ce qui constitue un des faits les plus propres à montrer ce qu'on peut attendre des efforts de la science, même dans l'étude des maladies les plus obscures.

Comparant le vibrion septique, sous le rapport de la formation de ses germes, à la bactéridie charbonneuse, pour montrer que les organismes microscopiques jouissent de propriétés physiologiques variées et qu'on doit s'attendre de leur part à des manifestations morbides très-diverses, M. Pasteur rappelle que des expériences très-précises lui ont appris que le vibrion septique, non-seulement peut vivre et se multiplier dans le vide le plus parfait comme dans l'acide carbonique le plus pur, mais qu'il y donne ses germes et que le gaz oxygène libre n'est obligé d'intervenir en quoi que ce soit dans leur formation; tandis que, au contraire, la bactéridie charbonneuse; en présence du vide ou de l'acide carbonique, est absolument impropre à vivre et à se transformer en corpuscules-germes.

Les nombreuses cultures que MM. Pasteur, Joubert et Chamberland ont faites du vibrion septique leur ont permis de constater qu'indépendamment de l'aspect de petits fils mouvants sous lequel il se présente dans la sérosité abdominale ou dans les muscles des animaux morts de septicémie, il peut affecter quelquefois d'autres formes, notamment par leur association à de très-petits corps généralement immobiles, ayant la forme lenticulaire. Ces lentilles, qui portent quelquefois un corpuscule-germe à une de leurs extrémités, ne sont autre chose qu'une des formes du vibrion septique. Il s'est montré également sous la forme de petits bâtonnets. Mais ce

qui leur a paru le plus surprenant, c'est la facilité avec laquelle le vibrion septique peut se reproduire sans manifester le moindre mouvement, facilité jointe à une grande diminution de virulence. Il n'existe, en réalité, dans la septicémie, qu'un seul vibrion, que les milieux ou la culture font changer d'aspect, de facilité de propagation et de degré de virulence. La preuve en est dans ce fait qu'à la suite de cultures indéfiniment répétées, les dernières ont pu être ramenées à leur virulence du début en changeant les liquides de ces cultures.

Des expériences ayant pour objet la séparation de nombreuses espèces d'êtres microscopiques dont l'association est fréquente, ont conduit les auteurs de ces intéressantes recherches à la constatation d'un fait qui, en montrant la prodigieuse activité avec laquelle un vibrion septique introduit et déposé au centre d'un morceau de chair s'y multiplie, au point qu'en un jour ou deux chaque parcelle microscopique de chair en offre par myriade et tombe en état de décomposition putride complète, donne une démonstration indirecte saisissante de l'influence de la vie et de la résistance qu'elle oppose aux effets désastreux de la multiplication de ces germes, lorsqu'on songe que l'eau, que les éponges, que la charpie, et tous les objets qui servent au lavage ou au pansement des plaies, peuvent si facilement les y déposer. Si j'étais chirurgien, s'écrie à ce sujet M. Pasteur, pénétré comme je le suis des dangers auxquels exposent les germes des microbes répandus à la surface de tous les objets, particulièrement dans les hôpitaux, et lorsqu'il s'agit de blessés dont la résistance vitale affaiblie, devenue impuissante, n'oppose plus qu'une barrière insuffisante à leur envahissement, non-seulement je ne me servirais que d'instruments d'une propreté parfaite, mais, après avoir nettoyé mes mains avec le plus grand soin et les avoir soumises à un flambage rapide, je n'emploierais que de la charpie, des bandelettes, des éponges préalablement exposées à un air porté à la température de 138 à 150 degrés; je n'emploierais jamais qu'une eau qui aurait subi la température de 110 à 120 degrés..., sans préjudice de l'emploi des procédés antiseptiques de pansement destinés à se garantir des germes en suspension dans l'air, dont le nombre est d'ailleurs presque insignifiant à côté de ceux qui sont répandus à la surface des objets ou dans les eaux communes les plus limpides.

Justement préoccupé des dangers de toute sorte qu'entraînent après elles les amputations et les blessures, M. Pasteur, dans cette même communication a entretenu l'Académie d'un vibrion qui n'a pas été encore signalé et dont les propriétés paraissent devoir jeter un nouveau jour sur un autre grand écueil de la chirurgie, l'infection purulente.

En multipliant des cultures faites dans le vide avec des eaux communes diverses, on rencontre souvent un vibrion tout à la fois aérobie et anaérobie, qui dans les premières heures de son développement, extrêmement rapide, principalement au contact de l'air, est sous la forme de petits boudins très-courts, tournoyant sur eux-mêmes, d'un état mou, gélatineux, flexueux. Si l'on inocule quelques gouttes d'une culture de cet organisme sous la peau d'un cochon d'Inde ou d'un lapin, du pus commence à se former et devient visible déjà après un intervalle de quelques heures. Les jours suivants un abcès se forme. Rien jusque-là de surprenant puisque un objet solide quelconque peut faire naître du pus. Mais l'activité du microbe, considéré comme générateur du pus, lors même qu'il devrait cette propriété à son seul titre de corps solide, est augmentée sensiblement par le fait de sa multiplication possible dans le corps des animaux.

Voici l'expérience qui le démontre : On partage en deux moitiés une culture de cet organisme ; l'une est chauffée à une température de 100 à 110°, qui tue le microbe, puis on inocule séparément, à deux animaux semblables, des portions égales de la moitié chauffée et de l'autre moitié non chauffée. On constate alors aisément que celle-ci donne plus de pus que la première. Si l'on ensemence séparément les pus formés sur les deux animaux vivants, celui qui provient de l'animal qui a reçu les organismes chauffés est absolument stérile, tandis que le pus de l'animal qui a reçu les organismes non chauffés reproduit facilement et en abondance ce même organisme.

On connaissait déjà la bactéridie charbonneuse et le vibrion septique, agents de contagion, de maladie et de mort. Voici maintenant une troisième espèce, également capable de se multiplier dans le corps vivant et d'y provoquer un état pathologique différent. Enfin l'expérience démontre, qu'à l'exemple de la bactéridie et des vibrions septiques, ce nouveau microbe peut se répandre dans tout le corps, après qu'il a été introduit sous la peau; il peut se propager dans tous les muscles, pénétrer dans le sang, dans le poumon, dans le foie, et déterminer dans ces organes la formation de foyers purulents, d'abcès métastatiques, en un mot l'infection purulente et la mort...

Voici un dernier ordre de faits qui ne mérite pas moins que les précédents l'attention des chirurgiens : c'est celui de l'association du microbe générateur du pus avec le vibrion septique, qui permet de déterminer expérimentalement la superposition de deux maladies distinctes, et de produire ainsi ce qu'on pourrait appeler une infection purulente septicémique, ou une septicémie purulente. Par un artifice analogue, on peut combiner les effets de la bactéridie charbonneuse et du microbe de pus et obtenir également un charbon purulent ou une infection purulente charbonneuse. En un mot, on peut produire à volonté, des infections purulentes exemptes de tout élément putride, des infections purulentes putrides, des infections purulentes charbonneuses, des combinaisons variables de ces sortes de lésions, selon la proportion des microbes spécifiques que l'on fait agir sur l'organisme.

Tels sont les faits principaux que M. Pasteur, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. Jaubert et Chamberland, a apportés à l'appui de la série de propositions qu'il avait déjà formulées devant l'Académie au cours de la discussion pendante, sous forme de simple affirmation et sous le bénéfice d'une démonstration ultérieure. Des faits de cet ordre ne se discutent pas ; on ne peut que les contrôler, les vérifier, ou les contredire par des procédés expérimentaux semblables. Quant aux conséquences que M. Pasteur en déduit, et aux applications qu'il en propose, soit pour l'explication d'un certain nombre de phénomènes morbides, soit pour la pratique chirurgicale, qui, comme on l'a déjà vu, n'avait pas attendu que la démonstration des faits et de la théorie de la septicémie vibrionnienne fût complète pour y adapter quelques-uns de ses procédés, peut-être, probablement même, y trouvera-t-on des points discutables. Mais, quelques réserves que l'on doive faire encore à cet égard, on ne saurait méconnaître qu'elles sont dignes de la plus sérieuse attention et qu'elles réclament une étude approfondie. Nous estimerons avoir fait une chose utile, pour notre part, si nous sommes parvenu à résumer cette importante communication d'une manière suffisamment claire et intelligible pour tous.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Traitement des tumeurs érectiles.

On vient d'amener à notre consultation un petit enfant âgé de cinq mois, porteur d'une tumeur érectile au bras, sur la portion antérieure et interne. Cette tumeur, à peine perceptible à la naissance, s'est développée progressivement, et aujourd'hui elle atteint des dimensions déjà notables (2 centimètres de largeur sur 4 de longueur environ), et elle fait saillie de plus d'un demi-centimètre. Elle tient au développement des capillaires et l'élément veineux y domine, comme vous l'indique sa coloration brun-bleuâtre. Elle est indolente.

Il faut traiter immédiatement cette tumeur, parce qu'elle peut continuer à se développer indéfiniment. J'ai vu, entre autres, chez une petite fille, une tumeur érectile qui n'avait que quelques millimètres au moment de la naissance, et qui, l'enfant étant envoyée en nourrice, s'est développée, en trois ou quatre mois, jusqu'au milieu du cou, la moitié de toute la face, et en faisant saillie de plus de deux centimètres. Je l'ai traitée; elle ne progresse plus aujourd'hui, mais il en reste des cicatrices indélébiles.

Nous n'avons pas ici à nous occuper spécialement de chirurgie infantile; je ne veux pas vous énumérer tous les procédés usités dans ces cas; je vous en indiquerai seulement les principaux.

Autrefois on a surtout employé la compression, la cautérisation avec la pâte de Vienne, etc., la ligature multiple, la suture entortillée. Depuis longtemps aussi, on a recommandé les ligatures élastiques: elles produisent de la douleur toujours, et parfois des accidents; elles ne peuvent pas, en outre, être employées pour les tumeurs siégeant dans des régions anfractueuses.

On est venu ensuite à la cautérisation interstitielle avec des stylets rouges, des cautères pointus dits en bec d'oiseau; avec des aiguilles qu'on maintenait rouges en les chauffant avec un fer analogue à celui qu'emploient les coiffeurs. On a aussi utilisé les sétons, les sétons caustiques. Mais tous ces procédés avaient l'inconvénient de produire facilement des hémorrhagies.

La vulgarisation du galvanocautère a rendu des services considérables: il a, en outre, l'avantage de ne pas rayonner comme le fer rouge; il agit lentement, progressivement, et oblitère les vaisseaux avant de les ouvrir. On est, d'ailleurs, arrivé à faire des stylets galvaniques d'une très-faible épaisseur.

Le thermocautère peut aussi être employé comme le galvanocautère : mais on n'a pas encore pu en fabriquer d'aussi minces que les stylets galvaniques; il est utilisé surtout dans les cas où l'on n'a pas trop à s'inquiéter des cicatrices au point de vue de l'esthétique. Mais, comme c'est ordinairement à la face, aux paupières, au grand angle de l'œil, etc., qu'on observe les angiomes, il faut évidemment éviter les pertes de substances qui pourraient produire des accidents ultérieurs, tels que ectropion, trichiasis, etc. : on ne peut guère utiliser dans ces cas le thermocautère. Il est, d'ailleurs, aussi innocent que toutes les cautérisations au fer rouge.

Une méthode plus récente vient faire une sérieuse concurrence à ces procédés : c'est la méthode des injections coagulantes. Elle est absolument inoffensive dans l'immense majorité des cas. Elle consiste simplement à injecter, au moyen de la seringue de Pravaz, un liquide coagulant dans la masse même de la tumeur érectile, qu'on traverse hardiment avec l'aiguille (en or ou en platine) jusqu'au centre, dans une direction perpendiculaire.

Si la tumeur est plus volumineuse, on fera plusieurs injections : traversant la tumeur de la périphérie vers le centre, on dépose quelques gouttes du liquide coagulant dans ce centre même; puis, retirant l'aiguille de quelques millimètres, on pousse quelques gouttes encore, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on sorte l'aiguille de la tumeur. Si le volume est encore plus considérable, on renouvellera cette manœuvre par divers points de la circonférence.

Autrefois, on se croyait obligé à une précaution indispensable : celle de faire pénétrer l'aiguille dans la cavité même du vaisseau; il n'en est rien. On enfonce, aujourd'hui, l'aiguille dans le parenchyme de la tumeur, sans s'inquiéter de ce qu'elle traverse. Parfois il se forme une eschare au centre ou à la périphérie de l'angiome; elle tombe sans hémorrhagie. Il peut arriver que l'aiguille, au lieu de se trouver dans les mailles du tissu conjonctif, qui est rare, aboutit à une ampoule vasculaire; l'injection y arrive, et, si elle était faite trop brusquement, on pourrait produire une embolie coagulante qui serait lancée dans le torrent veineux, ou encore on pourrait chasser un caillot dans la même direction. On a vu, en effet, des cas de *mort subite* par ce mécanisme.

Quoique cet accident soit très-rare, il est indispensable de cerner la tumeur érectile au moment où l'on fait l'injection, pour que les caillots formés ne puissent ainsi être lancés dans la circulation. Il faut attendre qu'ils aient contracté une adhérence avec la paroi vasculaire : il faudra donc cerner la tumeur pendant trois à cinq minutes; jusqu'à ce qu'on la sente dure et solide, alors le caillot est adhérent.

Il ne faut pas croire qu'il soit pour cela nécessaire de se munir d'un appareil spécial; ici, par exemple, l'anneau d'une clef ordinaire servirait à merveille,

Quant au choix du liquide coagulant, trois sont en faveur : 1° le perchlorure de fer, employé presque depuis l'origine de la méthode. Celui à 30 degrés serait trop caustique : il faut l'étendre de moitié eau pour l'amener environ à 15 degrés.

2° A Lyon, on a longtemps vanté la liqueur iodo-tannique, moins irritante, il est vrai, que le perchlorure de fer; mais les caillots sont plus lents à se former, et ils sont moins adhérents;

3° Sur la foi des chirurgiens italiens, j'ai employé le chloral qui, outre qu'il est un bon coagulant, n'a pas l'inconvénient d'être toxique, et, s'il était lancé dans la circulation générale, ne produirait pas d'accidents. Mais les caillots se dissolvent à la longue, et j'ai observé des récidives. On l'emploie étendu de son volume d'eau.

Je suis plus satisfait de la liqueur de Piazza, dont la formule suivante m'a été donnée par M. Th. Anger (1) :

Eau distillée.	aâ 30 grammes.
Perchlorure de fer. . . .	
Chlorure de sodium. . . .	4 —

L'addition du sel marin paraît diminuer l'action irritante du perchlorure. C'est cette injection que je me propose d'employer pour l'enfant qui est envoyé aujourd'hui à notre consultation. J'estime que quatre piqûres, pratiquées aux quatre points cardinaux de la tumeur, suffiront pour la détruire.

Dans chaque piqûre, il ne faudra pas laisser plus de trois gouttes de la liqueur coagulante, soit dix ou douze gouttes environ pour cerner cette tumeur. Le siège de la tumeur, au bras, ne nous donne pas à nous inquiéter des eschares qui pourront se produire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai 1878. — Présidence de M. Labric.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Du pronostic et de la prophylaxie des oreillons chez l'adulte et en particulier de l'orchite ourlienne. — M. **Laveran** lit un travail sur ce sujet : M. Besnier, dit-il, dans son rapport sur les maladies régnantes du premier trimestre

(1) A l'hôpital des Enfants-Malades, M. de Saint-Germain se sert d'une liqueur de Piazza ainsi formulée :

Eau distillée.	60 grammes.
Perchlorure de fer.	25 —
Chlorure de sodium.	15 —

de 1878, a posé les questions suivantes : Quelle est la fréquence de l'orchite ourlienne et de l'atrophie testiculaire consécutive ? Quelles sont les mesures à prendre pour prévenir ces accidents? M. Laveran s'empresse de répondre à cet appel.

Les statistiques officielles ne donnant pas le chiffre des malades entrés pour *oreillons* dans les hôpitaux militaires, il est impossible d'établir d'une façon précise la fréquence de cette affection dans l'armée; tout ce qu'on peut dire, c'est que les oreillons règnent souvent dans l'armée sous forme de petites épidémies. M. Laveran, dans cette communication, n'entend s'occuper que du pronostic de cette affection chez l'adulte.

Les oreillons chez l'adulte, comme chez l'enfant, se terminent exceptionnellement par la mort ; mais le pronostic d'une maladie ne se confond pas entièrement avec sa mortalité, et, pour ne parler que des oreillons, une maladie qui peut avoir pour conséquences l'atrophie des testicules et l'impuissance ne saurait être regardée comme une affection légère, si faible d'ailleurs que soit sa mortalité.

A. *Fréquence de l'orchite ourlienne.* — En réunissant 432 cas d'oreillons recueillis chez des militaires par différents observateurs et sur des points très-éloignés les uns des autres, M. Laveran trouve que ces 432 malades ont fourni 156 cas d'orchite simple ou double. On peut donc dire d'après ces chiffres que chez l'adulte les oreillons se compliquent d'orchite deux fois sur cinq environ.

L'orchite ourlienne est donc très-fréquente chez l'adulte. Il y a donc lieu de s'étonner que cette manifestation des oreillons ait pu encore être mise en doute par quelques auteurs contemporains ; il est vrai que l'orchite ourlienne est très-rare dans les épidémies d'oreillons qui règnent dans les pensions et les colléges.

B. *Nature de l'orchite ourlienne. Orchite ourlienne d'emblée.* — L'orchite se montre le plus souvent du sixième au huitième jour après l'invasion des oreillons, au moment où la tuméfaction parotidienne commence à se dissiper, ce qui a fait admettre l'idée d'une métastase.

Cette expression d'orchite métastasique, suivant M. Laveran, n'est pas moins mauvaise au point de vue de la simple expression des faits qu'au point de vue théorique. En effet la tuméfaction des parotides, qui le plus souvent subsiste encore au moment où apparaît l'orchite, continue à diminuer après l'apparition de cette complication, mais sa résolution n'est pas plus rapide que dans les cas qui ne se compliquent pas d'orchite ; d'autre part, il est des cas où l'orchite ourlienne ne s'accompagne pas de la tuméfaction des parotides et apparaît d'emblée. M. Laveran cite plusieurs exemples à l'appui de ces assertions.

Ces faits d'orchite ourlienne d'emblée montrent bien que le testicule ne se tuméfie pas parce que l'inflammation se déplace, parce qu'il y a métastase, mais que la tuméfaction des glandes salivaires et celle des testicules se développent sous l'influence d'une même cause, sous l'action d'un même principe morbide qui épargne tantôt les testicules et tantôt les glandes salivaires, qui peut, enfin, agir sur d'autres tissus glandulaires, tels que la mamelle, les ovaires, la prostate. L'orchite est un symptôme des oreillons au même titre que la tuméfaction des glandes salivaires. On s'explique aisément les différences qui existent chez les adultes et chez les enfants au point de vue des manifestations testiculaires.

C. *Évolution de l'orchite ourlienne, atrophie consécutive des testicules, fréquence de cet accident et conséquences au point de vue fonctionnel.* — L'orchite ourlienne apparaît d'ordinaire au moment où les tuméfactions parotidiennes entrent en décroissance ; les malades éprouvent une douleur plus ou moins vive dans l'un des testicules, qui se tuméfie rapidement. Le développement de l'orchite peut être précédé ou accompagné de symptômes généraux, tels que fièvre vive, état typhoïde, phénomènes méningitiques. L'orchite ourlienne, simple d'ordinaire, peut être double. Dans certaines épidémies, elle fut même plus souvent double que simple. Toutefois on peut dire qu'en général on n'observe guère qu'une orchite double pour cinq ou six orchites simples.

Le degré d'inflammation des testicules est aussi variable que celui des parotides. L'orchite ourlienne siége principalement dans le testicule lui-même ; cependant l'épididyme peut être pris aussi, mais à un plus faible degré. A la période d'état, c'est-à-dire au quatrième jour, le testicule malade a doublé ou triplé de volume ; il est dur, très-douloureux à la pression ; la peau des bourses est rouge, tendue ; il n'y a pas, en général, d'épanchement dans la vaginale ; l'inflammation ne tarde pas à diminuer et la résolution s'opère rapidement. Malheureusement les choses ne se passent pas toujours ainsi et la terminaison par atrophie est fréquente.

L'atrophie des testicules, consécutive à l'orchite ourlienne, a été regardée pendant longtemps comme une rareté pathologique. La plupart des faits publiés à ce sujet sont dus à des médecins militaires, ce qui s'explique aisément par ces faits que les oreillons sont fréquents dans l'armée, que les militaires sont faciles à retrouver et à suivre après leur sortie de l'hôpital. Or l'atrophie testiculaire met quelquefois plusieurs semaines ou plusieurs mois à se produire.

En réunissant les statistiques fournies par différents auteurs, on trouve que 111 cas d'orchite ourlienne ont fourni 73 cas d'atrophie des testicules, c'est-à-dire que l'orchite ourlienne aboutit sept fois sur dix environ à l'atrophie du testicule.

L'atrophie des deux testicules à la suite d'une orchite double a pour conséquence la perte de la puissance virile et des appétits vénériens. S'il s'agit de jeunes gens incomplètement formés, on peut voir se développer l'état qui a été décrit sous le nom de féminisme. Dans les cas même où l'atrophie est limitée à l'un des testicules, il peut en résulter une diminution notable dans la puissance virile. Quelquefois l'atrophie s'arrête et le testicule reprend sa consistance normale et son volume. En général, elle persiste ; le testicule du côté opposé subit assez souvent une hypertrophie compensatrice.

D. *Autres complications des oreillons chez l'adulte : — mastite, ovarite, prostatite.* — La mastite et l'ovarite ourliennes sont beaucoup plus rares que l'orchite et ne paraissent pas avoir d'aussi graves conséquences au point de vue des fonctions des glandes atteintes. M. Gosselin a cité un cas de prostatite.

Des considérations qui précèdent il ressort :

1° Que l'orchite ourlienne constitue le principal danger des oreillons chez l'adulte ;

2° Que les oreillons chez l'adulte se compliquent d'orchite simple ou double environ deux fois sur cinq ;

3° Que l'orchite ourlienne aboutit sept fois sur dix environ à l'atrophie du testicule ;

4° Que, dans les cas heureusement très-rares où l'atrophie porte sur les deux testicules, il en résulte une impuissance absolue.

E. *Prophylaxie des oreillons et de l'orchite ourlienne.* — L'orchite étant au même titre que la tuméfaction des parotides une des localisations de la maladie générale connue sous le nom d'*oreillons*, la meilleure, la seule manière de la prévenir consiste à prévenir la maladie elle-même.

Le caractère contagieux des oreillons n'est pas admis par tous les auteurs : il est cependant aujourd'hui aussi bien démontré que possible. M. Laveran cite un fait qui lui a été communiqué par le docteur Bussard et qui a toute la valeur d'une démonstration expérimentale.

L'immunité conférée par une première atteinte d'oreillons, le développement progressif des épididymes, la prédisposition manifeste des jeunes soldats, tout enfin démontre que les oreillons constituent une maladie générale spécifique qu'il faut ranger dans le cadre nosologique à côté des fièvres éruptives. Puisque les oreillons se répandent par contagion et qu'ils présentent des dangers chez l'adulte, la conclusion se devine : toutes les fois que les oreillons se déclarent dans une agglomérattion de jeunes hommes, il faudra isoler les premiers malades atteints de manière à éviter l'extension épidémique de la maladie. Il ne s'agit pas bien évidemment de mesures d'isolement aussi rigoureuses que pour la variole ou le typhus les mesures à prendre sur ce qui concerne les militaires se réduisent :

1° A envoyer immédiatement à l'hôpital tous les militaires qui présentent les symptômes des oreillons, et à ne pas les conserver dans les casernes comme on le fait trop souvent;

2° A affecter dans l'hôpital une salle spéciale aux malades atteints d'oreillons, surtout lorsque la maladie prend un caractère franchement épidémique. Les cas intérieurs d'oreillons ne sont pas rares, et il arrive souvent que des malades qui ont contracté à l'hôpital le germe des oreillons et qui sortent pendant la période d'incubation, servent à répandre la maladie dans les corps de troupes qui avaient été épargnés jusque-là.

L'isolement ne paraît pas indiqué dans les épidémies qui règnent chez les enfants.

Une fois les oreillons déclarés chez un adulte, y a-t-il un moyen d'empêcher la localisation sur les testicules? M. Laveran ne le pense pas; cependant il a remarqué que les orchites se développaient plus souvent chez les hommes qui avaient continué de se livrer à des travaux fatigants que chez ceux qui de bonne heure avaient gardé le lit. On prescrivit donc le repos dès le début. On a conseillé le jaborandi dans le traitement de l'orchite ourlienne, mais les faits cités à l'appui de cette médication ne sont nullement probants. On ne connaît aucune médication capable de prévenir l'atrophie testiculaire. Peut-être le courant continu pourrait-il produire de bons effets.

Rétrécissement de l'œsophage.— M. GOUGUENHEIM présente les pièces d'un malade qui a succombé dans son service à l'hôpital temporaire. L'observation de ce malade peut être ainsi resumée: Rétrécissement de l'œsophage, paralysie des deux cordes vocales, surtout de la droite, compression du récurrent gauche par le tissu du rétrécissement au niveau de l'extrémité inférieure de la trachée et du récurrent droit par un ganglion au niveau duquel il disparaît entièrement; dilatation considérable de l'œsophage et amincissement de ses parois au-dessus du siège du rétrécissement; réplétion de cette dilatation par les matières alimentaires.

Hémiplégie, Aphasie. — M. BLACHEZ communique une observation d'aphasie avec hémiplégie droite.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1877.

496. Doucet. De l'exploration du champ visuel.

496 bis. Véleau. De la déviation des points et de l'obstruction des conduits lacrymaux.

497. Beaudier. Contribution à l'étude de la gangrène de l'intestin dans les hernies étranglées.

498. Charrier. De la coxalgie à marche rapide, observée chez les adultes, étiologie, diagnostic, anatomie; pathologique.

499. Milliès-Lacroix. Essai sur l'emploi de l'extension continue dans le traitement de la coxalgie et des fractures du fémur.

500. Hugues. Quelques considérations sur le traitement de la phthisie pulmonaire par la créosote vraie.

501. Fourcault. Étude sur l'hypertrophie exulcérative au col de l'utérus dans la syphilis secondaire.

502. Pepper. Note pour servir à l'étude clinique de l'insomnie dans les maladies fébriles, nerveuses et mentales.

503. Ribbrol. Essai sur la fièvre paludéenne intermittente.

504. Dixneuf. Étude sur la médication salicylée; inconvénients, dangers, accidents.

505. Lacoste. Contribution à l'étude du goître exophthalmique.

506. Planel. La sciatique, son traitement ordinaire, traitement par les bains thermo-résineux.

507. Willette. Étude sur les accidents nerveux de la ménopause.

508. Labat. De l'hydrocèle congénitale, son étiologie, son traitement par les injections d'alcool, suivant la méthode de M. Monod.

509. Raulx. De quelques troubles des fonctions génitales dans la phthisie pulmonaire de la femme.

510. Chabbert. De l'anthrax des lèvres; ses complications, son traitement.

511. Inchauspé. Étude clinique sur la contusion de l'abdomen.

512. Briand. De la fièvre hystérique.

513. Le Ray. Essai sur la rupture de la partie supérieure du tube digestif.

514. Tanguy. Troubles visuels nerveux d'origine utérine simulant l'asthénopie accommodative.

515. Force. Du rhumatisme à la ménopause.

516. Hug. Des causes de la mort à la suite de la désarticulation coxo-fémorale,

517. Arnoult. Étude clinique sur le tétanos idiopathique.

518. Quesnel. Quelques considérations sur les plaies de la main produites par les machines à battre.

519. Girin. Étude rationnelle et expérimentale sur le rôle de la pression atmosphérique dans le mécanisme de l'articulation coxo-fémorale.

520. Bernard. Étude sur les corps étrangers articulaires, application à leur traitement du pansement ouaté et de la méthode antiseptique.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE
POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

(Dixième liste.)

Listes précédentes	5,424 f. 50 c.
Complément de la sixième liste de la Société de biologie. . . . . . . , ...	1,960 »
M. le docteur Dechaux (de Montluçon). . . .	20 »
Total. . . .	7,404 f. 50 c.

N. B. Dans la dernière liste (page 438), au lieu de : Société médicale de l'arrondissement de l'Élysée, **198 fr.**, il faut lire : **100 fr.**

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour l'agrégation en médecine s'est terminé mardi dernier. Sont nommés agrégés :

Pour Paris : MM. Straus, Debove, Rendu et Hallopeau.

Pour Lyon : MM. Tissier et Laure.

Pour Montpellier : MM. Carrieu et Mayret.

Pour Nancy : MM. Spillmann et Demange.

Sans désignation de Faculté : M. Pitre.

— Un congrès international d'hygiène est autorisé à se tenir au palais du Trocadéro, du 1er au 10 août 1878.

— Un concours pour l'admission aux emplois d'élèves des services de santé militaire s'ouvrira à Paris, le 23 août 1878; à Lille le 29; à Nancy le 1er septembre; à Besançon le 4 septembre; à Lyon le 7 septembre; à Marseille le 11 septembre; à Montpellier le 14 septembre; à Toulouse le 18 septembre; à Bordeaux le 22 septembre; à Rennes le 26 septembre.

Les personnes intéressées trouveront toutes les conditions de ce concours dans la *Gazette des hôpitaux* (n° 51) du 2 mai 1876.

— La Faculté de médecine de Nancy vient de perdre un de ses maîtres les plus distingués et les plus estimés, M. Rameaux, professeur de physique médicale, ancien professeur de la faculté de Strasbourg. Ses travaux sur l'air comprimé ont sauvé la vie à de nombreux ouvriers, lors de la construction du pont de Kehl sur le Rhin.

Tous les anciens élèves de Strasbourg se rappellent l'enseignement original de ce maître dévoué qui a consacré tous ses instants à l'instruction de ses élèves et à la prospérité de la faculté, tant à Strasbourg qu'à Nancy.

— Le docteur Arnoult, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, un des médecins envoyés de France en Turquie par la Société internationale de secours aux blessés, a succombé au typhus à Tatar-Bagardjick.

Ses dépouilles mortelles ont été transportées de Constantinople

en France, et ses obsèques ont eu lieu hier, à Saint-Sulpice, au milieu d'un concours empressé de ses collègues et amis des hôpitaux, de ses anciens maîtres et des membres du Comité médical de la Croix-Rouge, le docteur Ricord et le comte Sérurier.

Aussi recommandable par les qualités du cœur et de l'esprit que par ses connaissances médicales, il a laissé à Constantinople les plus vifs regrets. La Société du Croissant-Rouge, dans la séance du 10 avril 1878, lui a rendu un hommage mérité par la bouche du docteur Bartoletti-Effendi.

— Le docteur Alfred Fournier commencera, à l'hôpital Saint-Louis, ses conférences sur les maladies de la peau et de la syphilis, le vendredi 17 mai, à neuf heures et demie, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Le mardi, conférences au lit des malades (huit heures et demie).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'ophthalmoscopie, d'optométrie et de réfraction oculaire, rédigé conformément au système métrique et avec l'équivalence en pouces de Paris, par le docteur Henry Armaignac, professeur à l'École pratique de la faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-18 avec 116 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les alcalins, de leur action physiologique sur les phénomènes de nutrition et de leur application thérapeutique, par le docteur Léonce Souligoux. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'affection catarrhale à propos de l'endémie catarrhale qui règne dans la vallée de la Touvre (Charente), description de cette endémie, par le docteur Bourru. In-8°, 1878. — Prix : 3 francs. Paris, Al. Coccoz.

Contributions à l'étude des lésions traumatiques de la base du crâne. Plaies et fractures de la portion mastoïdienne du temporal, par le docteur Boullet. In-8°.—Prix : 3 fr. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des localisations dans les maladies cérébrales, par le docteur Grasset. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr É. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance de lectures. Trois candidats aux diverses places vacantes ont été appelés à faire des lectures : M. Blanche, sur les homicides commis par les aliénés; M. Ollivier, sur la goutte spinale; M. Gaujot, sur l'étiologie du varicocèle.

Entre deux de ces lectures, M. Colin a exposé les résultats d'expériences qu'il a faites dans le but de résoudre cette importante question de physiologie pathologique : la haute température de certains animaux est-elle un obstacle au développement des affections charbonneuses? Les expériences que M. Colin relate dans ce travail ont été faites sur des animaux laissés dans les conditions les plus rapprochées de l'état normal; elles l'ont conduit à formuler cette proposition : qu'il n'y a aucun rapport constant entre la température normale des animaux et leur aptitude ou leur non-aptitude à contracter le charbon; à égal degré, les uns sont aptes, les autres réfractaires à cette affection. M. Colin se propose de faire connaître dans une seconde note les résultats qu'il a observés à la suite de l'abaissement artificiel de la température de certains animaux.

L'Académie, continuant ses préparatifs pour la séance annuelle qui paraît avoir été fixée pour la première séance de juin, s'est formée en comité secret avant cinq heures.

Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

De l'angine tuberculeuse.

I.

Depuis le commencement de ces conférences, j'ai déjà eu l'occasion de vous entretenir de plusieurs variétés d'angines. C'est encore d'une espèce particulière d'angine que je me propose de vous parler aujourd'hui, mais espèce très-exceptionnelle que je n'ai encore rencontrée que deux fois, et, chose remarquable, à deux mois d'intervalle, et que vous ne trouverez mentionnée dans aucun de nos auteurs, même dans les travaux spéciaux sur la question, comme l'article *Angine* du nouveau dictionnaire et le traité des angines du professeur Lasègue.

Il s'agit d'une angine qui se manifeste chez des tuberculeux, avec tous les caractères, comme lésion des muqueuses, qu'on rencontre dans les complications si communes dans le cours de la phthisie pulmonaire, du côté du larynx. C'est donc une affection de la gorge qui mériterait jusqu'à un certain point le nom de phthisie gutturale, comme la laryngite chronique de la phthisie est appelée phthisie laryngée.

Le premier malade qui fut soumis à notre observation est un homme de cinquante et un ans, serrurier, qui était couché en avril au n° 7 de la salle Saint-Jean et souffrait de la gorge depuis une quinzaine de jours. Bonne constitution, bons antécédents, jamais de syphilis, pas d'excès habituels, mais abus de la pipe jusqu'à il y a deux ans.

Très-bien portant jusqu'à l'époque de la guerre pendant laquelle il commence à avoir des bronchites légères; puis, en février 1872, il entre à Cochin pour une pleurésie gauche qu'on ponctionne sans succès.

Bonne santé jusqu'en octobre dernier où, s'étant refroidi, il se remet à tousser, crache abondamment, mais jamais de sang; un travail pénible l'essouffle facilement; perte d'appétit, diarrhée habituelle, sueurs nocturnes, surtout à la tête.

Pendant le mois de novembre, alors que le malade depuis longtemps avait cessé de fumer, il est pris de tuméfaction de la gencive supérieure dans l'étendue correspondant aux incisives, à la canine gauche, à la plus petite molaire; en ce point, la tuméfaction est telle que les dents correspondantes, qu'il a d'ailleurs en fort mauvais état, usées, mais non cassées, en sont recouvertes. Rougeur vive sans granulations blanchâtres, suivie bientôt d'ulcérations et de la chute de plusieurs dents.

A la consultation, on prescrit un gargarisme au chlorate de potasse.

Pendant ce temps, les symptômes du côté de la poitrine s'accusent davantage ainsi que la cachexie. Amaigrissement notable, fièvre hectique, diarrhée persistante, sueurs.

Quinze jours avant son entrée, le malade éprouve des picotements, de la cuisson dans la gorge et de la dysphagie. Il s'examine avec un miroir et remarque d'abord du gonflement de la luette, puis, au bout de quelques jours, il voit survenir à la base de celle-ci des petits points blanchâtres, groupés les uns contre les autres, et des points analogues disséminés sur toute la surface du voile du palais.

Cette maladie de la gorge qui, seule, le préoccupe, le décide à entrer à l'hôpital où l'on constate ce qui suit :

Sur la plus grande partie de la face antérieure du voile du palais, principalement à gauche, sur toute l'étendue de la luette et envahissant un peu la muqueuse de la voûte palatine, on voit une grande quantité de taches blanchâtres, tantôt plus ou moins isolées, tantôt groupées en petites masses et confluentes, assez semblables par leur aspect à ce qu'on observe dans le muguet.

Mais la muqueuse, qui ne paraît notablement tuméfiée qu'à la luette et à sa réunion avec les piliers et offre une coloration grisâtre plutôt que de la rougeur inflammatoire, présente une surface très-irrégulière, un peu mamelonnée par places, mais surtout granuleuse. Un examen attentif fait reconnaître sous ces petites plaques blanchâtres de véritables ulcérations, superficielles, en forme de taches isolées, comme les vésicules de l'herpès de la gorge, mais qui, dans les parties où elles sont confluentes, deviennent beaucoup plus étendues, plus profondes, et aux progrès desquelles nous assistons tous les jours. Ces ulcérations se rencontrent surtout à la base de la luette, à droite et à gauche, sur les bords du voile du palais, celles de gauche plus étendues et plus profondes; leur surface, très-irrégulière, semble parsemée de petites granulations ou recouvertes de muco-pus grisâtre et ont des bords déchiquetés.

Ces lésions ne s'étendent pas à la face postérieure du pharynx, qui est sain; les cordes vocales et le sommet des cartilages aryténoïdes présentent seulement un peu de rougeur au laryngoscope.

La gencive supérieure, dans l'étendue indiquée, présente un boursouflement considérable et des ulcérations profondes se perdant dans les alvéoles privées de leurs dents et cariées.

A la partie interne, la lèvre supérieure, dans l'étendue correspondante, est le siége d'une large ulcération, d'aspect grisâtre, assez superficielle, ovalaire, de trois à quatre centimètres, s'étendant en largeur et entourée de plusieurs granulations grises évidentes. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés à gauche.

Nous avons déjà indiqué l'état général peu satisfaisant du malade, la cachexie prononcée avec fièvre, surtout le soir; la toux, l'essoufflement, les douleurs dans la poitrine. Voici maintenant l'état des poumons :

Percussion. Matité aux deux sommets, surtout à droite et en avant.

Auscultation. P. D. sommet en arrière; respiration soufflante; expiration prolongée; râle sous-crépitant; pas de retentissement de la voix.

P. G. sommet en arrière ; râles sous-crépitants nombreux.

P. D. en avant, sous la clavicule; râles sous-crépitants; souffle caverneux; gargouillement.

P. G. *id.*; râles sous-crépitants.

Dans les deux poumons, râles sibilants disséminés.

Crachats nummulaires avec expectoration muqueuse, visqueuse, abondante.

Le second malade que nous avons observé était un homme de trente-quatre ans, journalier, entré le 28 février 1874, salle Saint-Jean, n° 23. Constitution assez faible, mais jamais de maladie sérieuse; antécédents favorables, pas de syphilis.

Il commença à tousser dans le courant de l'année précédente, puis peu à peu il perdit ses forces et maigrit. Enfin la toux augmente, s'accompagnant d'expectorations abondantes, sans hémoptysies; le malade est facilement essoufflé. C'est alors qu'il demande à entrer à l'hôpital.

A ce moment, nous constatons l'état suivant :

Il présente un aspect cachectique et misérable; il est profondément amaigri, a de l'inappétence et de la diarrhée de temps en temps. Oppression, toux, expectoration abondante de crachats nummulaires. Un peu de fièvre le soir. Matité au sommet des poumons, tant en avant qu'en arrière. A gauche, surtout en arrière, râles sous-crépitants à grosses bulles; respiration soufflante; retentissement de la voix et de la toux. A droite, surtout en avant, respiration rude, expiration prolongée, craquements humides.

Aucun signe du côté du cœur.

Le 2 mars, le malade se plaint de la gorge; il a de la cuisson, de la difficulté pour avaler, pas d'altération de la voix.

A l'inspection du fond de la gorge, on remarque sur la moitié droite du voile du palais de petites saillies grisâtres, arrondies, du volume d'un grain de millet, reposant sur une muqueuse à peine enflammée. Le nombre de ces petites granulations augmente beaucoup le jour suivant; plusieurs se groupent au sommet de l'amygdale droite, ainsi que dans la fossette qui le surmonte, où il existe une tuméfaction plus marquée que dans les parties voisines.

Par places, on observe des plaques grisâtres, peu saillantes, du volume et de l'étendue d'une lentille, semblant résulter de la réunion des petites masses primitives.

Le 9 mars, on constatait que quelques-unes de ces plaques, encore accrues, présentaient de petites ulcérations couvertes d'une matière pultacée grisâtre, à bords déchiquetés. Quand l'ulcère a été détergé, on voit sur les bords de quelques plaques de petites saillies grises et transparentes.

Aucune altération dans le reste de la bouche ni au fond du pharynx. Déglutition pénible, le malade ne mange plus que du potage.

14 mars. Ulcérations plus étendues et plus profondes; granulations grises très-évidentes et presque confluentes autour de quelques-unes.

Le 21 mars, le malade demande sa sortie.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Brochard.

Hygiène des nourrissons. — Allaitement artificiel. — Sevrage (1).

II

L'*allaitement artificiel* consiste à donner à boire au biberon; autrefois on disait : élever les enfants « à la main ». Un petit opuscule que j'ai entre les mains a été imprimé en Italie, il y a plus d'un siècle, et il est intitulé : *Art d'élever les enfants à la main, au défaut de nourrice*. Ce petit ouvrage signale déjà le peu de soin qu'on prend des nourrissons et en fait une des principales sources des maux qui les affligent.

Le meilleur biberon est le plus simple et celui qui est le plus facile à nettoyer. En Normandie, on emploie, depuis un temps immémorial, un biberon composé d'une petite fiole dans le goulot de laquelle on passe une petite éponge. C'est encore le plus commode, à mon avis. Depuis, on a ajouté les tubes en caoutchouc à tous les systèmes de biberon ; ces tubes ont d'abord l'inconvénient de ne pouvoir être nettoyés suffisamment, et, ensuite, leur emploi supprime précisément la condition fondamentale de l'allaitement artificiel : c'est que l'enfant ne doit jamais boire seul ; le biberon doit être tenu à la main. En vulgarisant les biberons avec ces tubes, on spécule trop sur la paresse des nourrices, car, généralement,

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 mars.

on donne le biberon à l'enfant et on ne s'inquiète plus de lui; l'enfant est tranquille, mais on ne remarque pas que, lorsqu'il n'y a plus de lait dans le biberon, l'enfant continue à sucer le tube en caoutchouc et à aspirer l'air. L'enfant prolonge ses repas, qui durent ainsi une heure; dès qu'il se réveille, on lui donne le biberon, et il n'y a plus aucune régularité dans son alimentation.

Il est donc nécessaire de revenir à la méthode décrite déjà par l'Italien Balbini; il faut allaiter les enfants *à la main*. On peut très-bien élever un nourrisson au biberon, si on ne lui donne que du lait seul, en proscrivant formellement les soupes, les bouillies qu'on lui fait ingurgiter avec tant d'acharnement. Il faut que les repas soient bien réglés, toutes les deux heures.

Il est nécessaire aussi que les femmes soient exercées à ce soin; il ne faut pas une agglomération de nourrissons confiés à une même nourrice. Réunis ainsi sous un même toit, les nourrissons périssent dans des proportions effrayantes. C'est ainsi que les services des enfants trouvés, qu'on groupe souvent cinq ou six chez une vieille femme de la campagne, enregistrent une mortalité considérable. C'est encore ce que j'ai observé moi-même en Eure-et-Loir, à l'Abbaye, où j'avais un service de nourrissons : sur 20, 18 sont morts en l'espace de trois mois. L'expérience s'arrêta là.

Je conclurai en disant, avec l'Académie de médecine, qu'au lieu de chercher à perfectionner l'allaitement artificiel, il vaudrait beaucoup mieux ramener les mères à s'imposer l'allaitement maternel.

Le *sevrage* est la cessation de l'allaitement maternel. Comme la dentition, le sevrage est un acte physiologique et non une maladie; et cependant un tiers des nourrissons succombent à ces deux époques critiques de la vie infantile.

Le sevrage ne doit pas être la transformation subite d'un régime en un autre régime; il faut que l'enfant soit préparé progressivement au sevrage. Telle est une des règles fondamentales du sevrage.

L'époque du sevrage ne peut être fixée d'une façon bien précise : comme l'a si bien dit Trousseau, ce n'est pas une affaire d'almanach; le sevrage a de grandes relations avec la dentition.

Quand un enfant a des dents, il faut commencer à le préparer au sevrage. Vers l'âge de quatre à cinq mois, on l'habitue à boire du lait au biberon. A six mois, on lui donnera une petite fécule par jour. Peu à peu, on supprime une tétée, d'abord celle de la nuit, qu'on remplace par le biberon; puis une tétée de jour, remplacée par une fécule, puis par deux. De la sorte, on aura préparé graduellement l'enfant au sevrage. Il est important que l'enfant ne passe pas complètement d'un régime liquide à un régime solide; il ne doit pas changer de régime. Après le sevrage, on lui donnera au biberon du lait, et rien que du lait, pendant une quinzaine de jours. Ce n'est que plus tard qu'on lui remplacera une fécule au lait par une fécule au gras, en suivant toujours la même méthode d'accoutumance progressive. C'est le tort d'un grand nombre de femmes qui, croyant leur lait insuffisant, font manger leurs enfants de très-bonne heure; au lieu de lait de vache, elles leur font ingurgiter des soupes et des potages; puis, lorsque vient l'époque du sevrage, le nourrisson ne sait pas boire, et on ne peut lui faire prendre le lait qui devrait presque constituer son unique nourriture.

Ainsi donc, on attendra quelques semaines pour rendre plus solide l'alimentation du nourrison, et on ajoutera les éléments solides à mesure que les dents apparaîtront.

Dans un mémoire présenté autrefois à la Société protectrice de l'enfance, j'ai formulé les règles du sevrage au nombre de quatre : 1° on ne doit jamais sevrer l'enfant tout d'un coup; 2° on ne doit jamais sevrer l'enfant avant qu'il ait des dents; 3° on ne doit jamais le sevrer pendant les grandes chaleurs; 4° on ne doit jamais le sevrer pendant qu'il fait des dents.

On sait que les dents sortent par groupes; c'est précisément l'intervalle entre l'éruption de deux groupes de dents qu'il faut choisir pour faire le sevrage. En effet, entre l'éruption d'un groupe et celle de l'autre, il y a toujours un intervalle de six semaines à deux mois, et c'est un temps suffisant pour opérer le sevrage.

J'insiste sur ce fait qu'il ne faut pas sevrer pendant les grandes chaleurs avec d'autant plus d'insistance qu'un hygiéniste éminent, Michel Lévy, a écrit qu'un enfant fort et bien constitué pouvait être sevré en toute saison. Je ne partage pas cet avis : je crains de sevrer pendant les fortes chaleurs parce qu'alors la diarrhée sévit avec tant de facilité sur les nourrissons que je redoute de les y exposer par cette modification dans leur nutrition.

Parfois on sera bien obligé, par des circonstances impérieuses, de violer ces règles du sevrage; il faudra sevrer à cinq mois, par exemple, alors que le nourrisson n'a pas de dents, etc. Si l'enfant est en train de faire des dents, il faudra au moins attendre l'éruption de la dent symétrique, qui ne tarde ordinairement pas plus de deux à trois jours à apparaître. Dans ces circonstances exceptionnelles, il suffira d'ailleurs, pour éviter les accidents, de se conformer rigoureusement à la réglementation du sevrage. Un sevrage bien fait n'amène jamais d'accidents.

Le principal inconvénient du *sevrage prématuré* vient de ce qu'on soumet les enfants à l'alimentation prématurée. La plupart des enfants meurent parce qu'ils mangent trop ou trop tôt. Les nourrices ont une grande tendance à supprimer rapidement le sein à leur nourrisson, quand elles nourrissent chez elles, parce qu'elles peuvent reprendre un nourrisson plus jeune et doubler ainsi leurs bénéfices. Enfin, le médecin doit combattre avec ardeur cette fierté si mal placée qu'ont tant de mères à montrer un nourrisson qui « mange de tout ». En un mot, à quelque date qu'on opère le sevrage, il faut toujours le faire méthodiquement et ne donner que du lait à l'enfant.

Un défaut opposé, qui a aussi ses inconvénients, c'est le *sevrage tardif*. On rencontre, en effet, une autre catégorie de mères qui se font gloire de nourrir elles-mêmes leurs nourrissons et de dire qu'au dixième ou au douzième mois l'enfant n'a encore rien pris que le lait maternel. D'autres ne veulent pas sevrer l'enfant avant qu'il ait toutes ses dents, etc. Le danger commun de ces prétentions est d'imposer aux enfants une inanition plus ou moins complète. Le lait, en effet, perd de plus en plus ses propriétés nutritives, et, à dix mois, il ne peut absolument suffire à la nourriture de l'enfant. C'est surtout avec les nourrices sur lieu qu'on observe le sevrage tardif : celles-ci, en effet, intéressées à conserver leur poste le plus longtemps possible, arrivent facilement à persuader à leur entourage, généralement fort ignorant à ce sujet et fort complaisant, que le nourrisson ne peut se passer du sein et qu'il faut encore l'allaiter pendant quelque temps, etc. Le médecin doit reconnaître quand l'enfant dépérit et n'a plus une nourriture suffisante : il doit immédiatement faire cesser ce simulacre d'allaitement.

Il doit veiller aussi, chez les nourrices, à ce qu'elles fassent cuire complètement les bouillies qu'on donne alors aux enfants : le plus souvent, ce n'est qu'une colle indigeste qui a à peine vu le feu. C'est dans ces cas surtout que j'ai observé le plus de vers chez les enfants : je crois qu'on doit les attribuer à cette alimentation aussi bien qu'à l'usage, si malheureusement répandu, de la viande crue qu'on administre aveuglément aux enfants sous prétexte de les fortifier après le sevrage.

C'est aussi chez les enfants soumis à ces écarts de régime que j'ai rencontré le plus souvent les croûtes de lait dont nous nous occuperons ultérieurement.

J'insiste beaucoup sur cette hygiène alimentaire, parce que les enfants qui n'en meurent pas se ressentent toujours très-longtemps des suites des erreurs commises pendant leur sevrage.

Je terminerai en vous exposant les soins qu'on doit prendre vis-à-vis de la mère à l'époque du sevrage. La première condition à lui imposer est la suivante : dès qu'elle a habitué le nourrisson à ne plus prendre le sein que deux fois, puis une fois par jour, elle continuera pendant quelque temps cette unique tétée; puis, le jour où elle la cessera, elle ne devra plus donner le sein à l'enfaut, pour quelque prétexte que ce soit. Dès que l'allaitement est cessé, il doit l'être tout à fait.

Je crois bon de purger la femme une ou même deux fois après le sevrage. On peut prescrire, par exemple, l'eau de Pullna. Enfin, l'emploi de la tisane de menthe, les frictions sur les seins avec de l'huile camphrée, en les recouvrant de ouate, la recommandation de garder

la chambre, sont encore de bonnes précautions. Lorsque la sécrétion lactée persiste malgré ces soins, je me suis très-bien trouvé de la prescription de quelques pilules de camphre, à la dose d'une pilule d'un gramme de camphre par jour.

CAS RARE DE STRABISME CONCOMITANT

CONVERGENT, ACCOMPAGNÉ DE DIPLOPIE HOMONYME, SANS SIGNES DE PARALYSIE DES DROITS EXTERNES

Par le docteur A. Dehenne, médecin aide-major.

Le symptôme *diplopie* est un de ceux qui permettent de distinguer, dans la grande majorité des cas, le strabisme concomitant ou vrai du strabisme paralytique. Très-rare dans le strabisme concomitant, ce symptôme est la règle dans le strabisme paralytique. Celui-ci, son nom l'indique suffisamment, est consécutif à la paralysie d'un des muscles moteurs du globe oculaire. Quant à la cause du strabisme concomitant, nous n'avons pas à la rechercher ici. Nous ne pourrions que répéter les nombreuses hypothèses qui ont été faites, ce qui n'aurait aucun intérêt, ou en faire une nouvelle, ce qui n'ajouterait absolument rien aux connaissances que l'on possède actuellement sur ce sujet. L'hypothèse qui aujourd'hui compte le plus de partisans est celle du raccourcissement congénital d'un des muscles, le plus souvent du droit interne, raccourcissement dont le rapport avec l'hypermétropie est parfaitement établi depuis les travaux de Donders.

Un strabique se présente. Y a-t-il strabisme concomitant ou strabisme paralytique ? Là est toute la question. Je ne parle pas des strabismes faux qui n'ont rien à faire ici. Le plus souvent le diagnostic différentiel est facile.

Le strabisme concomitant date de l'enfance. Le strabisme paralytique s'est montré à un âge plus ou moins avancé ; il reconnaît le plus souvent une cause occasionnelle parfaitement déterminée (chute, coup, syphilis, tumeur cérébrale, etc.).

Quand il y a paralysie, la déviation secondaire est plus grande que la déviation primitive ; il y a, au contraire, égalité parfaite des deux déviations en cas de strabisme concomitant. L'arc excursif du globe oculaire est diminué du côté du muscle paralysé ; l'arc excursif est complet du côté opposé au muscle raccourci congénitalement. Enfin, il y a de la diplopie constante en cas de paralysie musculaire. La diplopie manque toujours, ou à peu près, dans le strabisme concomitant. C'est là justement ce qui fait l'intérêt de l'observation suivante :

J..., âgé de 24 ans, louche depuis l'enfance. Il est atteint d'un strabisme concomitant convergent des deux yeux. Le strabisme chez lui est lié à un assez fort degré d'hypermétropie ;

Ht = 9 D des deux yeux,
Hm = 4 D —

Il y a par conséquent 5 D d'hypermétropie rendue latente par la puissance d'accommodation dont jouit ce jeune homme. L'acuité visuelle au loin (5 mètres) est égale à 1/4 de l'œil droit, à 1/2 de l'œil gauche, sans correction. Le verre positif + 4 D augmente la valeur de S (acuité de vision), mais dans une proportion assez minime. Du reste, la faible intelligence du sujet rend son examen difficile. A la distance de 30 centimètres, J... ne peut pas lire le n° 5 de l'échelle de M. Perrin. Avec un verre positif + 3 D, il lit assez couramment le n° 3 et même le n° 2. Avec l'opthalmoscope à réfraction, on a une image droite, très-nette, des deux papilles, image droite qui ne disparaît que si l'on emploie un verre convexe supérieur à 9 D. Donc hypermétropie très-nette et facilement mesurable. La déviation secondaire est exactement égale à la déviation primitive. L'arc excursif des deux yeux en dehors est complet.

On ne peut donc pas songer à une paralysie des droits externes, idée du reste qui doit être éliminée par le fait même de l'ancienneté de la maladie.

Aussi fus-je fort étonné lorsque, pendant que je faisais suivre aux globes oculaires la direction imprimée à mon doigt, J... me dit qu'il voyait deux doigts. Je crus d'abord à une mystification, tellement l'idée de paralysie était loin de mon esprit. Mais J... n'avait aucun intérêt à me tromper ; je l'examinais pour ma satisfaction personnelle, et non sur sa demande. Et puis, son intelligence était trop bornée pour qu'il pût songer à m'induire en erreur, et surtout sur un symptôme de la réalité duquel on peut facilement s'assurer à l'aide des verres colorés.

Cette épreuve montra l'existence d'une diplopie homonyme des deux côtés. Strabisme convergent double; diplopie homonyme des deux côtés, signes qui appartiennent à la paralysie des droits externes des deux yeux. Notons de plus le phénomène de la fausse projection, et une certaine sensation de vertige, qui n'était pas constante.

Les autres signes (déviation secondaire égale à la déviation primitive, arc excussif complet en dehors, début de la maladie dans l'enfance) plaidaient en faveur du strabisme concomitant.

Quelle est en réalité la nature de cette déviation oculaire? Y a-t-il strabisme concomitant ou strabisme paralytique? Peut-être l'un et l'autre à la fois ; ce qui serait fort exceptionnel.

S'il n'y a que du strabisme concomitant, pourquoi la neutralisation d'une des images ne se ferait-elle pas chez J..., comme chez les autres strabiques?

L'éducation de la rétine a eu le temps de se faire depuis vingt-deux ans.

Si le strabisme est paralytique, pourquoi l'arc excussif en dehors est-il complet des deux côtés ? Pourquoi surtout cette paralysie existerait-elle depuis l'enfance? Comment expliquer l'égalité de la déviation primitive et de la déviation secondaire?

Il y a là évidemment quelque chose d'anomal. Peut-on admettre que dès l'enfance il y avait du strabisme concomitant, et que sur ce strabisme est venue se greffer depuis quelque temps une parésie des droits externes ne se jugeant bien que par l'épreuve des verres colorés? Mais pourquoi cette parésie? Quelle cause pourrait-elle reconnaître? J... n'a jamais eu d'accidents spécifiques.

La syphilis étant écartée, il faudrait admettre l'existence d'un néoplasme cérébral siégeant exactement à la base du bulbe, au niveau de l'origine apparente des deux nerfs de la sixième paire.

Cette localisation impliquerait l'existence d'autres symptômes graves qui manquent absolument ici. Ou bien, par un grand effort d'imagination, on pourrait croire à l'existence d'altérations siégeant en deux points opposés du cerveau, sur les noyaux d'origine des nerfs moteurs oculaires externes ; ce qui est encore plus invraisemblable. Le cas de J... est donc rare, et c'est à ce titre que nous avons cru utile de le publier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mai 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1877, dans les départements des Pyrénées-Orientales, des Alpes-Maritimes, du Puy-de-Dôme, d'Ille-et-Vilaine et du Pas-de-Calais (commission des épidémies) ; 2° les rapports généraux de MM. les médecins inspecteurs des eaux d'Enghien, de Saint-Galmier et de Castera-Verduzan (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. Bouis qui prie l'Académie de médecine d'accepter sa démission de chef des travaux chimiques ; 2° une lettre de M. le docteur Paulet, professeur à la Faculté de Lyon, qui sollicite le titre de membre associé national ; 3° des lettres de MM. Gallard, médecin de la Pitié, et Colin, professeur au Val-

de-Grâce, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale ; 4° une lettre de M. Le Dentu, qui se porte candidat dans la section de médecine opératoire; 5° un rapport général sur les maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Beauvais pendant l'année 1877, par M. le docteur Évrard, médecin des épidémies ; 6° une lettre de M. Zénon Pupier, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Action des eaux de Vichy sur la composition du sang*, pour le prix Desportes.

PRÉSENTATIONS

M. RICHET présente : 1° au nom de M. le docteur Sirus Pirondi, un précis des maladies des voies urinaires; 2° au nom de M. Piéchaud, un rapport sur l'usurpation des titres médicaux et sur le charlatanisme et l'exercice illégal de la médecine (lu à la Société de médecine du Louvre).

M. FAUNEL présente, au nom de M. le docteur Thomeuf (de Lorient), un travail intitulé : *Observations de typhus exanthématique dans la ville de Lorient et dans le village de Saint-Guénael-en-Caudan.*

M. CHAUFFARD présente, au nom de M. le docteur Armand Laurent, le premier numéro d'un recueil périodique intitulé : *Hygiène de l'enfance.*

M. BROCA présente : 1° au nom de M. de Quatrefages, la quatrième édition d'un ouvrage intitulé : *Espèce humaine ;* 2° en son propre nom, une brochure intitulée : *De la nomenclature cérébrale.*

M. GUBLER présente : 1° au nom de M. Crevaux, médecin de la marine, une note sur l'histologie pathologique de la fièvre jaune ; 2° au nom de M. le docteur Landrieux, une thèse inaugurale sur la pneumonie, contenant des renseignements sur les températures locales dans cette maladie.

LECTURES

M. BLANCHE, candidat pour la section des associés libres, donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Des homicides commis par les aliénés.* Ce travail a pour objet d'indiquer les rapports des actes accomplis par les aliénés, et qui, chez un homme raisonnable, s'appellent des crimes, avec les formes d'aliénation dans le cours desquelles ces actes sont survenus.

M. Blanche, passant successivement en revue les formes d'aliénation où l'homicide se produit le plus souvent, démontre que des maladies différentes les unes des autres peuvent offrir sous ce rapport des analogies saisissantes.

Voici le résumé de ce travail :

Il n'existe pas de forme spéciale d'aliénation mentale qui doive porter le nom de monomanie homicide.

L'homicide peut être commis par des aliénés atteints d'affections mentales diverses, à la condition que les malades soient sujets à des crises d'excitation dite congestive assez intenses pour qu'ils n'en restent pas à la pensée et qu'ils en viennent à l'acte.

Ces crises, d'intensité et de durée variables, s'accusent par des signes qui doivent éveiller la défiance. Lors même qu'elles se dissiperaient sans avoir abouti à un meurtre ou à des violences graves, le devoir du médecin est de se tenir sur ses gardes.

L'alcoolisme et l'épilepsie représentent les maladies à perversion mentale dans lesquelles on observe le plus communément l'invasion de ces crises portées à leur plus grande puissance ; ce sont aussi les espèces où on voit le plus souvent survenir les homicides ; le délire de persécution et la monomanie suicide en offrent également des exemples assez fréquents.

Enfin des malades atteints d'affections cérébrales congénitales ou acquises, caractérisées d'abord par des accidents physiques et plus tard par des troubles plus ou moins vagues du caractère ou de l'intelligence, peuvent être disposés à subir des crises d'excitation, et à commettre, sous cette influence passagère, des meurtres ou des actes de violence en désaccord avec leur état pathologique pendant les longues intermissions qui séparent les crises.

Dans un second travail, M. Blanche se propose d'étudier les mesures qu'il conviendrait de prendre à l'égard des aliénés dangereux pour la sécurité de la société (renvoyé à la commission chargée d'examiner les titres des candidats).

M. COLIN lit un travail intitulé : *La haute température de certains animaux est-elle un obstacle au développement des affections charbonneuses ?* Il se résume dans les propositions suivantes :

1° Il n'y a aucun rapport constant entre la température normale des animaux et leur aptitude ou leur non-aptitude à contracter le charbon. A égal degré, les uns sont aptes, les autres réfractaires à cette affection.

2° L'abaissement artificiel de la température des gallinacés au chiffre de 40 ne fait pas développer l'affection charbonneuse, quoique à 40 cette affection évolue rapidement.

Ces conclusions se rattachent aux expériences qui laissent les animaux dans les conditions les plus rapprochées de l'état normal. M. Colin examinera dans une autre note ce qui peut arriver aux animaux qu'un refroidissement continu fait descendre à 20 et à 18 et tue au bout de quelques heures et d'une journée.

M. GAUJOT, professeur au Val-de-Grâce, candidat pour la section de pathologie chirurgicale, lit un travail intitulé : *De l'étiologie du varicocèle.* M. Gaujot résume son travail en ces termes : La dilatation semble dépendre d'une altération essentielle de la paroi veineuse, et les phénomènes nerveux, névralgiques ou trophiques qui accompagnent l'évolution du varicocèle sont plutôt secondaires que primitifs.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Étude sur la mort subite dans la fièvre typhoïde**, par le docteur C. RABÈRE. In-8°. Prix : 3 fr. 50. Paris, V. Adrien Delahaye et Ce. — II. **Contribution à l'étude des hernies étranglées**, par A. RIPOLL. In-8. Prix: 4 fr. Paris, V. Adrien Delahaye et Ce. — III. **Essai sur la méningite en plaque ou scléreuse limitée à la base de l'encéphale**, par le docteur LABARRIÈRE. In-8°. Prix : 2 fr. 50. Paris, V. Adrien Delahaye et Ce. — IV. **De l'ictère hémaphéique**, par le docteur DREYFUS-BRISAC. In-8°. Prix : 2 fr. 50. Paris, V. Adrien Delahaye et Ce. — V. **Contribution à l'étude de la goutte**, par le docteur PAUL POUZET. In-8°. Prix : 2 fr. Paris, V. Adrien Delahaye et Ce. — VI. **Étude sur les pleurésies hémorrhagiques néo-membraneuses, tuberculeuses et cancéreuses**, par le docteur R. MOUTARD-MARTIN. In-8°. Prix : 3 fr. 50. Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

I. M. le docteur Clément Rabère, lauréat de l'École de Bordeaux, s'étant trouvé appelé à passer une année dans les hôpitaux militaires, avait pu recueillir un assez grand nombre d'observations de morts dans la fièvre typhoïde. Tous ces cas de mort pouvaient être groupés ainsi : mort subite, mort rapide et mort lente. C'est le premier terme qui a servi de base au travail que nous analysons.

La mort subite, accident possible de la fièvre typhoïde, se montre dans la proportion de 4 pour 100 décès. Elle frappe l'âge adulte, plus particulièrement les hommes, et est presque inconnue dans l'enfance. Dans quelques cas, elle arrive par le fait de lésions rares, dans la typhoïde (embolies pulmonaires, concrétions sanguines du cœur, épanchement du péricarde) : la mort subite survient alors dans la période d'état sans symptômes spéciaux. Elle arrive par le fait même de la fièvre typhoïde, sans nouvelle lésion surajoutée qui soit appréciable. Elle se rencontre dans les formes ordinaires ou bénignes comme accident de la convalescence et plus particulièrement au début de cette période. Elle n'est précédée d'aucun symptôme particulier du côté du poumon, du cœur et du cerveau. Elle survient presque constamment avec un appareil symptomati-

que spécial: attaque soudaine, cri, pâleur du visage, convulsions.

A l'autopsie, on ne trouve rien qui puisse expliquer la mort. L'hémorrhagie musculaire ne s'est rencontrée qu'une fois. La myocardite n'est pas constante.

Au début de la convalescence, l'influence du typhus continue, mais avec moins d'intensité. Il existe une tendance marquée au cœur à s'arrêter dans l'inspiration; de là des irrégularités régulières, cette intermission par trois battements, toutes prédispositions à la syncope: or, dans la fièvre typhoïde, la syncope, au lieu d'être passagère, a de la tendance à persister et à devenir mortelle.

II. M. Ripoll, chirurgien en chef honoraire des hôpitaux de Toulouse, apporte à l'étude des hernies étranglées la contribution de vingt-cinq années d'expériences. Il a observé plus de cent cas d'étranglement herniaire.

Dans le travail que nous analysons, l'auteur examine successivement les causes, le siége, les signes et les effets de l'étranglement, enfin le traitement qu'il réclame en général et la méthode opératoire qui convient à chaque cas particulier. D'un premier tableau, il ressort que les hernies inguinales et les hernies crurales s'étranglent en nombre à peu près égal; que la fréquence de la hernie inguinale étranglée est chez l'homme, à peu de chose près, la même que celle de la hernie crurale étranglée chez la femme; que la réciproque n'est pas vraie, c'est-à-dire que la hernie crurale étranglée s'observe bien plus souvent chez l'homme que la hernie inguinale étranglée chez la femme; que par conséquent les hernies, quelles qu'elles soient, s'étranglent plus souvent chez l'homme que chez la femme; que, si les hernies épiplocèles s'étranglent, ce ne doit être que très-exceptionnellement; enfin, que chez l'homme les entérocèles étranglées sont environ six fois plus nombreuses que les entéro-épiplocèles, tandis que chez la femme les entérocèles étranglées ne sont plus que le double des entéro-épiplocèles.

Il ressort encore d'un autre tableau qu'il faut chercher ailleurs que dans les efforts la cause la plus ordinaire, sinon des hernies, du moins de leur étranglement. L'influence héréditaire joue un rôle très-marqué dans la production des hernies. Ce serait de 40 à 60 ans que l'on observerait le plus de hernies étranglées. Moins fréquentes avant 40 ans, elles le redeviennent davantage dans la période de 60 à 80 ans. Après 80 ans on n'en observerait presque plus.

Si l'on recherche maintenant l'influence du traitement, on remarque que près des 4/5 de la totalité des individus atteints de hernie étranglée échappent à la mort par la réduction ou l'opération, et que dans ce dernier cas les malades guérissent dans la proportion de 3 sur 4 environ; qu'à l'hôpital c'est environ le tiers qui succombe, et, dans ce nombre, près de la moitié des opérés; que, dans la clientèle privée, on ne perd plus que le cinquième de la totalité des malades et moins du quart des opérés.

M. Ripoll aborde ensuite ce qui constitue l'essence même de son travail. Il recherche ce qu'on doit entendre par étranglement; quelles sont ses causes, son siége, son mécanisme, ses signes et ses conséquences, et quel est le traitement qu'il réclame.

Ce livre s'impose à l'attention du praticien.

III. Les lésions qui se développent à la base de l'encéphale, quelle que soit leur origine, sont d'un diagnostic difficile. Il arrive bien souvent au lit du malade que le médecin reste indécis, ne sachant s'il est en présence d'une lésion artérielle ou d'une tumeur, d'une pachyméningite ou d'une altération des méninges molles. M. le docteur Émile Labarrière, ancien prosecteur et lauréat de l'école de Reims, s'est appliqué à décrire une de ces lésions qui se présente sous la forme de plaques circonscrites, d'épaississements fibreux ou scléreux des méninges molles de la base du cerveau.

De son étude, il ressort que la seule cause, bien établie, de méningite scléreuse basilaire est la syphilis; cette lésion se rattache à sa période tertiaire. Elle détermine par l'étranglement des nerfs craniens des paralysies directes, le plus souvent motrices, rarement sensitives. Ces paralysies sont irrégulières dans leur succession; elles sont permanentes; par exception elles peuvent être transitoires. La méningite scléreuse basilaire s'accompagne de complications fréquentes du côté de l'encéphale, les unes se rattachant directement à la syphilis et indépendantes de la méningite, les autres au contraire résultant de cette méningite.

IV. L'*hémaphéine* est un pigment pathologique dérivé de la matière colorante du sang. Par ses réactions dans les urines et le sérum sanguin, elle se distingue des pigments sanguin, urinaire et biliaire. Elle se produit: 1° quand il y a dénutrition exagérée des globules, et que par suite le foie ne peut pas transformer en biliphéine toute l'hémoglobine ainsi mise en liberté; 2° quand il existe des altérations du foie qui amènent une impuissance fonctionnelle de cet organe. L'hémaphéine ne se montre généralement que dans les urines. Elle peut aussi s'éliminer par les glandes sudoripares et par les sécrétions intestinales; quand elle imprègne les téguments cutanés, elle donne lieu à l'ictère dit hémaphéique.

L'ictère *hémaphéique*, en dehors des réactions urinaires, présente des symptômes différents de l'ictère vulgaire ou bilieux. Il est généralement peu intense, ne s'accompagne pas de démangeaisons ni d'éruptions cutanées, ni de ralentissement notable du pouls. Les selles sont le plus souvent très-colorées.

On rencontre surtout l'ictère hémaphéique dans les empoisonnements (plomb, alcool), les pyrexies et phlegmasies aiguës, les maladies chroniques du foie (cirrhose atrophique, stase cardiaque).

Les ictères bilieux prolongés ou intenses sont généralement suivis d'un ictère hémaphéique secondaire dû à l'altération des cellules hépatiques par la stase biliaire. L'ictère des nouveau-nés est hémaphéique dans la grande majorité des cas.

V. La température de la goutte n'avait jamais été l'objet d'une étude spéciale. M. le docteur P. Pouzet nous montre qu'elle n'est nullement en rapport avec le pouls et que son élévation n'est pas symptomatique de l'intensité des phénomènes locaux. On a donné comme un signe diagnostique de la goutte aiguë et du rhumatisme articulaire aigu son élévation dans le dernier cas; les températures de 40° et de 40° 3, observées par l'auteur de ce travail, montrent le peu d'importance qu'il faut donner à ce signe.

Après l'accès, M. Pouzet a constaté la production nouvelle de deux tophus. Ce fait, qui est commun, semble indiquer que les concrétions d'urate de soude ne sont pas la cause, mais bien l'effet de l'inflammation goutteuse.

L'auteur signale une coloration vert foncé passagère des urines. D'après M. Bouchard, il rappelle que la quantité de l'acide urique varie pendant la goutte. Les phénomènes physiologiques du salycilate — qui n'a pas d'action sur la marche de l'accès — ne se sont produits d'une manière sensible que chez celui des malades dont les reins étaient altérés.

VI. La pleurésie hémorrhagique est due presque toujours au développement de néo-membranes vasculaires. Elle existe en dehors du cancer; de là, trois variétés: simple, tuberculeuse, cancéreuse. La variété simple constitue la pachypleurite hémorrhagique. La variété tuberculeuse coïncide toujours avec la tuberculose miliaire.

Aucun symptôme ne permet de prédire la nature hémorrhagique de l'épanchement. On peut seulement la prévoir et la soupçonner. La thoracentèse seule permet de reconnaître le caractère hémorrhagique de l'épanchement; elle est indiquée par son abondance. L'épanchement est rarement assez abondant dans la variété tuberculeuse pour nécessiter la thoracentèse.

Après la thoracentèse, le diagnostic se pose donc entre une pachypleurite hémorrhagique et un cancer thoracique (médiastin, pleuro-pulmonaire).

La reproduction très-rapide du liquide, après la ponction, est constante dans le cancer, exceptionnelle dans la pachypleurite. La pachypleurite hémorrhagique est curable: la thoracentèse, aidée de révulsifs, conduit à la guérison. Les variétés tuberculeuse et cancéreuse sont incurables.

Dans le cancer, la ponction est seulement palliative; elle peut néanmoins et doit même être pratiquée, mais suivant certaines règles, sous peine de hâter le dénouement.

Telles sont les conclusions de cet excellent travail.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier, mercredi 15 mai 1878, ont eu lieu, au milieu d'un grand concours d'amis, les obsèques de M. Marot (Eugène-Henri) interne des hôpitaux de Paris, décédé le 13 mai, dans sa vingt-septième année.

— L'Association française pour l'avancement des sciences ouvrira le 22 août sa session annuelle.

— Le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours pour les 3e et 4e examens du doctorat, le vendredi 17 mai, par la chimie et la thérapeutique, à une heure, rue de Seine 70.

— M. le docteur Ed. Langlebert commencera, lundi prochain 20 mai, à sept heures et demie du soir, une série de conférences sur la thérapeutique des maladies vénériennes.

— M. le docteur Cornil, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera, le mardi 21 mai, dans cet hôpital, à neuf heures et demie, des conférences sur la pathologie générale de la syphilis. Démonstrations cliniques après la leçon.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Fumouze — Albespeyres

FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe.

Vésicatoire d'Albespeyres.

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière. — Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres*.

Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sûre et régulière. — Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyres*.

Capsules de Raquin

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,

Approuvées par l'Académie de médecine.

Les Capsules Raquin à enveloppes de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine*. — Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin*.

Papier et Cigares ANTI-ASTHMATIQUES

de Bin BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica*.

Cataplasme Jouanique

en feuilles minces, légères, souples, inaltérables.

Sa souplesse et sa légèreté permettent de l'appliquer sur toutes les parties du corps, et dans tous les cas où le poids d'un cataplasme est difficilement supporté par les malades.

Pulvérisateur Marinier,

admis dans les hôpitaux.

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons; — la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

DÉPÔT à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis; vente des pulvérisations chez FUMOUZE frères, 78, faubourg Saint-Denis.

Ver Solitaire

Guérison certaine, *infaillible*, par les GLOBULES DE SECRETAN (à l'extrait vert éthéré des rhizomes frais de fougère mâle des Vosges). Le seul remède facile à prendre et à digérer, inoffensif, expulsant toujours le ver et sa tête.

Il est nécessaire de suivre exactement les indications données par la brochure qui accompagne chaque boîte, sur le mode spécial de ramollissement des globules; c'est là, en effet, qu'est le *modus faciendi*, le *tour de main* qui contribue en grande partie à l'efficacité remarquable des globules.

Dépôt : SECRETAN, phar., 37, avenue Friedland, Paris. Envoi fo en province contre 10 fr. timbres ou mandat. Envoi fo à l'étranger contre mandat de 12 fr.

Royat (Ems français).

L'action tonique et résolutive des Eaux de Royat est surtout efficace contre : *anémie, chlorose, débilité* ou *faiblesse générale, dyspepsies, bronchites, laryngites, diabète, gravelle urique, rhumatisme, goutte, maladies cutanées*, etc.

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose. Anémie. Longues convalescences*, etc.

56, r. d'Anjou-St-Honoré, et dans toutes les pharm.

Huile de foie de morue Defresne

ÉMULSIONNÉE PAR LA PANCRÉATINE.

M. Cl. Bernard a démontré que le *suc pancréatique* avait pour mission de digérer les corps gras. M. Defresne a eu l'idée d'employer le suc pancréatique à l'ÉMULSION DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE, pour la rendre assimilable. Ainsi, cette huile perd sa forme liquide et prend celle d'une *crème blanche*, dans laquelle la saveur particulière de l'huile de foie de morue est entièrement dissimulée par l'intervention du lo u et du laurier-cerise. Elle se délaye dans l'eau, le lait, le chocolat, le café, le bouillon, suivant le goût du malade. Elle ne cause ni renvois, ni diarrhée, ni selles graisseuses; elle est, au contraire, absorbée par l'estomac le plus délicat; c'est le problème, enfin résolu, de faire prendre ce médicament sans répugnance.

Dose : 4 à 8 cuillerées à café par jour, avant les repas.

Dépôt à la pharmacie DEFRESNE, 2, rue des Lombards, à Paris, et dans les princ. pharmacies.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

et des affections chroniques des voies respiratoires

Capsules molles de Bourgeaud

A LA CRÉOSOTE VRAIE et à L'HUILE DE FOIE DE MORUE, formule des docteurs BOUCHARD et GIMBERT, *les seuls employés dans les Hôpitaux de Paris.*

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe très-soluble, d'odeur agréable, à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigrammes de *créosote vraie* et 2 grammes d'huile de foie de morue.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOÎTE, 4 FRANCS.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* GUERSANT,

« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

Anti-goutteux à l'iodure de LITHIUM FERRUGINEUX du Dr Ate LACOTE

Dragées contenant chacune 0,10 centigrammes de principe actif. — Brochure explicative.

Vente en gros : HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.

Vente en détail : dans toutes les bonnes pharm.

Papier Lardy A L'EXTRAIT DE piment

Puissant révulsif bien supérieur au Thapsia, à l'huile de Croton, etc., dont il n'a pas les inconvénients.

Intermédiaire entre le Sinapisme dont l'action est rapide, mais fugace, et le Vésicatoire dont l'énergie ne convient qu'à certains cas. — Action IMMÉDIATE et CONTINUE, n'occasionnant ni DOULEURS ni DÉMANGEAISONS, mais seulement de la chaleur, une cuisson légère, et consécutivement une vive rougeur et une éruption bénigne.

Indiqué dans tous les cas où une dérivation énergique est nécessaire. — Inflammation de la poitrine, de la gorge, congestions, douleurs diverses, etc.

1 fr. 50 la boîte dans toutes les pharmacies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rend aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe,

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

EAU AMÈRE PURGATIVE ET LAXATIVE

Rakoczy de Bude

Exiger rigoureusement l'étiquette bleue.

La plus riche en Sels de Magnésie de toutes les Eaux minérales connues.

25 gram. de Sulfate de Magnésie } par litre.
20 gram. de Sulfate de Sodium }

Se prend à très-petites doses.

LOSER frères, propr. à Budapest (Hongrie)

Dépôt général à Paris : chez Jean Skwarçow 35 bis, rue de Trévise, 35 bis.

En vente : Chez tous les Marchands d'Eaux minérales, et Pharmaciens de Paris et de Province.

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

N° 58. — SAMEDI 18 MAI 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 18 MAI 1878. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La Thoracentèse.

Nous sommes déjà loin, — bien qu'il n'y ait que quelques années écoulées à peine, — du temps où la thoracentèse était préconisée comme applicable à la totalité des épanchements pleurétiques, récents ou anciens, de petit ou de grand volume, idiopathiques ou symptomatiques d'un état général ; et la période d'enthousiasme, pendant laquelle nous fûmes plus d'une fois taxé de froideur pour ne nous y être pas associé sans réserve, est passée. Les discussions publiques ont fait justice des exagérations. L'utilité constante de l'évacuation du liquide épanché dans la poitrine, sans acception de la quantité du liquide de la période de la maladie et de l'état général, a été justement contestée. L'innocuité absolue de l'opération est venue se heurter contre des faits qui l'ont contredite. Des observations nombreuses et détaillées sont venues révéler des accidents dont la possibilité avait été méconnue ou négligée, en même temps que la statistique nous montrait l'élévation du chiffre de la mortalité par la pleurésie depuis l'usage généralisé de la thoracentèse. Aussi aujourd'hui la contradiction n'est-elle plus aussi flagrante entre les partisans de la thoracentèse et ses adversaires, les premiers ayant considérablement réduit leurs prétentions ; et la question ne se pose plus aujourd'hui que dans ces termes : A quels cas et pour quelles indications spéciales faut-il réserver la thoracentèse ? C'est dire qu'après avoir parcouru tout le cercle des essais, des tâtonnements, et en avoir poussé l'application jusqu'à en faire la règle du traitement de la pleurésie, on en est revenu en définitive à peu près aux limites d'application tracées d'une main si sûre et à la fois si prudente par Trousseau.

I

A l'époque même du plus grand engouement pour la thoracentèse, deux cliniciens, pour ne parler que de ceux qui y prirent la part la plus active, réagirent énergiquement : M. Woillez, dans son *Traité des maladies aiguës des voies respiratoires*, et M. Peter dans ses *Leçons de clinique médicale*, leçons dont la *Gazette des hôpitaux* avait déjà eu la primeur.

M. Peter cherchait à réhabiliter les méthodes de traitement traditionnelles de la pleurésie, s'élevant à la fois contre une expectation coupable qui tendait à laisser aller les choses sans souci des dangers à venir, et contre la méthode nouvelle. « Il est une chose pire encore, disait-il, que l'expectation dans la pleurésie aiguë, c'est son traitement par les ponctions successives. Cette méthode, je la rejette absolument, à moins que l'abondance de l'épanchement ne force décidément la main. » Comme son maître Trousseau, M. Peter ne voit dans la thoracentèse qu'un expédient immédiat pour un suprême péril.

Dans les recherches récentes qu'il a communiquées à l'Académie de médecine sur la température morbide locale, et qui ont été l'occasion de la courte réflexion de notre part qui, à son tour, a suggéré à M. Delasiauve sa communication de samedi dernier, M. Peter a trouvé un nouveau texte à récrimination contre la thoracentèse, en montrant que l'hyperthermie locale qui survient à la suite de la ponction est une conséquence de l'hyperémie toute mécanique *a vacuo*, qui s'ajoute à l'hyperémie phlegmasique antérieure, contre laquelle la ponction a été sans action curative ; qu'on a ainsi deux hyperémies au lieu d'une, que cette accumulation d'hyperémies et le retour brusque du sang dans la cavité pleurale, accusé par l'hyperthermie locale, expliquent la syncope, la congestion pulmonaire, l'expectoration albumineuse consécutive, la douleur, l'oppression allant parfois jusqu'à la suffocation.

II

Dans un travail récent sur la question, dont le but avoué est de répondre à ces reproches et à toutes les objections qui ont été faites dans ces derniers temps à la méthode des ponctions réitérées, M. Dieulafoy, qui, par l'introduction dans la pratique de son ingénieux appareil d'aspiration, a eu une si large part dans la vulgarisation de cette opération, s'élève avec une louable sincérité contre l'abus qui en a été fait. Mais, tout en faisant cette large concession, il s'est cru en droit de défendre la méthode contre les graves reproches que l'on a fait peser sur elle. De l'analyse de cent cinquante observations de thoracentèse par aspiration pratiquées par lui ou sous sa direction par les élèves des différents services dont il a été chargé, il a été conduit à formuler son appréciation en ces termes :

Appliquée à la pleurésie aiguë, la thoracentèse par aspiration est une opération absolument inoffensive, quand elle est pratiquée avec l'aiguille numéro 2, et quand le liquide retiré en une séance ne dépasse pas un millier de grammes, ou moins encore suivant les complications de la pleurésie.

La transformation des liquides séreux en liquides purulents, dont on a accusé la thoracentèse, ne lui est pas imputable. Elle est le fait d'une évolution naturelle des pleurésies.

Il en est de même de la syncope et de l'asphyxie dues à des caillots autochthones ou migrateurs du cœur et des vaisseaux pulmonaires, ainsi que des accidents de gangrène pleuro-pulmonaire, que l'on observe en dehors de toute intervention chirurgicale.

Restent les accidents de l'œdème aigu du poumon, de la congestion pulmonaire avec ou sans expectoration albumineuse, les seuls accidents qui soient directement et véritablement imputables à la thoracentèse, mais qu'il est possible d'éviter et de prévenir en limitant la quantité du liquide extrait à chaque séance et en la proportionnant aux complications de la pleurésie.

En résumé, pour M. Dieulafoy la question de la thoracentèse est tout entière dans les indications et peut se réduire ainsi : Ou il y a urgence, basée sur la quantité du liquide épanché. Lorsque le liquide épanché est considérable, quel que soit d'ailleurs le degré de dyspnée, l'abondance de l'épanchement constituant par elle seule un danger sérieux et souvent imminent, la thoracentèse est impérieusement indiquée. Ou il n'y a pas urgence et en dehors de cette circonstance, les indications de la thoracentèse sont toujours discutables et soumises à l'appréciation de la marche de l'épanchement et de ses complications, appréciation qui varie en quelque sorte avec chaque cas.

Malgré les prudentes restrictions que M. Dieulafoy a apportées aux indications de la thoracentèse et les sages préceptes qu'il a formulés pour l'exécution opératoire, il est à croire que ce ne sera peut-être pas encore là le dernier mot, et que l'opinion, mieux éclairée par les faits qui se multiplient de toutes parts, arrivera à restreindre de plus en plus l'usage de la thoracentèse dans la pleurésie aiguë, qui après un triomphe éphémère aura vu son avenir compromis par ses excès.

III

Voici un document nouveau qui est apporté au débat, et qui a d'autant plus de valeur à nos yeux, qu'il émane d'un praticien consciencieux et éclairé, placé à la tête d'importants services où se trouvent réunis des exemples fréquents de pleurésie chez des sujets placés dans des conditions de sélection qui sembleraient devoir les rendre plus favorables à la thoracentèse. Il s'agit d'observations recueillies pendant une série d'années, non-seulement sans aucune prévention hostile à cette opération, mais bien plutôt avec le désir sincère et l'espoir du succès. Les résultats, comme on va le voir, ont été bien loin de son attente. Dans un travail inséré au recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, M. le docteur Morand, médecin principal de l'hôpital militaire de Vincennes, a fait connaître les résultats qu'il a constatés chez 140 pleurétiques dont 109 ont été traités par les méthodes communes et 31 par la thoracentèse; il en a rapporté et analysé les observations avec un soin scrupuleux. Voici l'énoncé de ces résultats :

Une partie des faits a été observée à l'hôpital militaire de Lyon, les autres ont été recueillis à l'hôpital militaire de Vincennes; d'où deux séries distinctes de faits.

La première série, celle de l'hôpital de Lyon, se compose pour la thoracentèse de 13 faits. Sur ces 13 cas de pleurésies traités par la ponction, 12 fois l'épanchement s'est reproduit, généralement dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération.

L'opération a été suivie quatre fois de la transformation purulente de l'épanchement. Cette transformation s'est produite dans trois cas appartenant à une série des sept cas qui ont été soumis à des ponctions répétées au moins deux fois. D'où l'on voit que les ponctions multiples ont donné lieu à la purulence dans près de la moitié des cas dans lesquels on y a eu recours.

L'opération de l'empyème, pratiquée trois fois, a été suivie de mort deux fois, par suite de la tuberculisation concomitante.

En ajoutant à ces deux décès un décès imputable à l'infection purulente, suite de phlegmon diffus, on arrive au chiffre de trois décès sur treize cas.

Ces 13 cas ont fourni 716 journées d'hôpital, soit, en chiffres ronds, 55 jours chacun en moyenne. En outre, et concurremment avec ces 13 cas, M. Morand a eu à soigner 53 pleurésies auxquelles le traitement médical a été exclusivement appliqué et qui ont fourni 2,318 journées d'hôpital, soit 43 journées pour chacun en moyenne. Ces 53 cas ont donné lieu à 3 décès par tuberculisation.

La série de l'hôpital de Vincennes se compose de 74 cas, dont 18, traités par la thoracentèse, ont donné un total de 1,537 journées d'hôpital, soit, pour chacun, une moyenne de 85 journées; tandis que 56 pleurésies traitées médicalement pendant le même laps de temps, ont produit 2,108 journées d'hôpital, soit 45 journées par malade.

Les 18 opérés ont donné 2 décès (par transformation purulente et tuberculose), soit 11 décès 11 centièmes pour 100.

Les 56 autres pleurésies ont fourni 3 décès (par épanchement et tuberculose), soit 5 décès 35 centièmes pour 100.

Ainsi, à Vincennes comme à Lyon, séjour plus long à l'hôpital et mortalité plus considérable; tels sont les résultats du traitement chirurgical.

Voici en outre les remarques que ces faits, considérés dans leur ensemble, ont suggérées à M. Morand.

La thoracentèse a été pratiquée avant le quinzième jour dans 12 cas; après les quinze jours dans tous les autres.

La ponction a été répétée au moins 2 fois dans 10 cas.

La transformation purulente de l'épanchement s'est produite dans 6 cas sur lesquels 2 seulement ne rentrent pas dans la catégorie des ponctions multiples. Cette transformation s'est donc produite dans près du cinquième des cas, ou plus exactement dans la proportion de 18,75 pour 100. La purulence d'emblée s'est montrée dans 2 cas.

On a eu des accidents : de syncope dans 4 cas; de suffocation dans 11 cas; d'expectoration albumineuse dans 2 cas.

La reproduction totale et rapide du liquide s'est produite dans 26 cas sur les 31 cas opérés; dans 5 cas elle n'a eu lieu que d'une manière plus ou moins incomplète.

Enfin, les trente et un cas de thoracentèse ont donné lieu à cinq décès et motivé cinq fois l'opération de l'empyème, qui a donné trois de ces décès.

Le fait dominant qui ressort de ce tableau, et dont l'importance est considérable au point de vue qui nous occupe, est la reproduction rapide — du deuxième au cinquième jour — du liquide pleural, qui s'est montrée dans vingt-six cas sur trente et un. C'est là, en effet, un fait capital, si l'on considère que la thoracentèse, à part les cas d'urgence qui doivent toujours être réservés, n'a, en réalité, de raison d'être que par la prétention de délivrer le poumon de l'épanchement qui le comprime. Or, du moment que ce résultat n'est pas obtenu, dit M. Morand, où est l'avantage? L'opération a été, entre ses mains, manifestement inutile au double point de

vue de l'abréviation de la durée de la maladie et de la prévention des dangers qui lui sont propres. Bien plus, ajoute notre savant confrère, elle a été nuisible le plus souvent, ainsi qu'en témoignent l'augmentation constatée du nombre de journées à l'hôpital et l'aggravation de la mortalité.

Il est digne de remarque, en outre, que les cinq cas qui n'ont pas présenté la reproduction intégrale du liquide appartiennent, sans exception, à la catégorie de ceux qui ont été opérés après au moins quinze jours d'invasion, argument de fait à opposer à ceux qui préconisent les ponctions hâtives comme moyen de prévenir les effets et les dangers de l'épanchement.

En résumé, pour M. Morand, il y a lieu, dans l'immense majorité des cas, de traiter l'état général, qui est cause, avant de viser l'épanchement, qui est simplement effet. C'est là ce qui explique, à ses yeux, les échecs séculaires de la thoracentèse et réduit ses applications utiles à un petit nombre de cas. « C'est, je le confesse humblement, dit-il, pour avoir perdu de vue la notion de cet état pleural qui domine la situation, et sur la foi d'affirmations qui semblaient ne laisser place à aucun doute, que je me suis, comme tant d'autres, laissé prendre aux appâts de la thoracentèse. Puisse mon exemple arrêter ceux qui se sentiraient attirés sur cette pente ! » Voilà des paroles qui méritent d'être méditées, et nous voilà bien loin nous-même des réserves timides que nous faisions, il y a quelques années, en présence du système de la thoracentèse toujours et quand même, au grand déplaisir de ses partisans à outrance.

Des fièvres éruptives à Paris pendant le 1er trimestre de 1878.

Nous avons extrait du rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes du 1er trimestre de 1878 quelques considérations relatives à la diphthérie et aux mesures prophylactiques d'isolement qu'elle réclame impérieusement à l'avenir. Nous revenons aujourd'hui sur la partie de ce rapport ayant trait aux affections qui, après la diphthérie, doivent être prises le plus sérieusement en considération dans cette importante question pratique de l'isolement, qui fait aujourd'hui, avec raison, l'objet de la plus vive préoccupation des médecins des hôpitaux : nous voulons parler des affections éruptives. Nous ne dirons rien de la variole pour laquelle l'isolement est pratiqué, d'une manière imparfaite sans doute encore, mais suffisante cependant jusqu'à présent, vu le peu de gravité de l'endémie variolique depuis quelques années. Mais il ne sera pas inutile d'appeler l'attention, à ce point de vue, ainsi que l'a fait M. Besnier dans son rapport sur la rougeole, la scarlatine et les oreillons.

Rougeole. — Les faits recueillis annuellement dans les hôpitaux d'enfants montrent avec quelle déplorable constance se reproduit tous les ans, pendant la période habituelle de l'endémie rubéolique, ce fait malheureusement inéluctable jusqu'à présent de rougeoles mortelles contractées à l'hôpital comme lésion secondaire, par des enfants atteints d'une autre affection ou épuisés déjà par plusieurs états morbides successivement contractés. Ce n'est pas seulement dans les hôpitaux, c'est aussi dans la clientèle civile et surtout dans les établissements d'instruction publique, qu'il y a lieu d'appliquer des mesures prophylactiques destinées à restreindre de plus en plus les chances de la contagion. M. Bucquoy a signalé de nombreux cas de rougeole qu'il a observés dans les établissements d'instruction et dans la pratique de la ville, cette maladie ayant régné épidémiquement pendant tout l'hiver, à une époque qui devance de beaucoup celle où on la rencontre ordinairement chaque année.

M. Dujardin-Beaumetz a constaté à l'hôpital Saint-Antoine que l'épidémie de rougeole qui s'était montrée dans le mois de décembre s'est prolongée dans le mois de janvier et de février. Sept enfants de la crèche, qui avaient contracté cette maladie à l'hôpital, ont tous succombé. Deux mères ont aussi contracté la maladie, mais elles ont guéri. « Dans nos services de crèches, dit M. Dujardin-Beaumetz, la rougeole, en atteignant des enfants déjà malades et affaiblis, donne une mortalité égale, sinon supérieure, à celle que produisent les fièvres éruptives les plus graves. »

D'après M. le médecin principal Molard, les rougeoles, depuis longtemps très-rares à l'hôpital militaire Saint-Martin, s'y sont montrées pendant le premier trimestre de 1878. Il en a observé vingt cas sur lesquels il y a eu deux décès, l'un par phénomènes asphyxiques, l'autre par tuberculisation antérieure à l'éruption.

La *scarlatine,* qui continue toujours à être rare et bénigne à Paris, ne présente au point de vue qui nous occupe qu'un danger très-éventuel. Elle n'a figuré dans le relevé mortuaire pour toute l'année 1877 et pour toute la population de Paris, que pour le chiffre de 103 décès. Dans les hôpitaux, elle est, de toutes les affections éruptives, celle qui se généralise le moins. Pour toute l'année 1877 on n'a compté dans les hôpitaux que 141 cas, dont 7 suivis de décès. Il n'y en a pas moins lieu, cependant, de la compter au nombre des maladies isolables.

Les *oreillons,* si rarement observés dans les hôpitaux civils d'adultes et qui causent si peu de transmissions dans les hôpitaux d'enfants, continuent, dit le rapport, à occuper toujours une place importante dans l'épidémiologie militaire. Sur 305 fiévreux admis à l'hôpital militaire Saint-Martin pendant le 1er trimestre de 1878, M. Molard a relevé 30 cas d'oreillons dont 9 compliqués d'orchite. Il y a à cet égard aussi des mesures à prendre dans l'avenir.

Dr Brochin.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Brochard.

Hygiène des nourrissons. — Mouvements. — Habitudes. Passions (1).

III

L'hygiène des mouvements *actifs,* chez le nourrisson, est peu importante : à cet âge, en effet, l'enfant remue quelque peu les bras et les jambes, et c'est tout. Il n'en est plus de même de l'étude des mouvements *passifs,* des mouvements qu'on imprime à l'enfant, à toutes les heures de son existence. Et d'abord, comment faut-il porter les nourrissons? Autrefois, on ne portait les petits enfants sur les bras qu'en les couchant sur un oreiller assez résistant ; cette mesure, très-utile au nourrisson, est devenue trop fatigante aux nourrices ; toutes aujourd'hui portent les enfants en les tenant *debout,* comme on tient un cierge : on oblige à cette attitude des nourrissons qui n'ont pas plus de six ou huit semaines. A cet âge, on comprend facilement que la colonne vertébrale et le système musculaire ne présentent pas un développement suffisant pour pouvoir suffire à l'équilibre de l'enfant : c'est là une des causes de ces trop nombreux cas de déviation de la colonne vertébrale qu'on observe si souvent.

Quand ils sont un peu plus grands, les nourrices portent les enfants sur le bras; ordinairement, elles les tiennent sur le bras

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 mars et 16 mai.

gauche, pour se réserver la liberté des mouvements de leur main droite; or, dans cette attitude, elles sont obligées, pour mieux maintenir l'enfant, de ramener sa jambe gauche un peu sur la jambe droite; c'est là la cause de cette *courbure de la jambe gauche* qu'on observe chez presque tous les enfants. Il est évident que cela n'arriverait pas si on les portait indifféremment d'un côté ou de l'autre. L'*incurvation des deux jambes* a une autre cause : c'est que les enfants gros et lourds sont souvent ceux qu'on se hâte le plus de faire marcher. Les nourrices font toujours marcher les enfants trop tôt : on ne se figure pas quelle effroyable quantité de paires de souliers sont ainsi demandées aux familles. Elles font d'abord « démarcher » les enfants. Cela consiste à faire marcher l'enfant en le soutenant avec la main sous les aisselles; le plus souvent, elles ne le soutiennent pas, ou presque pas, d'où les jambes s'incurvent sous le poids du corps. Il est incontestable que les enfants à jambes incurvées sont plus nombreux que les enfants à jambes droites.

Pour remédier à ces difformités, il suffira de stimuler le développement de la force musculaire par des frictions sèches, par des bains aromatiques, etc.

Les appareils nuiraient, dans ces cas, beaucoup plus qu'ils ne seraient utiles. Quand on pourra le faire, on obtiendra des effets merveilleux en prescrivant de conduire les enfants sur les bords de la mer et de les faire marcher dans le sable marin, sur une plage chaude et imbibée de l'eau de la mer.

Quand on s'aperçoit qu'un enfant va bientôt marcher, laissez-le assis sur un tapis, sur des oreillers, au milieu de la chambre, entouré de chaises, et, dès qu'il se sentira assez fort, il marchera, mais pas avant que ses jambes soient suffisamment solides. Voyez dans les promenades publiques tous les petits bébés qui marchent déjà un peu, ils sont bientôt fatigués et pleurent pour être portés : c'est parce qu'ils souffrent; le système osseux n'est pas assez développé ni assez consolidé pour soutenir longtemps la charge de tout le corps.

Actuellement, on ne fait plus marcher les enfants; on les conduit dans des *petites voitures*, qui ont l'avantage immense de permettre à la jeune mère de conduire à une grande distance, et sans s'imposer de fatigue, son enfant dans les jardins et les promenades publiques. Mais les abus ont bientôt suivi : on a mis, dans ces voitures, des nourrissons de quelques semaines, et on les traîne ainsi cahotés sur les pavés; on expose à des soubresauts continuels, et souvent très-violents, ces petits êtres dont le cerveau est encore si fluide et si mou. On voit, chez ces enfants ainsi secoués sur les pavés pendant des heures entières, les yeux toujours en mouvement, les bras et les jambes toujours agités. Je crois que ce doit être une cause de convulsions pour ces petits malheureux. Ajoutez encore qu'en hiver on les voiture ainsi, en oubliant qu'ils ont froid, soumis à une telle immobilité, malgré les cruchons d'eau chaude, etc. Enfin, il ne suffit pas de les conduire ainsi dans le jardin : une fois arrivés, il faut les sortir de la voiture et les faire jouer, ce qu'on oublie beaucoup trop généralement. On les laisse dormir dans leur voiture, et il n'est pas rare de trouver, à côté d'un enfant ainsi oublié, la mère et la grand'mère occupées à lire un journal ou un roman. Si, au contraire, la mère prenait l'enfant sur ses genoux, elle lui parlerait, elle jouerait avec lui; en un mot, elle lui développerait l'intelligence.

On voit aussi presque toujours les petits nourrissons dans ces voitures occupés soit à boire au biberon, soit à manger un gâteau ou un fruit vert; on se demande comment peut être utile un repas de lait absorbé dans de pareilles conditions? En Belgique, au congrès d'hygiène, à Bruxelles, on a fait remarquer que les petites voitures des enfants présentent une disposition autre qu'en France; elles sont moins commodes parce qu'elles sont plus larges et disposées de façon à pouvoir recevoir deux enfants en même temps. Cette prévoyance tient à ce que, dans ce pays, les enfants sont plus nombreux dans les familles : la population de la Belgique ne suit pas, en effet, la marche décroissante qu'on constate si malheureusement en France.

Doit-on bercer les enfants? Certains médecins sont opposés absolument à cette pratique, d'autres la soutienent à outrance.

Je vous rappellerai simplement à ce sujet que je ne proscris pas complètement cette habitude : je crois que, lorsqu'un enfant souffre et qu'il est agité, on aurait tort de renoncer à le faire dormir au moyen d'un très-léger mouvement imprimé au berceau ; on réussit ainsi très-souvent à les calmer et à les faire dormir. Je crois exagérée l'opinion de Pétrequin, de Lyon, qui disait qu'il n'avait plus observé de méningites dans sa clientèle depuis qu'il avait fait attacher avec des chaînes les berceaux afin d'empêcher le bercement.

Les enfants prennent des *habitudes* avec une facilité étonnante. Qu'on tienne sur les genoux un nouveau-né pour l'endormir le premier jour ou les deux premiers jours de sa naissance, on peut être certain que le troisième jour on ne pourra l'endormir autrement. Ces habitudes sont souvent favorisées par les femmes qui soignent le nourrisson : en effet, pour se faire croire nécessaire à la maison, la garde ne manque pas de signaler que l'enfant ne peut s'endormir s'il n'est pas tenu sur ses bras, etc.

Il ne faut donc jamais laisser un nourrisson prendre des habitudes. Si on l'a habitué, par exemple, à être tenu sur les bras pour dormir, il faut rompre cette tradition, sans s'inquiéter des cris qu'il poussera.

Il ne faut pas s'émouvoir davantage des récriminations de la nourrice, qui ne manquera pas de répéter, suivant l'expression consacrée, que « l'enfant va gagner des hernies, qu'il crie tant que cela l'enlève au plafond », etc. ; il faut rester ferme, et, après deux ou trois nuits, ce sera fini.

De même, pour déshabituer un nourrisson de boire fréquemment dans la nuit, il suffira, pour bien régler ses heures, de réduire de moitié sa ration de biberon pour la première nuit; l'enfant criera, parce qu'il sentira qu'il n'a pas sa ration habituelle : on reste inflexible. La deuxième nuit, au lieu d'un demi-biberon de lait, on lui administre un demi-biberon d'eau sucrée; mêmes cris, même réponse. La troisième nuit, on remplace l'eau sucrée par de l'eau pure; même scène. On peut être certain que la quatrième nuit il ne demandera plus rien.

Les *passions* doivent aussi être étudiées dans l'hygiène privée des nourrissons. Naturellement, elles ne sont pas aussi nombreuses que chez l'adulte. La *jalousie* existe réellement chez les nourrissons et à un degré très-élevé : les enfants des nourrices ont en horreur les petits Parisiens qui viennent prendre leur place au sein de leur mère; on a tort aussi de taquiner les enfants en manifestant des préférences pour un autre enfant, etc.

On ne devrait jamais oublier que leur système nerveux est à peine formé, qu'il est très-impressionnable.

Pour le même motif, on ne doit jamais *faire peur* aux nourrissons, encore moins aux enfants.

On doit aussi éviter de les réveiller en sursaut pendant la nuit. Sans doute, on peut les laisser dans la chambre où l'on se trouve et les habituer à s'endormir au milieu du bruit ordinaire; mais ce dont il faut s'abstenir, c'est de les réveiller vers le milieu de la nuit, comme le font, par exemple, les mamans qui, quelquefois, pour montrer leur enfant, le réveillent vers dix ou onze heures du soir. Il faut absolument éviter ces émotions vives aux nourrissons.

Nous terminons ici ce qui concerne l'hygiène *privée* des nourrissons. Nous aborderons maintenant l'*hygiène publique* des nourrissons, question très-importante au point de vue social, et cependant à peu près abandonnée par tout le monde.

REVUE DE LA PRESSE.

Du traitement des épanchements du genou par aspiration. — M. Dieulafoy revient, dans la *Gazette hebdomadaire*, sur cette question à propos de deux malades atteints, l'un d'épanchement traumatique, l'autre d'hydarthrose rhumatismale, pour essayer de convaincre, par de nouvelles observations, ceux qui ne sont pas suffisamment édifiés sur l'innocuité des ponctions aspiratrices du genou et sur la fréquente efficacité de leur action. « Je ne

dis pas, bien entendu, que ce genre de traitement soit applicable à tous les épanchements ; je ne dis pas davantage qu'il réussisse dans tous les cas où d'autres traitements ont échoué : mais ce qui me paraît résulter de l'examen attentif de deux cents observations, c'est que l'aspiration des liquides du genou, les indications étant nettement posées et l'opération bien conduite, constitue une méthode rationnelle et efficace de traitement. »

Le premier de ces malades, en descendant d'un omnibus pendant que la voiture était encore en marche, éprouva dans le genou droit une vive douleur, et ressentit, dit-il, une sorte de craquement dans l'articulation.

Six jours après, l'épanchement existe : une aspiration retire 80 grammes d'un liquide hématique très-foncé. Une compression modérée est exercée sur l'articulation avec de la ouate et des bandes roulées ; le liquide ne se reproduit pas ; huit jours après, le malade sort complètement guéri.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme rhumatisant, atteint d'hydarthrose du genou gauche qui s'est formé lentement, dans un intervalle de huit jours, après quelques douleurs dans les deux genoux. Fièvre nulle.

L'opération est pratiquée avec l'aiguille n° 2 ; on retire 115 gr. d'un liquide clair et visqueux, ne contenant qu'une très-faible proportion de globules blancs et de globules rouges.

On exerce une compression modérée ; le troisième jour après l'opération, le liquide se reforme lentement, et, au cinquième jour, une nouvelle aspiration retire 48 grammes d'un liquide identique au précédent.

Compression : le liquide ne se renouvelle plus. Guérison neuf jours après.

L'innocuité de la ponction aspiratrice paraît bien établie à M. Dieulafoy ; dans 150 opérations de ce genre pratiquées sur le genou, une seule a été suivie d'accidents.

Manuel opératoire. Pour faire l'aspiration d'un liquide contenu dans l'articulation du genou, la jambe est placée dans l'extension. On entoure l'articulation avec une bande de caoutchouc, et, faute de bande de caoutchouc, avec une bande de toile, en ayant soin, bien entendu, de laisser à découvert le point vers lequel on a refoulé le liquide, et sur lequel on doit porter la piqûre. Ce lieu d'élection est le cul-de-sac externe de la synoviale articulaire, au niveau de l'extrémité supérieure de la rotule et à 2 centimètres environ en dehors de cet os.

Pour pratiquer la piqûre, je recommande *exclusivement* l'aiguille n° 2 qui ne mesure que 1mm 02 de diamètre. L'aiguille n° 2, qu'on aura préalablement nettoyée, étant introduite dans les tissus et dans l'articulation, on la maintient fixe et on aspire le liquide.

Il est inutile de malaxer l'articulation, car cette manœuvre n'aurait que l'inconvénient d'irriter la séreuse, en multipliant ses points de contact avec l'aiguille.

Dès que le liquide a été évacué, on retire l'aiguille et on s'occupe de la compression. On entoure le genou d'une couche de ouate, et une compression assez énergique est faite au moyen de bandes de toile ou de flanelle.

Il faut également entourer le pied et la jambe avec une bande roulée, afin d'éviter l'œdème qui ne tarderait pas à se produire. Vingt-quatre heures après l'opération, on lève le pansement et on observe ce qui s'est passé. Deux cas peuvent se présenter : dans l'un le liquide ne s'est pas reproduit, ou du moins il ne s'en est formé qu'une très-petite quantité ; une nouvelle aspiration n'est donc pas nécessaire, et on fait de nouveau la compression. Si, au contraire, l'épanchement s'est reformé dès le lendemain ou le surlendemain en notable quantité, on pratique de nouveau l'aspiration, et on exerce la compression comme précédemment.

Les épanchements hématiques ou non, résultant de cause externe, guérissent rapidement et en général après une ou deux aspirations.

Les épanchements séro-fibrineux (hydarthrose) demandent un traitement dont la durée est variable (une à six aspirations), fort courte pour quelques-uns, et, dans tous les cas, moindre assurément que la durée des autres traitements.

Rupture du foie. — M. Ollive a présenté à la *Société anatomique de Nantes* le foie d'un homme amené un soir à la clinique chirurgicale dans un état extrêmement grave, avec de l'emphysème sous-cutané du cou et du thorax. Mort le lendemain matin. Cet homme, étant complètement ivre, avait été écrasé par un omnibus. A l'autopsie, on trouve la cavité abdominale pleine de sang ; on reconnaît immédiatement que ce sang provient des ruptures multiples du foie.

Lorsqu'on examine la face antéro-supérieure de cet organe, on voit sur le lobe droit une déchirure qui commence au niveau de la sortie de la veine sus-hépatique du lobe droit, et qui se prolonge jusqu'au bord inférieur de l'organe. Cette déchirure paraît avoir une profondeur de trois à quatre centimètres. De cette déchirure partent plusieurs fissures se dirigeant de droite à gauche. Enfin, il y a encore sur la face antéro-supérieure deux autres fissures verticales moins profondes : l'une vers la réunion des deux lobes, l'autre sur le lobe gauche. En retournant ce foie, on voit sur la face inférieure du lobe droit une déchirure qui communique avec la première décrite, et qui divise ce lobe en deux portions : l'une, antéro-supérieure, l'autre postéro-inférieure. Cette immense solution de continuité remonte presque jusqu'au bord convexe du foie. (*Journ. de méd. de l'Ouest.*)

Opération de Battey. — Extirpation des ovaires. — En 1865, le docteur Battey (de Rome, en Géorgie) observa une jeune fille de vingt et un ans, qui, chaque mois, souffrait horriblement pendant plusieurs jours. L'écoulement sanguin n'existait pas chez elle, car elle n'avait pas d'utérus. Les douleurs à chaque retour étaient telles qu'elle endurait une véritable agonie : elle finit par succomber, et Battey pensa que sa mort était la conséquence de ce molimen menstruel. Il songea alors que, n'ayant jamais observé de semblable cas après la ménopause, s'il était possible de produire artificiellement la ménopause, ce serait peut-être la meilleure manière d'obtenir la guérison. Or, pour obtenir la ménopause anticipée, il faudrait enlever les ovaires.

Et, en effet, dans un cas analogue, il pratiqua, malgré l'opposition des gynécologistes consultés, cette opération, qui réussit complètement. Il a répété cette opération un certain nombre de fois, et a été imité par d'autres chirurgiens. Mais, à la section des parois abdominales, il a substitué l'incision vaginale, à travers laquelle il passe pour aller chercher les ovaires.

En résumé, l'extirpation d'un des deux ovaires a été pratiquée trente-deux fois. Dans six cas les femmes ont succombé ; souvent les suites de l'opération ont été graves, et onze fois au moins le résultat obtenu a été absolument nul, surtout dans les cas où, un seul ovaire ayant été enlevé, la ménopause artificielle n'était pas réalisée.

Aussi Marion Sims conclut : 1° qu'il faut enlever les deux ovaires dans tous les cas. 2° Comme règle, il faut opérer en ouvrant la paroi abdominale antérieure, ce qui permet d'enlever les ovaires, lors même qu'ils sont fixés par des adhérences, tandis que par l'incision vaginale c'est impossible. 3° Si l'on est certain qu'il n'y a eu aucune inflammation des organes pelviens, aucune hématocèle, qu'il n'existe aucune adhérence des ovaires avec les parties voisines, on peut alors, mais dans ce cas seulement, pratiquer l'opération par le vagin.

Dans quel cas doit-on faire l'extirpation des ovaires ? Dans quelles circonstances cette opération est-elle légitime ?

Battey et Marion Sims posent les indications suivantes : 1° Dans les cas d'aménorrhée avec absence de l'utérus, ou avec utérus rudimentaire, ou quand il y a atrésie incurable de l'utérus, et que le molimen menstruel produit des troubles si violents que la vie est mise en danger. 2° Dans les cas de souffrances physiques ou de troubles de l'intelligence produits par le molimen menstruel, ou bien quand les règles sont peu abondantes ou manquent. Cette opération est alors justifiable quand tous les autres remèdes ont échoué. 3° Dans les cas de folie au début, ou d'épilepsie ; si ces affections sont sous la dépendance d'une altération de l'ovaire, l'opération peut être faite alors que tout autre traitement n'aura pas été suivi de succès. 4° Lorsqu'il existe des tumeurs fibreuses énormes de

l'utérus donnant lieu à des hémorrhagies qui menacent d'être mortelles.

Enfin, et Battey revient avec une insistance particulière sur ce point, c'est seulement dans les cas désespérés, dans les circonstances graves qu'on aura recours à l'extirpation des ovaires. Cette opération ne doit être en somme qu'un traitement tenté « en dernier ressort ». (*Progrès méd.*)

La chair d'oie et les trichines. — Le *Bélier* rapporte que soixante soldats de la garnison allemande de Thionville ont présenté des accidents dus à la trichinose. Deux en sont morts. Il aurait été constaté par les médecins que cette maladie leur serait venue, non de la viande de porc, mais de la viande d'oie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. Augouard, médecin du Ministère (officier d'académie depuis 1869) ;

Bornet, docteur en médecine (Services exceptionnels) : Etudes sur l'acclimatation des plantes, organisation du laboratoire d'enseignement à la villa Thuret d'Antibes).

Laennec, directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Nantes ;

Morel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ;

Gintrac, directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Bordeaux ;

Morlot, directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Dijon ;

Piaton, président du conseil d'administration des hospices de Lyon ;

Jeanjean, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier ;

Regnault, professeur à la Faculté de médecine de Paris ;

Gromier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ;

Schaeuffèle, pharmacien-major de 2e classe.

— Sont nommés officiers d'académie :

MM. Marchand, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

Descamps, préparateur à l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

Lahat, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Lortet, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ;

Le Fort, professeur à la Faculté de médecine de Paris ;

Peter, professeur à la Faculté de médecine de Paris ;

Bergeron, agrégé près la Faculté de médecine de Paris ;

Bouchard, agrégé près la Faculté de médecine de Paris ;

Chapplain, professeur à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille ;

Fayel-Deslongrais, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen ;

Lenoel, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens ;

Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille ;

Lotar, professeur à la Faculté de médecine de Lille ;

Gross, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ;

Bernheim, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy ;

Courbon, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes ;

Perret, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes ;

Marchand, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse ;

Tisserand, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse ;

Mellies, préparateur à la Faculté des sciences de Toulouse ;

Tixier, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont ;

Gilbert, pharmacien à Moulins ;

Le docteur Bouygues, médecin inspecteur des écoles du 17e arrondissement de Paris ;

Massot, médecin à Perpignan.

— M. Michel Möring, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, est nommé membre de la Commission mixte permanente des cours cliniques des hôpitaux, en remplacement de M. de Nervaux.

— *Agrégation de médecine.* La place d'agrégé en histoire naturelle réservée à la Faculté de médecine de Paris par l'arrêté du 11 août 1877, est affectée à la Faculté de médecine de Nancy.

Le nombre des places mises au concours par l'arrêté du 11 août 1877 est porté de quatre à cinq. Cette place sera affectée à la Faculté de médecine de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* M. Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le second semestre de l'année scolaire 1877-78, par M. Rigal, agrégé.

M. Pouchet, licencié ès sciences, est nommé préparateur du cours d'hygiène (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lyon.* Sont chargés d'une conférence, pour l'année scolaire 1877-78 : MM. Cazeneuve, conférence de chimie organique ; Chapuis, conférence de chimie toxicologique.

M. Étiévant, secrétaire agent comptable de la Faculté de médecine de Montpellier est nommé secrétaire agent comptable de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon en remplacement de M. Blaise.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* M. Blaise, secrétaire agent comptable de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé secrétaire agent comptable de la Faculté de médecine de Montpellier en remplacement de M. Étiévant, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Simon (Paul-Marie-Victor), né à Lunéville, le 2 juillet 1857, est institué aide d'histoire naturelle, en remplacement de M. Millet, démissionnaire.

M. Lambling, aide-préparateur à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Garnier, appelé à d'autres fonctions.

M. Garnier (Léon), préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Nancy, est institué chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Ritter, nommé professeur titulaire.

— *École des hautes études.* M. Brissaud (Édouard), bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique à l'École pratique des hautes études (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Gombault, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Paris.* M. Joliet, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de zoologie.

MM. Joly et Salet, docteurs ès sciences, sont nommés maîtres de conférences de chimie.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* M. Brunier (Amédée), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de botanique et de zoologie en remplacement de M. Audibert, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Lyon.* M. Duchamp, docteur en médecine, chargé des fonctions d'agrégé et chef du laboratoire d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé maître de conférences de zoologie.

M. Barbier, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de zoologie.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* M. Filhol, docteur ès sciences, est nommé maître de conférence de zoologie.

M. Joulin, docteur ès sciences, ingénieur des poudres et salpêtres, est nommé maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse.

— *École de médecine de Reims.* M. Thomas, ancien professeur de clinique médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé professeur honoraire de ladite école.

— *École de médecine de Tours.* M. Viollet (Maurice-Joseph), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de médecine, hygiène et thérapeutique pour une période de neuf ans.

— *École de pharmacie de Paris.* M. Pihier est nommé préparateur du cours de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Patrouillard, décédé.

— *École de pharmacie de Montpellier.* M. Malosse, licencié ès sciences physiques, pharmacien de première classe, est délégué provisoirement dans les fonctions d'agrégé.

— La Société de médecine légale de France, qui tient ses séances au Palais de Justice, et qui est reconnue comme établissement d'utilité publique, vient de déclarer la vacance de deux places de membres titulaires et de six places de membres correspondants nationaux.

Les candidats sont invités à faire parvenir leur demande au sécrétariat général, dans le plus bref délai. La seule formalité qu'ils aient à remplir est de faire appuyer, par deux membres de la Société, la lettre de demande dans laquelle ils doivent énumérer leurs titres scientifiques et professionnels.

— M. le docteur Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera ses démonstrations de cérébroscopie *par la lumière oxhydrique*, à l'hôpital, le mardi 21 mai, à neuf heures du matin.

Il les continuera pendant la durée de l'Exposition universelle, le mardi 18 juin, le mardi 16 juillet et le mardi 7 août, à la même heure. La visite des malades aura lieu à huit heures, et tous les autres mardis, clinique ordinaire sur les *maladies de l'enfance*.

— Mme Brès, née Madeleine Gerbin, est nommée médecin des théâtres Historique et du Châtelet.

— Le Catalogue de la bibliothèque de M. Claude Bernard, dont la vente aura lieu le 5 juin et jours suivants, vient de paraître. Il sera adressé par MM. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, à toute personne qui en fera la demande.

Le Directeur : **Dr E. Le Sourd.**

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 59. — MARDI 21 MAI 1878. 51e ANNÉE. MARDI 21 MAI 1878. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL COCHIN. — M. BUCQUOY.

De l'angine tuberculeuse (1).

II.

J'avais déjà été frappé, en assistant au développement de cette angine chez ce malade, des caractères singuliers qu'elle présentait et que je rencontrais pour la première fois. En voyant ces petites granulations disséminées, puis confluentes, dans l'épaisseur de la muqueuse, suivies bientôt d'une ulcération profonde, irrégulière, entièrement semblable à ces ulcérations de la langue chez les phthisiques sur lesquelles l'attention a été appelée dans ces derniers temps et qui ont été si bien étudiées; ulcérations dont, par un singulier hasard, je rencontrais l'année dernière deux cas à la même consultation, je ne pus m'empêcher de rapprocher ces deux ordres de faits et de considérer cette forme d'angine comme une localisation particulière de l'affection tuberculeuse; et, de même qu'il n'y a plus de doute sur le caractère tuberculeux de ces ulcérations de la langue, de même je ne doutai pas qu'il ne s'agît ici d'ulcérations tuberculeuses de la gorge, et je conclus à une angine tuberculeuse.

Je me proposai, ce que j'ai fait pour le premier malade, de présenter ce cas intéressant à la Société médicale des hôpitaux, et je comptais compléter plus tard mon observation par l'examen microscopique, mais le départ subit du malade m'enleva tout moyen de contrôle.

Par une de ces coïncidences fortuites qui ne sont pas rares en clinique, l'arrivée de l'autre malade peu de temps après, avec des lésions de la gorge entièrement semblables et dans le cours d'une phthisie avancée, comme dans le cas précédent, nous permet maintenant de compléter cette observation, et il ne me paraît pas probable que nous ne la suivions jusqu'au bout.

Les faits de cette nature sont rares et, à en juger par le silence des auteurs sur cette question, ils auraient généralement passé inaperçus. Les recherches que nous avons faites dans l'ouvrage de Louis, dans la clinique d'Andral, dans le traité de phthisie laryngée de Trousseau et Belloc, ne nous ont rien fait découvrir d'analogue.

A la Société des hôpitaux, la plupart de mes collègues n'ont jamais vu cette lésion de la gorge; mais aucun n'a douté de sa nature.

Dans la discussion qui a suivi la présentation, M. Isambert dit qu'il a vu quelques malades affectés de granulite pharyngienne. M. Hayem a vu aussi un malade offrant une éruption tuberculeuse, à la partie antérieure du voile du palais, de granulations grises ou jaunes. M. Vulpian aurait vu aussi deux cas semblables. Enfin, M. Desnos, dans son article *Angine* du dictionnaire de Jaccoud, M. Fournier, dans une note manuscrite, disent également avoir observé plusieurs fois chez des phthisiques des ulcérations du pilier ou d'autres parties de la gorge semblables à celles que l'autopsie montrait dans le larynx.

A coup sûr, cette rareté n'explique pas suffisamment qu'on ne trouve pas, dans les ouvrages où sont accumulées tant de si bonnes observations de phthisie, un seul fait de ce genre.

Il est probable que l'angine tuberculeuse a été vue, mais qu'on en a méconnu la nature et le caractère. Ce n'est pas cependant que le diagnostic offre de bien grandes difficultés.

Au début, on peut confondre les tractus blanchâtres, disséminés dans le fond de la gorge, ou avec les vésicules de l'herpès (angine herpétique) ou avec les plaques du muguet ou enfin avec l'angine pultacée.

Mais si l'on se rappelle : 1° Que l'herpès de la gorge se manifeste toujours accidentellement et avec des phénomènes fébriles aigus, que sa durée est toujours éphémère, qu'une rougeur assez vive accompagne constamment l'érosion superficielle que la chute de l'épithélium laisse après elle ;

2° Que l'angine pultacée se montre aussi dans le cours d'une affection aiguë et est le phénomène initial de la scarlatine ;

3° Que pour le muguet, si le doute est plus admissible puisque cette affection parasitaire se développe surtout dans le cours des affections chroniques et en particulier dans la phthisie, cependant les points qui constituent cette exsudation au début ne tardent pas à se rejoindre et à s'étendre sous forme de concrétion molle, peu adhérente, et sous laquelle la muqueuse est comme dépouillée de son épithélium, mais ne subit pas d'ulcérations profondes ; qu'enfin le muguet ne se circonscrit pas à un point de la gorge, mais s'étend sur toute la surface de la muqueuse pharyngienne ou buccale, tandis que la lésion que nous avons sous les yeux tend

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 mai.

à gagner en profondeur, il est impossible de méconnaître cette dernière.

Enfin, on a pu confondre quelquefois l'angine pharyngée avec les angines chronique, syphilitique, scrofuleuse, et avec celte dernière surtout, en raison des conditions communes qui président au développement de la scrofule et de la phthisie; quelques-uns diraient, de l'identité de ces deux maladies.

Je me suis étendu, dans une conférence précédente, sur les caractères qui appartiennent à l'angine syphilitique et à l'angine scrofuleuse; je les résume brièvement.

Pour l'angine syphilitique, à la période secondaire, ce sont les plaques muqueuses, c'est-à-dire de petites élevures, grises, opalines, plus ou moins confluentes et s'étendant sur une partie plus ou moins considérable des amygdales ou des piliers; ou bien des ulcérations plus profondes entamant le derme, pultacées ou rougeâtres, arrondies et douloureuses, mais beaucoup plus rarement.

A la période tertiaire, c'est-à-dire lorsque l'angine prend la forme ulcéreuse, on trouve des ulcérations à bords irréguliers, déchiquetés, décollés, parfois dans une étendue assez considérable, et une inflammation assez vive des bords de l'ulcération. Enfin, cette sorte d'angine a une marche envahissante, donne lieu à des pertes de substance étendues et profondes, atteignant toute l'épaisseur du tissu et pouvant même déterminer la névrose des surfaces osseuses. Enfin, les commémoratifs, les accidents syphilitiques de nature variée que le malade aura présentés, viendront singulièrement éclairer le diagnostic.

L'angine scrofuleuse affecte aussi la forme ulcéreuse, et peut également déterminer des pertes de substance profondes et même des perforations, mais elle affecte un siège particulier, le fond du pharynx (Isambert). Ce sont, en outre, des ulcérations irrégulières, à bords sinueux, à surface inégale et mamelonnée, presque indolentes, sans bords taillés à pic ni décollement et couvertes d'un enduit mou, purulent, qui donne à la surface de l'ulcère un aspect grisâtre. Enfin ces pertes de substance se terminent par des cicatrices d'une forme particulière, d'un blanc nacré, étroites, étoilées, comme le dit fort bien M. Isambert.

L'angine que nous étudions se rapproche beaucoup de cette dernière. C'est ainsi qu'elle est caractérisée à son début par de petites saillies grisâtres, isolées d'abord, puis se groupant par petites masses les unes à côté des autres. A ce niveau, la muqueuse est tuméfiée, mais n'offre qu'une rougeur médiocre. Bientôt, des ulcérations plus ou moins étendues, mais d'abord petites et limitées, se réunissent pour former des ulcérations plus considérables, irrégulières, anfractueuses, qui peuvent s'étendre notablement en profondeur. Le caractère dominant de ces ulcérations qui respecteraient, d'après Isambert, le fond du pharynx et le larynx, est la présence dans les parties malades de petites granulations dont l'aspect rappelle la granulation grise; d'où la conclusion, en raison du degré de phthisie avancée des malades, que ce sont des ulcérations tuberculeuses.

Le fait a été démontré pour le larynx et la langue; je ne doute pas qu'il en soit de même pour la gorge. C'est également l'opinion d'Isambert, qui regarde ces sortes d'angines comme liées d'ordinaire à des poussées granuleuses du poumon, et il considère cette forme de phthisie comme une phthisie aiguë du pharynx. Je ne crois pas qu'on puisse être aussi absolu quant au caractère d'acuité, quoique nos deux faits paraissent venir à l'appui de cette opinion.

Ce n'est que par analogie que nous pouvons juger aujourd'hui de la nature de ces ulcérations pharyngées. L'examen pratiqué par M. Hanot sur la matière pultacée des ulcérations ne lui a fait reconnaître que des granulations protéiques, quelques leucocytes altérés, des fragments de cellules épithéliales et quelques champignons du gens *Hystotrix ;* mais le tubercule n'a pas été découvert. Et cela se comprend : pour cela il faudrait détacher des fragments de la muqueuse elle-même, dans l'épaisseur de laquelle se développent les granulations.

Longtemps il a été admis que les ulcérations des muqueuses qui se développent sous l'influence de la phthisie pulmonaire n'étaient que des lésions inflammatoires. Louis, à qui on doit d'avoir le premier insisté sur la coïncidence des ulcérations du larynx dans la phthisie, croit qu'elles sont de nature inflammatoire et n'y a jamais rencontré de granulations tuberculeuses. Suivant cet auteur, la cause de ces ulcérations serait le contact des crachats. C'est également l'opinion de Laënnec pour les ulcérations intestinales. Plus tard, Rousseau et Belloc, Andral, Monneret et Fleury n'admettent pas ou regardent comme exceptionnelle la tuberculisation des muqueuses et en particulier de la muqueuse laryngée.

Les progrès de l'anatomie pathologique, l'emploi du microscope, sont venus démontrer que cette opinion est erronée. Rokistanky à Vienne, l'école allemande tout entière, excepté Rühle (de Berlin), regardent, au contraire, comme la règle la présence du tubercule dans les lésions de la muqueuse respiratoire. Virchow est absolument formel sur ce point, car, admettant pleinement l'opinion de Rokitansky, il écrit à Krishaber (art. *Larynyite*, lettre inédite) : « Le larynx est à recommander à ceux qui veulent étudier le vrai tubercule. »

C'est que, comme le fait observer Virchow, les cliniciens comme Louis, Cruveilhier, Rühle, cherchaient dans le larynx le tubercule caséeux ; or l'état caséeux est un état ultérieur, mais n'est nullement nécessaire, et il est absolument convaincu que la phthisie est due à la tuberculisation de la muqueuse de l'organe.

Nous retrouvons la même opinion en France, dans l'école anatomo-pathologique moderne Hérard et Cornil, Ranvier, Thaon, dont les recherches nombreuses ont parfaitement établi la nature tuberculeuse des ulcérations des phthisiques.

Les derniers travaux sur l'ulcère tuberculeux du larynx sont entièrement d'accord sur cette opinion que la présence des granulations est en quelque sorte leur caractère spécifique et permet de les distinguer des épithéliomas, des ulcérations spécifiques.

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Hémorrhagie cérébrale, hémiplégie et hémianesthésie droites; disparition de l'hémianesthésie par l'action à distance d'un électro-aimant.

Par M. le docteur ROMAIN VIGOUROUX.

Il existe déjà plusieurs faits d'hémianesthésie de cause organique ayant cédé presque instantanément et pour ne plus reparaître à l'emploi de divers agents qui se rattachent plus ou moins directement à l'électricité.

Les deux premiers de ces faits sont ceux relatés dans le rapport de M. Dumontpallier sur la métallothérapie. Il s'agissait de deux malades présentant à la fois l'hémichorée et l'hémianesthésie, par suite d'hémorrhagie cérébrale ancienne. M. Charcot leur fit faire des applications métalliques sous l'influence desquelles la sensibilité revint séance tenante et persiste encore aujourd'hui; en même temps l'hémichorée fut notablement amendée.

M. Magnan a communiqué à la Société de biologie des résultats analogues obtenus sur des malades alcooliques, par l'emploi du galvanisme.

Antérieurement à la communication de M. Magnan, MM. Debove et Regnard avaient également rendu, et d'une façon définitive, la sensibilité à un malade atteint d'alcoolisme. Une seule séance d'électrisation avec deux éléments Trouvé avait suffi. L'observation est restée inédite.

Enfin M. Grasset (de Montpellier) a parlé de l'heureux emploi du courant induit dans les cas de ce genre.

Le cas dont j'ai à entretenir la Société ne présente donc rien de bien nouveau sous le rapport clinique; mais à un autre point de vue il est intéressant, car ici la modification nécessaire pour le retour de la sensibilité a été obtenue par l'action à *distance* d'un aimant, en d'autres termes par une sorte d'induction magnétique.

Le malade en question appartenait à l'hôpital temporaire, service de M. Grancher. Il fut adressé à M. Charcot, qui voulut bien charger M. Regnard et moi d'essayer sur cette hémianesthésie l'effet du grand électro-aimant qui se trouve dans son laboratoire de la Salpêtrière. Cet électro-aimant est animé par quatorze grands éléments de Bunsen disposés en deux séries. Sa puissance magnétique est énorme lorsqu'il est en bon état de fonctionnement; mais, comme on le verra plus loin, le jour de l'expérience cette puissance était considérablement affaiblie.

Je ne donne pas ici les détails relatifs au malade lui-même; ils sont consignés dans l'observation recueillie avec soin par M. Figueroa, externe du service de M. Grancher, et que je transmets à la Société. Il suffit de dire que l'hémianesthésie portait à la fois sur la peau et les organes des sens.

La main droite (côté paralysé) du malade fut placée entre les pôles de l'électro-aimant, dont elle était distante d'environ un centimètre. Ces pôles étaient recouverts d'un linge afin d'éviter le contact éventuel de la main avec une surface métallique.

On interroge de temps à autre la sensibilité en faisant de légères piqûres d'épingle sans entamer l'épiderme.

Au bout de deux minutes ces piqûres sont perçues dans la paume de la main et surtout à la pulpe des doigts.

Après cinq minutes la main tout entière est sensible à la piqûre.

Après dix minutes la sensibilité a reparu dans l'avant-bras et la moitié inférieure du bras; elle ne paraît pas moindre que celle du côté sain.

A ce moment on s'aperçoit que la pile est sur le point d'être complètement épuisée. Comme il faudrait trop de temps pour la recharger, on se décide à continuer l'expérience en employant la galvanisation.

Deux électrodes larges sont mis, l'un sur le front, l'autre sur la jambe paralysée, et l'on fait passer pendant trente-deux minutes le courant de vingt éléments Trouvé. On n'a pas noté la direction du courant, l'expérience ayant montré qu'elle est indifférente en pareil cas.

On verra dans l'observation comment la sensibilité générale est revenue complètement dans cette première séance, tandis qu'une deuxième séance a été nécessaire pour achever de rétablir la perception des couleurs pour l'œil droit. On y verra également l'influence produite sur la force musculaire, etc.

La première séance est du 13 avril; les résultats obtenus persistent aujourd'hui dans leur totalité.

Deux remarques pour terminer : il n'y a pas eu diminution de la sensibilité du côté sain au moment où l'anesthésie a disparu, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de *transfert*; c'est ce qui a été constaté dans tous les cas de ce genre.

Le malade, dont les facultés intellectuelles nous ont paru déprimées, s'est prêté à ces essais avec une insouciance voisine de l'apathie.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. d'ARSONVAL.

Théorie physique de l'oscillation négative.

On sait que, lorsqu'un muscle se contracte, son courant propre subit une variation à laquelle Duboys-Raymond qui l'a découverte, a donné le nom d'*oscillation négative*. Il en a tiré une conséquence considérable, savoir : « *Que la fluctuation négative du courant naturel du repos doit être tenue pour l'expression électrique du processus physiologique du mouvement.*

Il a tenté de donner une explication de ce fait par sa théorie des molécules péripolaires. Je crois que cette *variation négative* est un phénomène purement physique qui n'a pas l'importance physiologique qu'on lui attribue et qui n'a aucun rapport avec l'activité vitale du muscle à laquelle on voulait que cette oscillation négative servît de mesure. Voici les expériences sur lesquelles je me fonde pour combattre la théorie de Duboys-Raymond.

Les remarquables expériences de M. Lippmann ont établi que la tension superficielle sur la surface de séparation de deux liquides différents non miscibles et conducteurs de l'électricité est une fraction de la différence de potentiel de ces deux liquides.

Voici l'expérience capitale de M. Lippman. Deux éprouvettes contenant du mercure recouvert par un liquide conducteur sont placées l'une à côté de l'autre; les deux liquides conducteurs sont mis en communication par une mèche de coton. Les deux masses de mercure communiquent chacune séparément avec un fil de platine qui ne touche pas l'eau acidulée qui surmonte les masses de mercure. Ces deux fils sont mis en communication avec un galvanomètre.

Aucun courant évidemment ne peut se produire; mais, si l'on vient à incliner une des éprouvettes, aussitôt l'aiguille est déviée, indiquant que le mercure de l'éprouvette ponctuée est devenu positif par rapport à celui de l'éprouvette restée droite.

Donc à une augmentation de la surface de séparation de deux liquides correspond une tension positive, et inversement.

Il n'y a pas d'action chimique, c'est une transformation du mouvement en électricité. Comme dans une machine dynamo-électrique, réciproquement un courant électrique traversant la surface de séparation change la forme de cette surface. Et c'est là-dessus qu'est fondé l'électromètre de Lippmann, dont M. le professeur Marey a introduit l'usage en physiologie.

Il est donc bien établi par l'expérience qu'à toute déformation de la surface de séparation de deux corps liquides ou semi-fluides correspond un courant électrique allant de la surface qui augmente à la surface qui diminue.

Eh bien, lorsqu'un muscle se contracte, sa surface diminue; en effet il ne change pas de volume, et la géométrie nous apprend que, de tous les corps ayant même volume, la sphère présente la moindre surface. Le muscle contracté tend donc à devenir sphérique, et par cela seul sa surface diminue d'autant plus qu'on se rapproche davantage de son équateur. D'après ce que nous avons établi plus haut, toute surface qui diminue devient négative, et inversement; il est donc facile d'expliquer pourquoi l'équateur du muscle devient négatif et son tendon positif lors de la contraction.

Inversement, si on augmente la surface d'un muscle, on doit avoir une oscillation positive au lieu d'une oscillation négative. C'est en effet ce qui a lieu. Voici comment je dispose l'expérience pour cela. Un premier muscle qu'on fait contracter tire sur un second muscle qui s'allonge sous l'influence de cette traction. On voit alors le muscle contracté donner une oscillation négative et le muscle allongé une oscillation positive. Si on accouple les deux muscles par leurs pôles de même nom, on n'a plus d'oscillation ni positive ni négative; les deux actions se neutralisent.

S'il en est ainsi, on peut produire l'oscillation négative sur tout corps qui diminue de surface, et l'oscillation positive sur tout corps dont la surface augmente. C'est en effet ce qui a lieu, et j'ai pu reproduire les deux effets sur toute espèce de corps, caoutchouc, éponges, muscles morts, etc....

Il résulte de ces expériences que l'oscillation négative n'est que la conséquence du changement de surface du muscle au moment de la contraction.

Une autre preuve est fournie par les expériences du professeur Marey. Le célèbre physiologiste a enregistré les variations électriques du cœur pendant sa contraction au moyen de l'électromètre Lippmann et en même temps la courbe myographique. Ces deux courbes se correspondent exactement et sont semblables, ce qui prouve que chaque changement de surface du cœur est traduit par une variation correspondante de l'état électrique.

J'ai observé que l'oscillation négative a lieu également sur un muscle tendu, quoique plus faible. Il n'y a pourtant pas là de changement de forme apparent du muscle, ce qui semble contredire ma théorie. La contradiction n'est qu'apparente. Le professeur Ranvier a vu qu'un muscle tendu qu'on fait contracter sous le microscope présente de remarquables changements de formes qui ont lieu dans ce qu'il a appelé les disques épais dont la surface de contact avec le liquide clair qui les sépare change de superficie au moment de la contraction. Nous avons encore là un changement de surface, qui se passe dans l'élément lui-même ; il n'est donc pas étonnant qu'un fragment de muscle, une seule fibre puisse donner la variation négative.

Il n'est donc pas nécessaire, pour expliquer cette oscillation, d'admettre une polarité ou plutôt une péripolarité comme le fait Duboys-Reymond.

Nous conclurons donc en disant :

1° Que l'oscillation négative tient exclusivement aux changements de surface qui ont lieu dans l'intimité du muscle lors de sa contraction ;

2° Que cette oscillation négative n'appartient pas en propre aux tissus vivants, puisqu'on peut la provoquer à volonté sur toute espèce de corps ;

3° Enfin, que, si on veut lui conserver une signification physiologique, on doit la considérer comme synonyme de variation de surface.

Dans des communications ultérieures j'étudierai l'oscillation négative du nerf et l'origine du courant propre musculaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 mai 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

De l'influence de la direction des courants continus. — M. ONIMUS. Dans une thèse d'agrégation que M. le docteur Tessier fils vient de soutenir *sur la valeur thérapeutique des courants continus*, nous trouvons quelques objections aux lois que nous avons cherché à établir sur l'influence de la direction des courants. M. Teissier se fonde principalement sur des expériences récentes de M. Chauveau et sur une opinion de M. Vulpian ; c'est surtout aux objections faites par ces deux savants que nous avons à cœur de répondre.

Il y a déjà trois ans que nous avons fait remarquer à M. Vulpian, dans une réponse aux théories sur les nerfs vaso-moteurs qu'il opposait à celle que nous proposions avec Ch. Legros, que l'on arrivait à des résultats forcément erronés si l'on appliquait, comme faisaient la plupart des expérimentateurs, les courants continus *directement* sur les nerfs. — (*Des congestions actives et de la contraction autonome des vaisseaux. — Gazette hebdomadaire.*)

En plusieurs occasions, nous avons insisté sur ce fait que, comme le disait Faraday, le courant voltaïque est une *action chimique* en circulation, tandis que les courants induits ont surtout une action mécanique. Il est impossible de faire passer un courant continu à travers un tissu quelconque, sans avoir immédiatement aux deux points d'application des actions chimiques. L'expérience la plus simple et la plus convaincante est de plonger dans un tube N, où se trouve de l'eau amidonnée et de l'iodure de potassium, les deux pôles d'un appareil à courant continu. Aussitôt, il y a décomposition chimique, et l'eau amidonnée est colorée en bleu.

Il faut que tous les expérimentateurs sachent que, chaque fois qu'ils mettent directement les réophores d'un courant continu sur un nerf, *si courte que soit la durée de ce courant, et si faible qu'il soit*, il se produira instantanément des effets électrolytiques. Ce n'est plus alors l'influence du courant électrique, qui agit seul, mais bien l'action chimique déterminée par l'application des pôles directement sur les nerfs.

Aussi, lorsque M. Vulpian dit qu'il obtient l'arrêt du cœur avec les courants continus, parce qu'il obtient réellement cet arrêt en appliquant directement sur le muscle cardiaque un courant de pile Bunsen ou de piles analogues, nous avons le droit de dire que l'action des courants est presque effacée par la formation de bases et d'acides à l'état naissant dans le tissu même, et que cette expérience ne prouve rien quant à l'influence électrique proprement dite.

De même, lorsque MM. Chauveau et Vulpian électrisent *directement* les nerfs vaso-moteurs, ils doivent toujours obtenir une action cautérisante et, par suite, un resserrement des vaisseaux. Si au contraire, on faisait l'expérience comme nous l'avons instituée, soit sur la patte d'une grenouille, pour observer la circulation au microscope, expérience que nous avons répétée devant la Société de biologie, soit sur l'oreille d'un lapin, sans agir directement sur les nerfs, on n'obtiendrait plus les mêmes phénomènes, et MM. Chauveau et Vulpian pourraient se convaincre de la vérité de ce que nous avons avancé, à savoir que le courant ascendant amène le resserrement des vaisseaux, et cela très-nettement, comparativement au courant descendant qui provoque, quelques secondes après son passage, une dilatation vasculaire. Cette différence dans *ces conditions* est tellement nette que Longet avait pu la faire voir à son cours de physiologie, et qu'il avait même fait construire un petit appareil pour rendre ces phénomènes plus visibles à tous les élèves.

Nous en dirons autant pour les nouvelles expériences de M. Chauveau qui fait passer directement à travers le nerf sympathique un courant de pile, courant qui amène d'ailleurs chez l'animal de la douleur, et qui arrive à cette conclusion : « Que le courant descendant a exercé également une excitation manifeste sur les nerfs vaso-moteurs de la tête, mais cependant moins énergique que celle qui s'est exercée par le courant ascendant. » Ce qui m'étonne, c'est même cette légère différence, car l'action chimique est identique, et, comme elle est plus active au pôle négatif, l'excitation périphérique pourrait même être plus forte avec un courant ascendant.

Il faut, dans tous les cas, renoncer à appliquer les réophores des courants continus directement sur les nerfs, car toutes les expériences faites dans ces conditions, et nous disons également cela pour nos expériences personnelles, sont entachées d'une forte dose d'erreur, si l'on a cherché ainsi à juger de la valeur thérapeutique des courants continus. Le nerf doit toujours être fortement protégé par une couche d'autres tissus, et, comme le prouve très-nettement l'électrisation des nerfs moteurs, l'excitation électrique arrive ainsi jusqu'aux filets nerveux aussi bien qu'en agissant directement.

Pour la moelle, nous ferions la même remarque, et avec un léger courant, mais provenant de *piles à action chimique très-faible*, on peut facilement voir la différence des courants selon leur direction, sur une grenouille ayant absorbé un peu de strychnine.

Ce n'est pas seulement pour défendre notre opinion, fondée sur des expériences nombreuses, et répétées pendant plusieurs années, que nous insistons sur ces faits. L'excitation unipolaire et les différentes lois de l'électrotonus sont absolument interdites par les lois que nous avons établies. Nous sommes, il est vrai, ainsi en opposition avec des savants de premier ordre en France et surtout à l'étranger, mais nous avons pour nous des faits bien constatés, et l'autorité de savants tels que Becquerel et Matteucci.

Quant à dire, avec M. Bénédikt, que « l'efficacité thérapeutique des différentes directions des courants » se borne à « des présomptions théoriques, » je m'élève absolument contre cette manière de voir, qui d'ailleurs n'apporte aucune preuve à l'appui.

Certes, comme nous l'avons écrit nous-même dans la préface de notre *Guide pratique de l'électrothérapie*, les conditions cliniques deviennent plus compliquées, les lois physiologiques perdent de leur rigueur scientifique, et il faut de plus tenir compte et des erreurs de diagnostic et du tempérament différent des malades ; mais vouloir élever ce scepticisme nihiliste à la hauteur d'une théorie, c'est tomber dans une erreur réelle.

J'ai déjà dit à la Société de biologie, en deux occasions, combien, dans la tétanie par exemple, la différence de direction était sensible, au point que, devant plusieurs personnes, je pouvais à coup sûr indiquer, rien que par les réactions éprouvées par le malade, quelle était la direction du courant.

Sans insister sur les nombreux faits cliniques analogues que nous avons observés nous-même, nous trouvons dans la thèse même de M. Tessier une preuve convaincante de l'influence en thérapeutique de la direction des courants. M. Tessier père, employant les courants continus chez des malades atteints d'ataxie locomotrice, a observé les faits suivants : Chaque fois qu'il appliquait sur la colonne un courant descendant, il provoquait un flux hémorrhoïdal ; chaque fois, au contraire, qu'il employait un courant ascendant, il n'y avait pas de tendance hémorrhoïdale, mais de l'excitation cérébrale. Nous avons personnellement constaté ces divers phénomènes sur des malades et sur nous-mêmes ; ils peuvent ne pas exister chez toutes les personnes, et, de fait, ils ne s'observent certes pas toujours ; mais, est-ce une raison pour les nier et pour ne pas profiter de ces indications ? Est-ce parce que l'opium ne fait pas dormir tous les malades, qu'il n'a pas réellement une action soporifique? Enfin, dans le grand nombre de conditions qu'offre la clinique, et dans le dédale des faits accumulés sans ordre des méthodes électro-thérapiques, il est de la première importance d'avoir des points de repère autour desquels on puisse grouper les détails ; c'est le seul moyen de marcher un peu plus sûrement et moins empiriquement. Dans tous les cas, nous avons le droit, après avoir étudié ces questions sous toutes leurs faces, de demander que, pour les discuter et les contredire, on se place dans les mêmes conditions d'observation et d'expérimentation.

M. LELOIR expose à la Société le mode d'évolution ultime de la lésion qu'il a décrite dans les cellules épidermiques.

La cavité formée dans le centre de la cellule augmente de plus en plus ; le protoplasme devient corné et prend un aspect filamenteux ; bientôt les cellules s'ouvrent les unes dans les autres, constituant des lacunes pleines de leucocytes. Alors la coupe de la végétation ressemble, à s'y méprendre, à une coupe de pustules varioliques.

M. VIDAL dit que ce mode d'altération se rencontre dans les bulles du pemphigus, toutes les pustules, etc.

M. LELOIR répond que les cellules épidermiques une fois creusées d'une cavité centrale se comportent probablement partout de la même façon.

Ce sur quoi il insiste, c'est sur le mode de formation de cette cavité ; mode de formation non décrit et complètement différent de l'altération vésiculeuse.

Séance du 18 mai 1878. — Présidence de M. LUYS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Anatomie pathologique de la métrite chronique. — M. DE SINETY fait une communication sur ce sujet. L'anatomie pathologique de cette maladie, dit-il, est incomplètement connue par suite du défaut d'autopsies, cette maladie n'étant pas mortelle. Cependant on sait depuis longtemps qu'on rencontre des granulations en plus ou moins grand nombre dans la cavité utérine. On peut distinguer trois formes : 1° l'une dans laquelle ces granulations sont composées presque uniquement de glandes hypertrophiées (Robin); une seconde dans laquelle on a affaire à un bourgeon embryonnaire semblable à un bourgeon de plaie cutanée suppurante ; une troisième, enfin, dans laquelle on trouve un très-grand nombre de vaisseaux à diamètre normal ou à grand diamètre qu'on peut observer à l'œil nu. Ces trois formes correspondent aux trois formes cliniques : dans l'hypertrophie glandulaire, on observe une augmentation de la sécrétion ; dans la seconde forme, une suppuration abondante, et dans la troisième, des hémorrhagies. Que devient le tissu utérin dans tous ces cas? Dans les cas peu anciens il se fait une hypertrophie du tissu conjonctif périvasculaire, puis une véritable sclérose de ce tissu. On ne constate aucune lésion des fibres musculaires lésées.

De la pellagre. — M. CAZENAVE-LAROCHE fait connaître les résultats de ses recherches sur la pellagre. Suivant lui, le maïs doit être exonéré du reproche qui lui a été adressé de produire la pellagre. En effet, dans bien des endroits, le maïs forme actuellement la base de l'alimentation ; et cependant, dans ces pays, la pellagre est, pour ainsi dire, un objet de curiosité. D'autre part, on voit la pellagre dans des pays où il n'y a pas de maïs. C'est donc une erreur que d'accuser cette céréale de produire la pellagre. Cette maladie reconnaît surtout pour cause la misère physiologique et les mauvaises conditions hygiéniques, jointes à des conditions climatériques particulières.

M. LABORDE demande à M. Cazenave-Laroche s'il n'a jamais constaté la pellagre chez des gens riches.

M. CAZENAVE-LAROCHE répond que l'on peut rencontrer la pellagre chez des gens riches nés de parents misérables, parce que la pellagre est héréditaire au même titre que la phthisie.

M. LABORDE rappelle que M. Fua (de Padoue), qui a chanté le maïs et toutes ses vertus, lui attribue le pouvoir d'exciter certaines facultés, en particulier les facultés intellectuelles et génératrices. Il demande à M. Cazenave-Laroche ce qu'il y a de fondé dans ces assertions.

M. CAZENAVE-LAROCHE répond que M. Fua a sans doute exagéré les effets du maïs ; il n'en est pas moins vrai que le maïs exerce une action excitante et que l'on peut rapprocher de ce fait que dans les symptômes pellagreux c'est la folie qui domine.

Théorie physique de l'oscillation négative. — M. D'ARSONVAL fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Hémorrhagie cérébrale, hémiplégie et hémianesthésie droites, disparition de l'hémianesthésie par l'action à distance d'un électro-aimant. — M. ROMAIN VIGOUROUX communique, sous ce titre, une observation du service de M. Charcot à la Salpêtrière. (Voir plus haut.)

Du rapport des maladies du pharynx et des oreilles. — M. GELLÉ fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

VARIÉTÉS.

M. le docteur E. Fournié est sur le point de publier une œuvre très remarquable intitulée *Application des sciences à la médecine*. Nos lecteurs nous sauront gré de détacher quelques pages du chapitre spécial dans lequel l'auteur expose l'état actuel de l'anatomie et de la physiologie.

HISTOLOGIE ET THÉORIE CELLULAIRE.

PAR M. LE DOCTEUR ÉDOUARD FOURNIÉ.

I

Il est une maladie déplorable, et pour le moins singulière, qui, depuis le commencement de ce siècle, pousse une certaine catégorie de nos savants nationaux à considérer l'Allemagne comme source de toute lumière et de tout progrès. Les premiers symptômes de cette vésanie remontent à l'époque de la première publication de Mme de Staël sur l'Allemagne. Les littérateurs, les philosophes, furent d'abord les propagateurs du contage, et ils s'acquittèrent de ce

soin avec un enthousiasme digne d'une meilleure cause. Vinrent ensuite certains savants qui, trouvant l'attention publique occupée par les hautes personnalités qui ont illustré la France depuis 1830 jusqu'à nous, reculèrent devant la tâche, assurément difficile, de souder de nouveaux anneaux à la chaîne scientifique, et préférèrent étudier, chez nos voisins, la science qu'ils ne savaient pas faire chez nous. Cette incursion en Germanie a pu servir les intérêts de quelques-uns ; mais la science française en a retiré peu de chose, et le plus clair de ses acquisitions consiste en quelques néologismes d'une utilité plus que douteuse, qui trop souvent servent de passe-port facile à quelques ambitions illégitimes. Écoutons M. Robin, qui est sans contredit l'homme de France le plus compétent en ces matières :

« Tout *expliquer*, dit-il, n'est plus qu'un jeu pour qui sait dire habilement d'un tissu lésé que, devenant le siège d'un *processus actif*, l'irritation *envahit ses cellules* qui *subissent* un *travail de nature irritative*: que le *processus irritatif*, s'y produisant, amène ici la transformation ou la dégénérescence graisseuse de leur *protoplasma*, c'est-à-dire des phénomènes chimiques, et qu'ailleurs il amène la *suractivité formatrice* avec *prolifération du noyau* se métamorphosant ou non ; mais, il faut le dire, sous la plume de l'écrivain seulement, car, dès qu'il s'agit de constater cette transmutation, l'accord cesse et l'observation montre que ceux qui la nient sont dans le vrai (1). »

On ne saurait critiquer plus finement l'abus des importations germaniques. Mais cette critique nous aide à comprendre pourquoi Virchow, dans un moment d'*humour*, désigne certains de nos savants sous le nom de *micrographes de l'Ouest* (2). Naturellement ! N'est-ce pas de l'Orient que nous vient la lumière?

L'engouement pour la science allemande a été poussé si loin, dans ces dernières années, que beaucoup de personnes s'imaginent que l'histologie, et tout ce qui touche au microscope, est de provenance germanique. Ce qui va suivre fera justice de cette erreur.

Faisons la part de l'instrument d'abord. S'il est vrai que l'invention du microscope est due à un Hollandais du nom de Janssen (1590), il n'est pas moins certain que cet instrument a rendu ses plus grands services, depuis le moment où Selligues eut l'idée de le perfectionner par l'application des lois de l'achromatisme. Le premier microscope achromatique a été construit par Chevallier, et présenté à l'Académie des sciences au mois d'août 1824 (3).

Quant aux travaux micrographiques, il est incontestable qu'ils n'ont pas été poursuivis en France avec la même ardeur enthousiaste qu'à l'étranger ; mais les hommes qui, chez nous, se sont exclusivement adonnés à ces travaux, ont su maintenir l'anatomie microscopique dans une voie progressive, tout en se défendant des systèmes, aussi retentissants qu'inutiles, qui nous arrivaient en grande pompe de l'Orient.

Dans l'appréciation de cette question, on ne saurait se dispenser de faire la part des systèmes, des théories, des hypothèses, et celle des notions définitivement acquises à la faveur du microscope. Les premiers ont eu un retentissement qui a souvent donné le change sur le nombre et l'importance des dernières.

Examinons donc d'abord les théories qui ont été inspirées par les travaux micrographiques.

La plupart de ces théories sont confondues aujourd'hui sous le nom de *théorie cellulaire*, parce que le mode de formation et de développement des cellules en est la base commune.

De Mirbel, botaniste français, est le premier qui ait admis la cellule comme unité organique et point de départ des autres tissus :

« Le végétal, dit-il, est, dans l'origine, formé essentiellement d'un simple tissu cellulaire, qui subit des modifications diverses par l'effet du développement (4).

« Les tubes et les vaisseaux des plantes, dit-il encore, ne sont que des cellules très-allongées (5). »

(1) Ch. Robin, *Anatomie et physiologie cellulaires*, p. 627.

(2) Vircohw, *Pathologie cellulaire*, p. 51.

(3) P. Broca, *Traité des tumeurs*, t. Ier, p. 29:

(4) Mirbel, *Mémoire sur l'origine, le développement et l'organisation, du liber et du bois*, lu à l'Académie des sciences en 1827.

(5) Mirbel, *Exposition de la théorie de l'organisation végétale*. Paris, 1809. Ces citations sont empruntées à M. Robin, *Anat. et phys. cellulaires*, p. 561.

Ces affirmations ne sont point de simples vues de l'esprit ; de Mirbel a constaté le renflement de la cellule en ampoule et son développement en tube. Il admettait trois modes de génération cellulaire : les générations intra-utriculaire (endogène), superutriculaire (exogène ou gemmation) et interutriculaire (formation libre) ; mais il insistait sur ce fait que « ce n'est pas par l'alliance d'utricules d'abord libres que le tissu cellulaire des plantes se produit, mais par la *force génératrice* d'un premier utriculaire, qui en *engendre* d'autres doués de la même propriété » (prolifération cellulaire de Virchow).

« Ces cellules, ajoutait-il enfin, sont autant d'individus vivants, jouissant chacun de la propriété de croître, de se multiplier, de se modifier dans certaines limites, et qui sont les matériaux constituants des plantes. La plante est donc un être collectif (adopté aussi par Virchow) (1). »

On voit, par ces citations, que les principaux dogmes de la *théorie cellulaire* avaient été formulés bien avant que les Allemands eussent inventé le nom de *théorie cellulaire*.

A peu près à la même époque, un autre botaniste, Turpin, publiait un ouvrage intitulé : *Organographie microscopique, élémentaire et comparée des végétaux. Observations sur l'origine et la formation primitive du tissu cellulaire, sur chacune des vésicules composantes de ce tissu considérées comme autant d'*INDIVIDUALITÉS DISTINCTES, *ayant leur centre vital particulier de végétation et de propagation, et destinées à former par agglomération l'individualité composée de tous les végétaux dont l'organisation de la masse comporte plus d'une vésicule* (2). Ce titre n'a pas besoin de commentaires ; il prouve clairement que toutes les idées fondamentales que l'on a réunies depuis sous le nom de *théorie cellulaire* avaient été exprimées et en grande partie démontrées par Turpin. Comme particularité, nous nous bornerons à dire que Turpin était partisan du développement endogène et de la cellule type.

« Un arbre, dit-il, *comme tout autre être organisé*, commence par un seul globule ; ce globule, propagateur de sa nature, se creuse, devient vésiculaire ; des parois intérieures de cette vésicule naît, par extension, une nouvelle génération de globules également propagateurs ; ceux-ci, en grossissant et en remplissant toute la capacité de la *vésicule mère* qui ne peut plus les contenir, font que cette dernière se déchire et verse une génération d'individus nombreux qui forment masse, qui se fondent plus ou moins entre eux, et continuent à leur tour à engendrer de nouveaux individus, à en multiplier le nombre, à augmenter l'étendue de la masse (3). »

De Mirbel n'osa pas appliquer sa manière de voir aux tissus animaux ; Turpin osa faire cette application, mais sans en démontrer les conditions ; Dutrochet, en 1824, fut tout à fait affirmatif sur ce point :

« Tout dérive, dit-il, de la cellule dans le tissu organique des végétaux, et l'observation vient de nous prouver qu'il en est de même chez les animaux (4). »

En 1825, Raspail soutenait les mêmes thèses dans des travaux remarquables : « Tout tissu animal ou végétal, dit-il, ne serait qu'une modification de cette structure (cellulaire) ; les vaisseaux se formeraient de la même manière dans l'un comme dans l'autre règne, en sorte qu'il ne me paraît pas éloigné, le temps où, sans être taxé d'orgueil et de témérité, l'on pourra porter ce défi purement scientifique : Donnez-moi une vésicule dans le sein de laquelle puissent s'élaborer à mon gré d'autres vésicules, et je vous rendrai le monde organisé (5). » La prophétie ne se réalisa pas, évidemment, mais

(1) Mirbel, *Cours complet d'agriculture*, in Robin, p. 563.

(2) Turpin, *Mémoires du Muséum d'histoire naturelle*, 1826, t. XVIII, p. 161, in Robin, p. 559.

(3) Citation empruntée à M. Robin, p. 560.

(4) Dutrochet, *Recherches sur la structure intime des animaux et des végétaux*. Paris, 1824.

(5) Raspail, *Recherches physiologiques sur les graines et le tissu adipeux* dans le *Répertoire d'anatomie et de physiologie* de Breschet, t. III, p. 174. Paris, 1827. Citations empruntées à Broca. *Traité des tumeurs*, t. I, p. 30.

ce furent les Allemands, et en particulier Schleiden, qui s'en approprièrent la formule et lui donnèrent un semblant de consécration.

A la même époque, 1826, Royer-Collard exposait les mêmes idées, mais d'une manière plus complète, devant la Société anatomique.

Le compte rendu de Lenoir pour l'année 1826 nous apprend, en effet, que Royer-Collard reconnaissait trois degrés successifs d'organisation :

« 1° *L'état organique amorphe*, qui, dans les productions normales, porte le nom de *succus formativus*, et dans les productions morbides le nom de *lymphe plastique*; c'est ce que les Allemands appellent le *blastème*; 2° *l'état globuleux* succède au précédent; il est permanent chez les animaux inférieurs; il n'est que transitoire dans l'embryon des êtres dont l'organisation est plus élevée; mais il se retrouve encore dans quelques tissus adultes et dans certaines productions pathologiques; 3° *l'état fibreux et laminaire*, enfin, est l'état définitif des tissus compliqués (1). »

En 1829, G.-L. Duvernois s'exprimait en ces termes :

« Des vésicules arrondies, globuleuses ou de forme plus ou moins allongée, composent les tissus vivants de tous les corps organisés ; mais la molécule élémentaire de leurs tissus inertes peut être à facettes, comme cela se voit dans les parties terreuses des animaux. Ces vésicules en forment d'autres, qui, par leur rapprochement, par la compression variée qu'elles exercent les unes sur les autres, prennent différentes figures. Tel est le premier degré de l'organisation de ces tissus.

« Lorsque ces cellules forment des membranes roulées sur elles-mêmes pour figurer des tubes ou des vaisseaux, il en résulte une complication, une perfection d'organisation qui distingue, dans les deux règnes, les animaux et les végétaux les plus simples de ceux dont l'organisation, plus compliquée, nous paraît plus parfaite (2). »

Au mot *vésicule* on n'a qu'à substituer celui de *cellule* pour avoir la preuve, qu'à cette époque, la doctrine de la constitution des organismes complexes par une infinité d'éléments était déjà classique, grâce aux travaux des savants français.

Pendant que de Mirbel, Turpin, Dutrochet, Raspail, Royer-Collard, exposaient les dogmes fondamentaux de la théorie cellulaire et ne laissaient plus rien à faire sur ce point, d'autres observateurs, spécialement préoccupés de la naissance et du développement de l'embryon animal, recueillaient des faits nouveaux qui ont fourni à l'histogenèse ses principaux documents. C'est ainsi que Dumas et Prévost, en 1825, entrevoyaient deux fois sur l'ovaire de la chienne l'*œuf* inclus dans la vésicule de Graaf avant qu'Ernest de Baer découvrit formellement cet organe (1). Les mêmes auteurs avaient déjà démontré que les spermatozoïdes pénètrent à travers l'enveloppe albumineuse de l'œuf jusqu'à la surface du vitellus, en arrosant des œufs de grenouille avec du sperme qu'ils avaient pris soin de colorer (2). Enfin, Dumas et Prévost avaient signalé, les premiers, le phénomène si important de la segmentation du jaune (3).

(1) Citation empruntée au texte de M. Broca, *Traité des tumeurs*, t. I, p. 31.

(2) *Dictionnaire des sciences naturelles*, t. LVIII, p. 82, article *Vie*. 1829.

(1) *Annales des sciences naturelles*, 1re série, t. III, p. 135.
(2) *Ibid.*, *ibid.*, 1re série, t. II, p. 129.
(3) *Ibid.*, *ibid.*, *ibid.* p. 129.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour deux places de chirurgien au bureau central s'ouvrira le lundi 17 juin 1878, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription sera clos définitivement le vendredi 31 mai, à trois heures.

Le tribunal de Poitiers a rendu le 4 mars dernier le jugement suivant qui intéresse vivement le corps pharmaceutique :

« Le tribunal, attendu qu'aucune disposition de la loi du 28 avril 1816 n'autorise à admettre que ses auteurs aient entendu comprendre dans la catégorie des boissons usuelles assujetties aux taxes fiscales les breuvages pharmaceutiques qui constituent de véritables médicaments;

Que non-seulement l'interprétation restrictive ainsi donnée à la pensée du législateur est confirmée par la longue application déjà faite de la loi dont il s'agit, suivant la maxime : *Optima est legum interpres consuetudo*; mais que l'Administration de la Régie a reconnu elle-même, en termes exprès et formels, que la législation qui lui est spéciale n'atteint pas les remèdes ou médicaments, même lorsqu'ils se présentent à l'état de liqueurs (décision du Conseil d'administration, n° 584);

Attendu que, le droit se trouvant de la sorte précisé, il ne s'agit plus au procès que de rechercher en fait si les vins de quinquina en général, et spécialement le *Vin de Séguin*, constituent à proprement parler des boissons usuelles ou des médicaments; qu'à cet égard, il suffit de se reporter aux ouvrages de médecine sur la matière pour demeurer convaincu que les vins de quinquina administrés, tantôt comme agents actifs et curatifs, tantôt comme agents réparateurs, ne peuvent jamais être employés impunément et à doses indéterminées ;

Qu'il suit de là qu'ils constituent bien un médicament qui doit, à ce titre, être considéré comme exempt de toute taxe fiscale;

Par ces motifs, renvoie Charrière et Astié des fins de la poursuite, déclare nulle et de nul effet la saisie faite à leur préjudice, et condamne l'Administration de la Régie aux dépens.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 60. — JEUDI 23 MAI 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 23 MAI 1878. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Burdel (de Vierzon), correspondant de l'Académie, et M. Després, candidat pour la section de médecine opératoire, ont été appelés à la tribune pour des lectures. M. Burdel a lu un travail sur l'action fébrifuge de la quinoïdine dans le traitement des fièvres telluriques. La quinoïdine, d'après M. Burdel, posséderait des propriétés éminemment fébrifuges, à peu près analogues à celles que possède le quinium. Elle serait supérieure à la quinine dans le traitement des fièvres quartes et de la cachexie tellurique. Il faut, il est vrai, la donner à plus hautes doses et plus longtemps. M. Burdel ne nous dit pas si le prix relativement minime de la quinoïdine, comparé à celui de la quinine, compense l'élévation des doses et la plus longue continuité d'administration. Ce ne serait là, à la rigueur, qu'une considération secondaire; la première, quand il s'agit d'un médicament étant de guérir plus sûrement. Il ne s'agit d'ailleurs pas, dans la pensée de M. Burdel, de détrôner la quinine et de la remplacer par la quinoïdine, mais bien de lui donner un auxiliaire qui peut, dans quelques cas déterminés, lui être substitué avec avantage, la quinine restant d'ailleurs le médicament par excellence de l'intoxication tellurique aiguë. Tel est, en quelques mots, l'objet du travail de M. Burdel, qui a acquis, comme on le sait, une grande expérience dans l'étude et le traitement des fièvres palustres.

L'objet de la lecture de M. Després a été de faire connaître un résultat heureux de l'application du drainage des os dans l'ostéomyélite et d'exposer les indications de cette méthode de thérapeutique chirurgicale.

M. Chassaignac est rentré dans la discussion sur le pansement des plaies. Il a apporté au débat le tribut de sa grande expérience et de ses longues études cliniques, sur les effets du drainage et sur les pansements par occlusion emplastique. Nous aurions besoin d'avoir l'argumentation de M. Chassaignac sous les yeux pour pouvoir en apprécier la valeur spéciale au point de vue des faits. Au point de vue des principes et des indications générales qui guident sa pratique, son argumentation se résume dans ces deux points, qui en sont comme l'objectif : protéger les plaies contre les agressions du dehors; assurer la libre sortie de tout ce qui peut leur être nuisible. C'est là, en somme, le but final que se proposent la plupart des chirurgiens. Ils diffèrent entre eux par les moyens de l'atteindre. Quel est le meilleur? C'est ce qu'il faudra définitivement dégager de cette discussion. Mais il n'y a pas apparence qu'elle soit encore close de sitôt.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Méningite chez un malade atteint de coxalgie double. Mort.

Dans une précédente leçon sur la coxalgie (1), je signalais les symptômes alarmants que présentait un de nos jeunes coxalgiques. Après plusieurs jours de malaise, il accusa de la céphalalgie persistante. Sa physionomie était notablement altérée. La prescription d'un éméto-cathartique ne produisit aucune amélioration et ne fit pas cesser le mal de tête. La fosse iliaque droite fut explorée : elle n'était pas douloureuse. Il n'y avait pas de diarrhée; une éruption apparut à la base du thorax, mais c'était un véritable herpès, et elle ne ressemblait guère aux taches rosées. Cependant nous avions songé, pendant les premiers jours du mois de janvier, à la possibilité d'une fièvre typhoïde. Je vous ai rappelé sa marche insidieuse chez les malades dans nos salles de chirurgie. La situation du malade a été ainsi sans caractère bien accusé durant près de quinze jours. Nous avons dû abandonner le diagnostic de fièvre typhoïde parce que la température est restée à 37° 5; nous avons posé comme beaucoup plus probable le diagnostic de méningite, et bientôt le doute ne fut plus possible.

Un matin, en effet, la situation s'est accusée très-nettement : le malade a été pris d'une violente agitation. Il a perdu connaissance et il est resté dans un état comateux très-prononcé. Il a présenté de la contracture des membres : le pouls, point important à noter, était traînant, à 50 ou 55 pulsations par minute.

Nous avons donc affaire à une méningite : était-elle tuberculeuse, ou bien tenait-elle au rhumatisme, d'une façon plus ou moins déterminée? Je suis porté à croire plutôt à une méningite tuberculeuse. J'ai prescrit le bromure de potassium à très-haute dose; les sinapismes réitérés aux membres inférieurs; un vésicatoire à la nuque.

Le lendemain, le coma avait beaucoup diminué, mais les pupilles étaient très-contractées; la sensibilité existait encore : il n'y avait eu ni vomissements, ni selles. Les signes évidents de la méningite avaient donc disparu; mais rien n'est plus commun que ces rémis-

(1) Voir le numéro du 14 mai.

sions très-marquées qui durent deux ou trois jours, puis sont suivies rapidement de nouveaux phénomènes pathognomoniques. Je vous ai mis en garde contre ces améliorations passagères, et j'ai maintenu la gravité du pronostic.

Il découle de ce fait une considération pratique très-importante : dès que vous verrez survenir dans la marche d'une maladie quelque phénomène insolite, *il faut toujours en chercher l'explication* ; en présence d'un symptôme quelque peu suspect, il faut toujours passer en revue tous les cas dans lesquels il peut être observé, toutes les hypothèses qu'il comporte.

La céphalalgie persistante était un symptôme alarmant chez notre jeune homme; immédiatement, nous avons songé à la fièvre typhoïde et à la méningite. La première ne se dessinant pas nettement, la seconde était inévitable. C'est là un fait très-important pour le médecin; il doit toujours prévoir les éventualités fatales, et, lors même qu'il n'y a plus d'espoir pour sauver le malade, il ne faut pas tarder à poser le pronostic fatal. Le soin de la responsabilité médicale exige que le médecin montre bien qu'une affection ne lui a pas échappé, et qu'il a prévu, même à longue date, les échéances fatales.

On voit, par exemple, des méningites analogues à celle de notre malade durer quinze, vingt ou trente jours, même après l'apparition des premiers phénomènes.

Or, pour prévoir ces éventualités, il ne faut pas croire qu'il est nécessaire d'être doué d'une sorte d'intuition spéciale de double vue, il suffit tout simplement de se laisser guider par des principes, par une méthode rigoureuse. En un mot, chaque fois qu'un fait insolite se produit, il faut absolument en chercher l'explication. Ainsi, une céphalalgie intense et persistante s'est déclarée ; nous devions immédiatement songer à une fièvre typhoïde ou à une méningite.

Il n'est pas rare, d'ailleurs, d'observer cette terminaison dans les cas de coxalgie. C'est même de cette fréquence relative qu'est venu un préjugé très-répandu dans le monde. On dit souvent au médecin que, lorsqu'on redresse un membre atteint de coxalgie, on nuit à l'enfant, parce que le mal se reporte ailleurs, et surtout sur le cerveau. Il est évident que ce n'est pas le redressement qui amène, par une sorte de métastase, les phénomènes pathologiques du côté du cerveau. Ce qui est vrai, c'est que les coxalgies se développent très-souvent chez les scrofuleux, et que les scrofuleux sont aussi très-exposés à la méningite tuberculeuse ; il n'est donc pas surprenant de rencontrer chez beaucoup de sujets la manifestation de leur constitution scrofuleuse, à la fois sur les deux points les plus menacés, les méninges et les articulations.

C'est pour cette raison que le médecin devra toujours se défier des troubles cérébraux qu'il observerait chez ses coxalgiques, et les surveiller avec le plus grand soin ; en effet, un dénouement fatal n'est pas loin.

C'est ce qui est arrivé chez notre malade. Après une évolution qui a duré environ vingt-deux jours, sa méningite s'est terminée par la mort. Elle a présenté, dans toute sa durée, ce caractère particulier qu'il n'a eu que très-peu de contractures et très-peu de convulsions. Le coma a été plus persistant; cependant, deux jours avant sa mort, le malade avait encore repris connaissance. Il est regrettable qu'un obstacle nous empêche de faire l'autopsie, non pas pour confirmer le diagnostic qui est incontestable, mais pour examiner la surface des hémisphères cérébraux, au point de vue des localisations cérébrales. Cette recherche eût été intéressante chez notre sujet, précisément à cause du caractère particulier qu'a présenté son affection : absence presque complète de contractures et de convulsions ; il eût donc été utile d'examiner avec soin les régions des centres moteurs, vers la scissure de Sylvius et le sillon de Rolando.

Il nous reste, en perdant ce jeune homme dans notre service, une consolation que nous n'avons pas toujours dans nos salles de chirurgie : c'est que ce malade n'est pas mort victime de notre thérapeutique ou de nos opérations. Il a succombé à une complication naturelle, que nous ne pouvions ni empêcher ni prévoir.

Anthrax. — Anthrax des lèvres.

Nous avons en ce moment, dans notre service, un grand nombre de malades atteints d'anthrax, qui se terminent tous de la façon la plus bénigne.

Tous ces malades sont porteurs d'anthrax de petite dimension, ne présentant aucun caractère envahissant. Nous n'avons fait aucune incision avec le bistouri, et ils guériront tous naturellement.

Deux d'entre eux avaient subi en ville des incisions faites tardivement : les malades auraient, dans ce cas, aussi bien guéri sans intervention. Pour tous, vous voyez donc que, *lorsqu'ils ne souffrent pas trop*, je m'abstiens des incisions, et je me contente des cataplasmes et des pansements désinfectants. Cela ne veut pas dire que je condamne les débridements qui peuvent être très-nécessaires ; mais je ne les crois pas utiles lorsque l'écoulement du pus se fait bien à travers ces ouvertures en pommes d'arrosoir, qui sont caractéristiques de l'anthrax.

Nous avons aussi, dans nos salles, deux malades atteints d'*anthrax des lèvres* ; je tiens à vous en parler, parce que je veux rectifier une note que j'ai publiée autrefois, vers 1863, à ce sujet.

A cette époque, en effet, j'avais perdu successivement, à la suite d'anthrax de cette région, deux étudiants en médecine et plusieurs autres malades dans ma clientèle, qui même avaient paru très-légèrement atteints au début. J'avais donc observé toujours, sauf une exception, une terminaison fatale; j'ai alors publié une note où j'ai représenté le pronostic de l'anthrax des lèvres comme devant être très-grave.

Je dois modifier cette assertion : depuis cette époque, j'ai observé plusieurs cas bénins et suivis d'une rapide guérison. Actuellement encore, dans ce service, vous pouvez voir un gros et robuste garçon, qui porte un anthrax de la lèvre supérieure, assez douloureux; nous n'avons cependant rien fait, et une semaine a suffi à sa guérison.

Un autre malade, âgé de quarante ans, qui n'a subi ni privations ni surmènement, et qui n'a aucune apparence cachectique, porte un anthrax limité de la lèvre inférieure. Il n'a pas de fièvre, et la douleur est moindre que chez le précédent. Il est guéri par le même traitement, expectant pour ainsi dire.

Beaucoup d'auteurs ont insisté avec raison sur le caractère particulièrement douloureux que présente l'anthrax des lèvres (Wagner, Reverdin, Desprès, etc.).

En un mot, je crois qu'il faut faire à l'anthrax des lèvres un pronostic un peu moins sombre que je ne l'ai établi autrefois, et, pour l'exprimer par des chiffres, je noterai que j'ai vu douze cas de mort, à la suite d'anthrax des lèvres, et quatre cas de guérison.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT

Par le docteur Lœwenberg.

I

La pathologie du nez, du pharynx nasal (1) et des trompes d'Eustache s'est éclairée d'un jour nouveau, lorsque la rhinoscopie a dévoilé ces parties auparavant cachées. Parallèlement à ce progrès considérable, des résultats importants ont été obtenus pour le traitement des affections de ces régions, si essentielles pour la respiration, la phonation et l'ouïe.

Un des premiers résultats que cette méthode ait donnés entre les mains mêmes de son inventeur, l'éminent physiologiste Czermak, fut la découverte d'un groupe particulier de tumeurs siégeant dans le pharynx nasal et entravant, de la façon la plus sérieuse, les fonctions

(1) Nous appellerons *pharynx nasal* la partie de cet organe qui est supérieure au voile du palais, supposé relevé jusqu'à l'horizontale ; le *pharynx buccal* commencera, pour nous, au-dessous de ce septum, et se continuera en bas par le *pharynx laryngien*.

de cette région, ainsi que celles de l'oreille moyenne et des fosses nasales.

Plusieurs auteurs, marchant sur les traces de Czermak, ont apporté un contingent d'observations au sujet que nous traitons ici.

Nous-même, grâce à la méthode rhinoscopique que dès longtemps nous appliquons à l'étude des complications pharyngiennes de certaines affections auriculaires, nous avons pu, un des premiers, ajouter quelques données nouvelles à celles déjà acquises, aussi bien par rapport à la méthode d'examen elle-même et à son incontestable utilité qu'à une connaissance plus intime de l'affection qui nous occupe.

Nos premières observations ont fourni la matière d'un mémoire publié en 1865 (1) dans la seconde livraison du IIe volume des « Archives d'Otologie. » Ce mémoire porte le titre suivant :

« Sur l'utilisation de la Rhinoscopie et d'une nouvelle douche naso-pharyngienne pour le diagnostic et le traitement des affections de l'oreille et de la cavité pharyngo-nasale » (32 pages). Voir le résumé dans divers journaux : l'*Union médicale* et le *Bulletin général de thérapeutique.*

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal sont spécialement propres à l'enfance et à l'adolescence ; arrivées à un certain développement, elles impriment au sujet une apparence caractéristique, un type bien connu de tout le monde, mais dont on méconnaît généralement les conditions d'origine, ainsi que nous allons l'exposer plus loin. Obstruant par leur volume le pharynx nasal, ces tumeurs rendent impossible la respiration par le nez et forcent le malade à rester la bouche béante jour et nuit, donnant ainsi à la physionomie une expression particulière d'hébètement. La même cause rend la prononciation vicieuse dans un grand nombre de cas. Presque toujours, l'oreille moyenne est atteinte aussi, et l'ouïe est diminuée, souvent à un degré effrayant. Outre cela, la santé générale finit, dans bon nombre de cas, par être compromise, à moins que l'art n'intervienne à temps pour couper court à la cause du mal, et par là à ses suites désastreuses.

En considérant donc, d'une part, les conséquences si graves de l'affection en question, et, d'autre part, le succès complet et durable avec lequel nous pouvons la combattre, nous croyons de notre devoir d'appeler l'attention générale sur cette maladie, d'autant plus qu'elle se rencontre très-fréquemment et que, malgré l'ensemble très-frappant des symptômes causés par la présence des tumeurs adénoïdes pharyngiennes, les véritables causes du mal sont généralement cherchées ailleurs, au grand détriment du malade, ainsi que nous l'avons constaté maintes et maintes fois.

Nous commencerons cet exposé par un aperçu historique de nos connaissances à ce sujet.

Historique. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ont été entrevues par Czermak, dès ses premières tentatives rhinoscopiques, dans un cas décrit aux pages 41 et suiv. de son livre (2).

L'observation qu'il rapporte peut se résumer ainsi : En exécutant le cathétérisme de la trompe d'Eustache pour un cas d'otorrhée bilatérale, Czermak éprouvait de très-grandes difficultés toutes les fois qu'il essayait d'insuffler de l'air dans la caisse du côté gauche, chose qui, au contraire, réussissait aisément à droite.

Il constata au miroir rhinoscopique que le bec de la sonde s'engageait bien dans le pavillon de la trompe droite, mais qu'à gauche, le regard ne pouvait pas le suivre jusqu'à l'endroit correspondant. « Il y avait ici, dit-il, deux gonflements pathologiques de la muqueuse, se développant en avant et en haut de l'arc pharyngo-palatin, qui s'étendaient jusqu'à proximité de l'ouverture de la trompe d'Eustache...

« Ces tumeurs, dont une partie affectait la forme d'une crête de coq, et dont la base était la paroi latérale du pharynx, étaient enclavées entre la paroi postérieure du pharynx et le voile du palais qu'elles comprimaient un peu à droite par la partie supérieure. »

Après Czermak, Türk et M. Semeleder ont observé des tumeurs de formes diverses, ayant également le pharynx nasal pour siège.

Notre mémoire déjà cité, publié en 1865, contient une partie des résultats de nos études personnelles ; on y trouve, entre autres, cinq cas de tumeurs adénoïdes pharyngiennes observés par nous à Paris, de 1863 à 1865. Comme le titre du mémoire l'indique, nous envisagions alors ces tumeurs surtout au point de vue de leur action sur l'oreille, et on trouvera constamment les traces de cette préoccupation dans nos observations.

Le chapitre intitulé « Des conséquences de la pharyngite chronique » renferme ces cinq observations.

En voici une qui peut servir de spécimen-type :

Observation n° 1. — M. L. B..., âgé de quinze ans (en 1864), très-lymphatique et très-grand pour son âge, est atteint depuis longtemps d'une inflammation catarrhale chronique du nez, du pharynx et de l'oreille moyenne. Les deux fosses nasales et les deux oreilles sont atteintes, et il existe, des deux côtés, une surdité assez considérable, en même temps que des bourdonnements fort pénibles. Respiration nasale gênée, bouche continuellement béante, salivation abondante, prononciation vicieuse, surtout pour les consonnes *m* et *n*, que le malade remplace par *b* et *d*. « Névralgies » de la tête très-fréquentes et très-prolongées.

Outre les symptômes classiques du catarrhe des fosses nasales et des caisses tympaniques, voici les données les plus saillantes mises à jour par l'examen otoscopique et pharyngoscopique du malade. Les deux tympans sont extrêmement minces et d'une concavité exagérée. On voit, des deux côtés, le manche du marteau, et par transparence la branche inférieure de l'enclume ; leurs bouts inférieurs semblent se confondre avec une large plaque jaunâtre à bords diffus.

La montre est entendue à droite jusqu'à 2 centimètres, à gauche, à 2 centimètres 1|2 (une bonne oreille l'entend à 60 centimètres). Le son est mieux perçu au contact avec les os du crâne.

La paroi postérieure du pharynx est couverte de granulations. L'examen rhinoscopique démontre *immédiatement* l'existence d'une tumeur très-singulière, d'un rose pâle, large d'environ 25 millimètres, longue de 12 millimètres. Son bord inférieur est lobé et entaillé comme une *crête de coq.* Elle est insérée au-dessus des ouvertures postérieures des fosses nasales dont elle cache la partie supérieure ; mais nul rapport n'existe, en réalité, entre elle et ces deux cavités. Celles-ci, en tant que visibles au miroir rhinoscopique, se montrent entièrement remplies par les cornets très-fortement grossis et recouverts de masses sécrétées extrêmement compactes.

Il est impossible de reconnaître l'extrémité gutturale de la trompe d'Eustache droite, ni son embouchure ; on a beau répéter l'examen, on ne peut s'orienter dans cette région, tant elle présente d'excroissances et de dépressions alternant les unes avec les autres. Pourtant, le cathétérisme et le procédé de Politzer réussissent parfaitement, bien qu'avec difficulté ; donc, le pertuis existe, et il est perméable ! Le sondage se pratique sans obstacle à gauche ; en regardant en même temps à l'aide du rhinoscope, on voit le bec de la sonde pénétrer dans l'orifice, ce qui n'a jamais pu être observé à droite.

La description précédente est empruntée en grande partie à notre mémoire ; elle contient, de plus, quelques détails que nous avons constatés après sa publication ; nous allons maintenant compléter l'observation, en en relatant brièvement la suite et la fin, et en exposant de quelle façon nous avons agi pour obtenir la guérison complète des troubles causés par l'affection, soit au siège même de la maladie, soit dans les organes voisins.

Quelque temps après la publication du mémoire, le malade, en levant le voile du palais d'une façon inusitée, pendant que nous inspections le fond du pharynx buccal, nous montra une plaque très-résistante, de la grandeur d'une pièce d'un franc, faisant saillie au milieu de la paroi postérieure du pharynx bucco-nasal. Il n'y avait nulle trace d'inflammation. L'apparition pour ainsi dire brus-

(1) La dernière livraison du volume ayant paru seulement en 1867, le titre définitif de celui-ci porte cette dernière date ; mais la seconde livraison qui contient notre mémoire a été réellement publiée en 1865. Nous tenons à rétablir les dates véritables, méconnues par plusieurs auteurs, mais qui se trouvent respectées dans l'article critique de *l'Union médicale.*

(2) *Du laryngoscope*, etc. Éd. française, Paris, 1860.

que de cette tumeur ne laissa pas que de nous inquiéter, et nous crûmes utile de fortifier notre diagnostic en soumettant le cas à l'avis de notre regretté maître et ami Adolphe Richard, qui émit une opinion rassurante.

Le malade fut traité par des gargarismes et des injections naso-pharyngiennes contenant de l'alun ; outre cela, nous employions le cathétérisme, combiné avec l'injection de solutions astringentes dans les trompes d'Eustache et les caisses des tympans. Régime fortifiant, eaux sulfureuses, bains de mer, etc. Ces soins, continués pendant longtemps, entretenaient la santé générale et l'ouïe dans un état relativement satisfaisant; mais nous ne pouvions obtenir une guérison complète. Un traitement plus énergique devenait donc nécessaire; il paraissait d'autant plus urgent de l'appliquer qu'il se déclara par la suite une série d'accidents très-sérieux: c'était d'abord une otite moyenne aiguë du côté gauche, suivie de la perforation du tympan et d'un écoulement purulent. Les soins usuels amenèrent bien vite la cicatrisation de la perforation et la cessation de l'écoulement. Puis, quelque temps après, pendant une interruption complète et prolongée de tout traitement, il survint un abcès dans l'intérieur de l'apophyse mastoïde gauche avec son cortège de symptômes si effrayants à juste titre ; il a fallu perforer cet os pour donner issue à un pus extrêmement fétide, etc., etc. Après la guérison de cette maladie incidente, la nécessité absolue d'attaquer le mal à la racine s'imposait. A l'aide d'une pince, nous procédions à l'enlèvement de la tumeur en crête de coq et nous obtenions la disparition des excroissances du pharynx, de la plaque et des granulations du gosier par des cautérisations répétées. Ce n'est que depuis lorsque l'ouïe est restée non-seulement parfaite, mais nous a paru, dans des essais comparatifs fréquemment répétés, dépasser même l'acuité moyenne. De plus, l'obstacle apporté jusque-là à la respiration nasale étant définitivement écarté, tous les troubles secondaires causés par la suppression de cet acte physiologique ont disparu peu à peu d'une manière plus ou moins absolue; il a fallu pourtant une attention soutenue pour faire disparaître l'ouverture permanente de la bouche et une vraie gymnastique phonétique pour avoir raison de la détestable prononciation du malade.

La suite de cet exposé nous montrera que l'observation que nous venons de relater brièvement représente un cas type de tumeurs adénoïdes du pharynx nasal et de leurs conséquences (avec cette restriction que l'otite moyenne causée par ces tumeurs ne gagne l'apophyse mastoïde que tout à fait exceptionnellement dans les cas de cette nature).

Les autres observations de tumeurs adénoïdes du pharynx, contenues dans notre mémoire de 1865, trouveront, en partie, leur place dans le courant du présent travail. Elles ont été relatées surtout au point de vue spécial de leur importance pour l'oreille moyenne ; celles qui n'ont rapport qu'aux entraves que ces tumeurs apportent souvent aux manœuvres opératoires spéciales, principalement au cathétérisme de la trompe d'Eustache, seront supprimées pour abréger cet exposé.

Les cas extrêmement nombreux qu'il nous a été donné d'observer depuis seront utilisés également pour la description de la maladie, pour son diagnostic et pour la manière de la guérir. Nous mettrons à profit aussi un excellent travail du docteur Meyer, de Kopenhague (voir son mémoire paru dans les Archives d'otologie, de 1873 à 1874) (1).

Notre confrère danois a observé 175 cas de ces végétations siégeant dans le pharynx nasal et dont 130 se compliquaient d'affections auriculaires.

(1) W. Meyer : *Ueber adenoïde Wucherungen in der Nasenrachenhœhle.*

DE L'EMPLOI ALIMENTAIRE DU CACAO

par le docteur A.-J. Petit.

Le cacao, très-estimé dans les pays étrangers comme aliment très-hygiénique, est peu connu en France. Il mérite cependant d'attirer l'attention du médecin, et nous allons, en nous appuyant sur le témoignage de M. Chevallier (de l'Académie de médecine), faire connaître à nos lecteurs le *cacao Van Houten.*

Cette préparation se présente sous l'aspect d'une poudre d'une couleur jaune brun, d'une odeur intense spéciale au cacao de bonne qualité, qui a subi la torréfaction. L'examen au microscope permet de reconnaître que cette poudre obtenue du cacao torréfié, puis broyé, n'est dénaturée par l'addition d'aucune matière étrangère au cacao. Or, si le cacao Van Houten se présente ainsi au consommateur, on ne doit pas oublier que l'addition des matières étrangères au cacao est très-fréquente et dénature un produit destiné aux malades.

Traitée par l'eau distillée à l'aide de la chaleur, jusqu'à l'ébullition qui est maintenue pendant quelques minutes, la solution obtenue de ce traitement a été, après refroidissement, traitée par l'eau iodée. Celle-ci n'a pas fourni la coloration bleue que donne leur solution semblable préparée, soit avec le chocolat en tablette qui a été dénaturé par l'addition de matières féculentes, soit par la poudre de cacao falsifiée.

M. Chevallier, dès longtemps familiarisé avec les falsifications des substances alimentaires, avait, depuis plus de deux ans, fait remarquer que la fécule naturelle au cacao ne fournit pas, par l'eau iodée, la coloration en bleu que fournissent les chocolats allongés soit de farine dite *fleur de blé*, soit avec la fécule des poudres de cacao qui ont été allongées de farine de maïs. (Voir le Journ. de chimie médic., avril 1853.)

De cette analyse de M. Chevallier, on doit conclure que le cacao Van Houten, fabriqué à Weesp (Hollande), est un produit normal obtenu par le choix et la torréfaction des amandes du cacao, amandes qui sont pulvérisées après la torréfaction. Il ne contient pas de sucre, mais seulement de la poudre des amandes de cacao.

En résumé, ce produit mérite d'être recommandé aux malades et convalescents. Il appartient au médecin de le populariser et de lutter ainsi contre les produits inférieurs falsifiés vendus sous le nom de chocolat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mai 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie que le décès de M. Barth laisse vacant le siège qu'il occupait au Conseil supérieur de l'instruction publique comme représentant de l'Académie, et qu'il est nécessaire d'aviser à son remplacement.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, diverses sources d'eaux minérales ; 2° le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Plombières pour l'année 1876 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° un pli cacheté déposé par M. Léon Thomas, interne des hôpitaux (accepté) ; 2° une lettre de M. le docteur J. Lacaze (de Montauban), qui sollicite le titre de membre correspondant national.

PRÉSENTATIONS

M. Th. Roussel présente, au nom de M. le docteur Monteils, une brochure intitulée : *Identité de la variole et de la varicelle.*

M. Bourdon présente, au nom de M. le docteur Souligoux, médecin de Vichy, une brochure intitulée : *Étude sur les alcalins.*

M. Bouchardat, au nom de M. le docteur Debout, présente une brochure sur le traitement des coliques hépatiques à Contrexéville.

M. Wurtz, au nom de M. le docteur A. Gauthier, présente le deuxième volume d'un ouvrage intitulé : *Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène.*

LECTURES

Action fébrifuge de la quinoïdine. — M. BURDEL (de Vierzon) lit un travail intitulé : *De l'action fébrifuge de la quinoïdine dans le traitement des fièvres telluriques.*

M. Burdel se résume en disant que cette résine alcaloïde possède des propriétés éminemment fébrifuges, et que ces propriétés fébrifuges sont, à peu de chose près, analogues à celles que possède le quinium;

Que, comme le quinium, la quinoïdine peut être donnée d'une manière certaine dans les fièvres intermittentes telluriques et souvent bénignes;

Mais que c'est spécialement dans les fièvres quartes et la cachexie tellurique que, comme le quinium, la quinoïdine possède une action fébrifuge marquée; que, dans ces cas même, elle est supérieure à la quinine;

Que, comme tous les fébrifuges analogues, la quinoïdine doit être donnée pendant trois, quatre et même cinq semaines à doses continues, mais espacées ;

Que le prix relativement minime de la quinoïdine comparé à celui de la quinine et du quinium est le seul et principal motif qui doit faire donner la préférence à cette résinoïde dans les types de fièvres ci-dessus indiquées.

Enfin, la quinoïdine, pas plus que le quinium, ne peut espérer détrôner la quinine ; elle ne peut que la suppléer, souvent lui être un auxiliaire, mais non la remplacer, si ce n'est dans les fièvres quartes et la cachexie. Dans les fièvres telluriques aiguës, c'est d'abord et avant tout la quinine qui doit constituer le traitement primitif et principal. Dans l'état chronique, c'est au contraire aux résines alcaloïdes que l'on doit donner la préférence.

Drainage des os atteints d'ostéomyélite. — M. DESPRÈS, candidat pour la section de médecine opératoire, donne lecture d'un travail sur ce sujet et présente à l'Académie un malade auquel il a fait l'application de la méthode dont il s'agit. De l'observation de ce malade et des réflexions qui l'accompagnent M. Desprès tire les conclusions suivantes :

Dans l'ostéomyélite aiguë avec fracture spontanée des os longs, l'on peut conserver le membre malade : 1° par une incision allant jusqu'à l'os, suivant les préceptes adoptés par Morven Smith, MM. Broca et Gosselin, 2° par des débridements sur les parties atteintes d'abcès de voisinage, 3° en passant un drain dans le foyer de la fracture spontanée, à travers les abcès ouverts autour de l'os.

Le drain doit être laissé en place une année au moins, de façon à placer la nécrose centrale des os dans les conditions d'une nécrose superficielle au fond d'une plaie des téguments avec perte de substance.

Le drainage des os atteints d'ostéomyélite, comme les désarticulations faites dans les mêmes conditions, est une opération que l'on exécute pendant que les malades ont de la fièvre. Mais la gravité du drainage, égale à celle d'une ouverture d'abcès, étant infiniment moins sérieuse que la désarticulation, le drainage paraît préférable.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les pansements.

La parole est à M. Chassaignac.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PANSEMENTS.

M. CHASSAIGNAC rappelle qu'après M. Richet, qui a pratiqué avec succès la désarticulation de la cuisse, il a obtenu le même résultat sur un malade qu'il a opéré à l'hôpital Lariboisière, le 13 octobre 1860. Ce malade avait été pansé par le mode d'occlusion qu'il a mis en pratique, sans aucune interruption, pendant toute la durée de son service dans les hôpitaux de Paris. M. Chassaignac, à l'occasion de ce fait, soumet à l'Académie une particularité opératoire, puis il passe à la partie du débat qui a trait au pansement des plaies, et il résume son argumentation par les conclusions suivantes :

Deux indications fondamentales doivent dominer le traitement des plaies : protéger les plaies; assurer la libre sortie de ce qui leur est nuisible.

C'est tout ce que le rationalisme le plus correct peut se proposer dans le traitement des plaies.

Dans l'état actuel de la pratique, tous les modes de pansement peuvent se rattacher à deux classes : 1° ceux dans lesquels on emploie les tubes à drainage; 2° ceux dans lesquels on ne les emploie pas.

Il est un mode de pansement qui, dans les plaies par écrasement et dilacération de la main et du pied, préserve d'une manière à peu près certaine de l'infection purulente, résultats obtenus par Ad. Richard et par M. Desprès : c'est le pansement par occlusion emplastique, tel qu'il se trouve formulé dans le mémoire publié dans les Archives de médecine de Paris, en mai 1852, par M. le docteur Trastour.

Tout sujet, affecté d'une suppuration chronique, traumatique ou non, est à l'abri de l'infection purulente, tant qu'il ne subit pas d'opération chirurgicale.

Il y a deux grandes classes de traumatismes chirurgicaux : le traumatisme à vaisseaux ouverts et le traumatisme à vaisseaux fermés.

Autant l'infection purulente est fréquente dans le traumatisme à vaisseaux ouverts, autant elle est rare dans le traumatisme à vaisseaux fermés.

La théorie de M. Pasteur a déjà rendu à la chirurgie d'importants services que nous serions mal venus à méconnaître. Elle a engendré deux des meilleures méthodes de pansement: celle de notre collègue M. Alph. Guérin et celle de Lister. La question n'est pas tout entière contenue dans le point de savoir s'il vaut mieux trier les germes ou s'il suffit de les empêcher d'arriver à la plaie. Mais, puisque ces deux méthodes ne sont nullement inconciliables avec ce qu'il y a de bon dans les méthodes connues jusqu'ici, il est évident qu'elles ajoutent puissamment à ce que nous savions, à ce que nous faisions, et dès lors elles ont droit à une attention sérieuse de la part de tous ceux qui s'intéressent à la solution de ce problème difficile : Quel est le meilleur mode de pansement des plaies?

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS.

HISTOLOGIE ET THÉORIE CELLULAIRE (1).

PAR M. LE DOCTEUR ÉDOUARD FOURNIÉ.

II.

A la même époque, Coste inaugurait la belle carrière dans laquelle il s'est illustré par la découverte de la *vésicule germinative* dans l'œuf des mammifères. Cette découverte lui permit de compléter celle de de Baer, et de lui donner sa véritable signification physiologique. On sait, en effet, que de Baer comparait l'œuf des mammifères à la vésicule que Purkinge venait de découvrir dans l'œuf des oiseaux. C'était comparer et identifier un tout complet à une partie de ce tout. Une pareille assimilation devait réduire à néant les résultats de la découverte, si Coste n'eût pas démontré que, dans les œufs des mammifères, il existe une vésicule germinative analogue à celle de Purkinge (2). En 1837, Coste démontrait encore qu'à l'époque du rut, les œufs, chez les mammifères, tombent *spontanément* de l'ovaire. Enfin, un peu plus tard, il constatait avec d'autres embryologistes l'existence des deux feuillets du blastoderme qui doivent, avec le feuillet moyen, donner naissance aux organes de l'embryon.

Les quelques citations qui précèdent doivent nous suffire pour prouver que les théories qui ont été inspirées par les études micrographiques ne sont pas sorties, de toutes pièces, de chez nos voisins d'outre-Rhin. Cette vérité ressortira encore bien mieux de ce qui va suivre.

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 mai.

(2) Coste, *Recherches sur la génération des mammifères*, Paris, 1834.

Peu d'années après que ces idées furent exprimées, et que ces faits démontrés furent portés à la connaissance de tous, apparaissait le premier ouvrage allemand sur la matière. Schleiden, l'auteur de ce travail, intitulé *Beitrage ueber Phytogenesis* et qui parut dans *Archiv. für Anat. und Physiol.* (Berlin, 1838), était au courant de la question, et ce qui le prouve, c'est que dans son préambule il s'exprime en ces termes :

« Je puis me passer, dit-il, d'une introduction historique, car, à ma connaissance, on n'a fait jusqu'ici aucune observation directe sur le développement des cellules des plantes. On sait depuis longtemps que les prétendues cellules primitives de Sprengel sont des grains solides d'amidon, *et m'occuper du travail de Raspail ne me semble* pas compatible avec la dignité de la science. »

C'est ainsi que Schleiden se débarrasse des droits acquis à la priorité.

« Voilà une dignité utilement comprise, s'écrie justement M. Broca à ce propos ; mais le geai de la fable, au moins, n'insultait pas le paon (1). »

La constitution de la cellule était déjà connue depuis longtemps. R. Brown, en 1831, avait découvert le noyau dans les cellules des asclépiadées et des orchidées (2). Schleiden désigne le noyau sous le nom de cytoblaste, le nucléole sous celui de petit noyau, et, pour paraître tout à fait original, il admet que tout autour du noyau se développe une vésicule transparente, représentant un petit segment de sphère aplati, analogue à un verre de montre appliqué sur sa sertissure. D'après Virchow, cette membrane sphérique « est célèbre sous le nom de forme en verre de montre » (3). Nous ne nous en serions jamais douté.

Cette vésicule ne serait que le commencement du développement de la membrane cellulaire, qui, peu à peu, en s'agrandissant, prendrait la forme sphérique et conserverait sur un point de sa surface le cytoblaste infortuné.

Quant à la naissance des cellules, elle serait des plus simples d'après Schleiden : le nucléole apparaît d'abord formé par de petites granulations ; puis un amas granuleux se dispose autour du nucléole pour former le noyau, et enfin la membrane cellulaire se développe, comme nous l'avons dit plus haut.

Si l'on en excepte ces particularités singulières sur la constitution et le développement des cellules, particularités d'ailleurs dont Vogt et Coste ont démontré la fausseté, Schleiden a exposé, touchant les transformations des cellules en fibres, en tubes, les mêmes idées que de Mirbel, Turpin et Dutrochet.

Schleiden n'avait appliqué sa théorie qu'à la naissance et au développement des végétaux. Schwann, quelque temps après, appliqua cette même théorie à la naissance et au développement des tissus animaux. S'inspirant des premiers travaux de de Baer et de Coste sur l'œuf des mammifères, Schwann considéra ce dernier comme une cellule primaire se développant comme les cellules végétales de Schleiden : la tache germinative serait le nucléole, la vésicule germinative représenterait le noyau et la membrane vitelline serait la paroi de la cellule (4).

Quant aux cellules elles-mêmes, il les faisait provenir de la substance amorphe au milieu de laquelle on trouve les cellules et qu'il désignait pour ce motif sous le nom de *cytoblastème*. La formation des cellules, dit-il, est à la nature organique ce que la cristallisation est à la nature inorganique. Partant de là, Schwann admit que tous les tissus proviennent de cellules plus ou moins transformées et les classa de la façon suivante : 1° Cellules isolées indépendantes (lymphe, sang, mucus, pus) ; 2° cellules indépendantes, formant par leur réunion un tissu lié (épiderme, tissu corné, cristallin) ; 3° cellules dont les parois seules sont soudées entre elles (cartilages, os, dents) ; 4° cellules de tissu conjonctif (tissu cellulaire, élastique, aponévrotique) ; 5° cellules dont les parois et les cavités se confondent (tissu nerveux, muscles, vaisseaux capillaires).

(1) Broca, *Traité des tumeurs*, t. Ier, p. 33.

(2) R. Brown, *Observations on the organs and mode of fecundation in orchideæ and asclepiadeæ*. London, 1831.

(3) Virchow, *Pathologie cellulaire*, p. 9. — Et c'est ainsi que l'on écrit l'histoire !

(4) Schwann, *Mikroskopische Untersuchungen über die Uebereinstimmung in der Structur und dem Wachsthum der Thiere und der Pflanzen*. Berlin, 1838.

Tels sont les fondements de la théorie cellulaire, selon les travaux de Schwann. Il est facile de constater que cette théorie n'est que le développement des idées de Dutrochet ; mais Schwann eut l'incontestable mérite d'étayer cette hypothèse sur un nombre considérable de faits, et il fut considéré, avec quelque apparence de raison, comme le véritable fondateur de la théorie cellulaire. Schwann n'a rien inventé, mais il est juste de dire que ses travaux ont imprimé, surtout en Allemagne, une impulsion salutaire aux recherches micrographiques (1).

Les travaux ultérieurs, tout en confirmant certaines vues générales de la théorie cellulaire, telles que, par exemple, la constitution de l'embryon par des cellules (2), ne tardèrent pas à l'infirmer dans ce qu'elle a de plus fondamental, c'est-à-dire dans la formation même de la cellule et dans les conditions de son développement.

Coste prouva que la cellule ovarique ne se développe pas comme l'entendait Schwann (3).

Vogt et Bergmann démontrèrent comment les cellules dérivent par segmentation du vitellus ou d'autres cellules, et Vogt put affirmer que dans certaines cellules du cartilage la cellule se développe avant le noyau (4).

Vogel, Goodsir, Kölliker, Luschka, Bischoff, Donders, etc., proposèrent des explications nouvelles, touchant la formation des cellules. Vint ensuite Remak, qui, critiquant toutes ces explications et n'acceptant de Schwann que ce qu'il a de fondamental dans la conception de la cellule, professa que *toute cellule provient d'une cellule préexistante* ou par *formation endogène*. Dès lors, la théorie de la *génération équivoque* de Schwann ne fut plus admise : mais celle du *développement continu* inaugurée par Remak ne valait guère mieux, bien qu'elle fût plus en rapport avec les progrès de la science. Remak, mieux éclairé que ses prédécesseurs par les récentes découvertes des embryogénistes, établit une analogie complète entre les cellules et l'ovule et adopta pour la génération des premières un mode analogue à celui de la segmentation du vitellus. La découverte de la vésicule embryogène de Balbiani a montré depuis que l'ovule n'est pas aussi simple que le pensait Remak. Mais, en contemplant les infiniment petits, l'imagination a beau jeu. Remak ne s'en tint pas là, et, appuyé sur l'embryogénie, il admit cette autre hypothèse *que tous les tissus proviennent des cellules embryonnaires*, c'est-à-dire des feuillets externe, moyen et interne de l'aire embryonnaire du blastoderme. Il paraît, en effet, tout naturel que nos tissus prennent leur origine à une source commune, et les cellules embryonnaires arrivaient bien à point pour alimenter cette dernière. Malheureusement, M. Robin a démontré que beaucoup de tissus, beaucoup d'organes se développent alors que l'embryon ne présente plus trace de cellules de provenance vitelline (5).

La théorie cellulaire en était à cette période de son évolution lorsque Virchow parut.

« M. Virchow, dit M. Broca, a beaucoup de talent. Il manie avec habileté une langue qu'il sait à volonté rendre claire ou obscure,

(1) Après que ce nous venons de dire on sera étonné, sans doute, de lire dans le *Traité d'histologie et d'histochimie* de M. Frey (de Zurich), que « c'est à Schwann que revient l'honneur d'avoir considéré, le premier, la cellule comme le point de départ du corps tout entier » (page 73).

On ne sera pas moins étonné de lire dans le *Manuel d'histologie pathologique* de MM. Cornil et Ranvier « que l'histologie, fondée par Bichat (ceci par exemple est du nouveau) a reçu son plein développement depuis que Schwann a appliqué à son étude les résultats découverts par Schleiden dans les tissus végétaux » (page 1). Comment se fait-il que M. Ranvier qui, lui-même, est destiné, nous n'en doutons pas, à devenir un des micrographes les plus autorisés, ne soit pas plus juste à l'égard de ceux qui l'ont précédé dans son propre pays ?

(2) Reichert, *Entwickelungs-Leben im Wirbelthierreich*, Berlin, 1840.

(3) Coste, *Histoire générale et particulière du développement des corps organisés*.

(4) Vogt, *Développement du crapaud accoucheur*, 1842.

(5) Robin, *Anatomie et physiologie cellulaires*, p. 346 et suiv.

suivant les exigences de l'idée qu'il expose. Travailleur passionné, doué d'une imagination pleine de ressources, il excelle à trouver des rapports nouveaux, à forcer des rapprochements entrevus par ses prédécesseurs, à remanier par d'ingénieuses interprétations les faits qu'on pourrait lui opposer, à éclairer l'inconnu par l'inconnu, et à simplifier toutes choses par des générations transcendantes. Puis il a la foi, qui décuple les forces d'un homme, et qui rayonne autour de lui, sur tous ceux qui l'approchent. Il croit à l'unité d'organisation, à l'unité absolue; c'est pour lui un dogme, un principe d'ordre supérieur qui renferme la solution de tous les problèmes, et c'est merveille de voir avec quelle fécondité d'invention il découvre entre les choses les plus dissemblables des points de similitude, avec quelle force d'induction il en conclut que ces choses sont analogues, avec quelle puissance d'abstraction il transforme cette analogie en identité (1). »

La pointe d'ironie avec laquelle cette esquisse est tracée reproduit exactement la silhouette de l'homme qui, dans ces derniers temps, s'est donné comme le second inventeur de la théorie cellulaire.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

(Onzième liste.)

Listes précédentes	7,404 f. 50 c.
MM. le docteur L. de Seré. . . . . . . , .	10 »
le docteur Downarowicz (de Saint-Pétersbourg)	50 »
Total. . . .	7,464 f. 50 c.

(1) Broca, *Traité des tumeurs*, t. I[er], p. 58.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Lailler reprendra ses conférences cliniques, à l'hôpital Saint-Louis, sur les affections cutanées, le vendredi 24 mai, à huit heures et demie précises du matin, et les continuera tous les vendredis à la même heure.

La première séance sera consacrée à l'étude comparative des pièces du Musée de l'hôpital.

— M. le docteur Latteux, chef de laboratoire de la Faculté, recommencera son cours particulier de technique microscopique, le lundi, 3 juin, à quatre heures, dans son laboratoire particulier, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en état de faire toutes les analyses que réclame journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, rue Jean-Lantier, 4, de midi à une heure.

Des variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie, par le docteur LIONET. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. Paris, V[e] Adrien Delahaye et C[e].

Recherches cliniques et expérimentales sur les altérations du sang dans l'urémie et sur la pathogénie des accidents urémiques. — De la respiration de Cheyne Stokes dans l'urémie, par Paul CUFFER, interne des hôpitaux. — Prix : 2 francs. Paris, 1878, in-8°, 79 pages. J.-B. Baillière et fils.

Traitement des coliques hépatiques, à Contrexéville, par le docteur DEBOUT. In-8°. — Prix 1 fr. V[e] Adrien Delahaye et C[e].

Le Directeur : D[r] E. LE SOURD.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Nº 61. — SAMEDI 25 MAI 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 25 MAI 1878. — Nº 61

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des troubles nerveux qui accompagnent les affections utérines.

Dans une série de leçons cliniques professées à l'hôpital de Lourcine, M. Martineau a exposé devant ses élèves, avec le produit déjà riche des observations de ses devanciers, les résultats des études particulières qu'il a été à même de faire, sur les affections utérines, dans les différents services dont il a été chargé et surtout depuis qu'il est médecin de Lourcine où les sujets de ce genre s'offrent avec une si grande abondance. Une partie de ces leçons, celle où M. Martineau a traité de la pathologie générale des affections utéro-vaginales, c'est-à-dire de la pathogénie, de la symptomalogie et de la thérapeutique générale, vient d'être publiée sous le titre de *Traité clinique des affections de l'utérus*. En feuilletant ce livre, nos yeux se sont arrêtés sur un chapitre qui nous a paru particulièrement intéressant et dont nous faisons ici un résumé à l'usage de nos lecteurs. C'est celui qui traite des troubles nerveux qui accompagnent les affections utérines.

Les troubles nerveux qui accompagnent les affections utérines sont excessivement nombreux et variés. Ce sont des névralgies, des anesthésies cutanées, des spasmes, des convulsions, des contractures, des paralysies du mouvement, enfin des vésanies même quelquefois.

L'anesthésie que quelques auteurs disent avoir observée dans le cours des affections de la matrice, doit être rapportée à l'hystérie. M. Martineau n'en a rencontré aucun cas en dehors de cette complication.

Les névralgies sont très-fréquentes, au contraire, non-seulement sur les nerfs du petit bassin, mais encore sur des points du corps plus ou moins éloignés de l'organe malade. Ainsi il n'est pas rare d'observer sur les trajets des nerfs sous-orbitaires et maxillaires des branches temporales et pariétales, des points douloureux tout à fait analogues à ceux du clou hystérique, alors même que l'hystérie n'est pas en cause. M. Martineau a observé, chez une malade atteinte de métrite chronique et qui ne présentait d'ailleurs aucun des symptômes de l'hystérie, une douleur névralgique de ce genre de la région fronto-pariétale, qu'elle comparait à l'action d'une vrille qui perforerait les téguments, revenant à chaque période menstruelle.

Chez une autre malade, M. Martineau a constaté l'existence d'une de ces névralgies térébrantes du sein que l'on a rapportées également à l'hystérie, ce qui leur a fait donner le nom de sein hystérique, et qui n'avait pas d'autre origine que le retentissement sympathique d'une métrite chronique.

Cette femme, au moment de son époque menstruelle, d'autres fois peu de temps avant ou après le flux, est prise dans le sein gauche pendant cinq à six jours, soit d'une douleur sourde, intense, continue, soit d'élancements subits, parfois atroces, qu'un liniment chloroformé suffit ordinairement à calmer.

Parmi les névroses dont s'accompagnent souvent les affections utérines chroniques, on a signalé la névrose laryngo-bronchique connue sous le nom de toux utérine. M. Martineau en a observé à Beaujon un cas bien curieux que voici : La malade était, depuis près d'une année, atteinte d'une toux sèche, incessante, qui avait résisté à tous les traitements dirigés contre elle. Vésicatoires, ventouses sèches et autres révulsifs, calmants opiacés et antispasmodiques n'avaient pu vaincre cette toux nerveuse. Lorsque la métrite chronique, dont cette femme était atteinte, fut guérie et qu'il ne restait plus qu'une antéversion pour laquelle on lui fit porter un pessaire et une ceinture hypogastrique, la toux cessa subitement. Si la malade, par négligence ou par d'autres motifs, omettait de mettre son pessaire ou sa ceinture et laissait le déplacement se reproduire, la toux ne tardait pas à reparaître, pour cesser dès que la matrice était maintenue dans sa position normale.

De même qu'on observe dans les mêmes circonstances des névroses cardiaques, des palpitations douloureuses, des névroses vésicales, ténesme, etc., de même on a constaté aussi l'existence d'une névrose bronchique, se traduisant par des accès de dyspnée et souvent par de véritables accès d'asthme, que l'on a désignés sous le nom d'asthme utérin. Ces accès sont souvent violents, surtout au moment de l'approche des règles; ils ne cèdent qu'à la guérison de l'affection utérine. M. Martineau observe une malade arrivée à l'âge de la ménopause, qui, depuis trois ans, est atteinte d'un asthme présentant ces caractères et notamment la fréquence, la violence, l'intensité des accès au moment où se produisait autrefois le flux menstruel qui se trouve remplacé, ainsi qu'il arrive fré-

quemment, par ces congestions passagères de la face, ces transpirations subites, ces bouffées de chaleur et autres phénomènes si fatigants et si pénibles pour les malades. Des cataplasmes sur le ventre, quelques sangsues aux cuisses, quelques ventouses et des sinapismes sur les membres inférieurs triomphent de ces terribles accès qui reviennent chaque mois pendant deux ou trois jours.

Étant à même de voir passer tous les ans sous mes yeux et de soigner, mais temporairement seulement, un grand nombre d'asthmatiques, il m'est arrivé de voir très-souvent des femmes, dont l'asthme est l'affection principale, éprouver des modifications notables dans le retour comme dans l'intensité de leurs accès, sous l'influence de troubles menstruels ou d'affections utérines concomitantes. C'est le cas de dire : Qui peut le plus peut le moins. Si une métrite chronique ou de simples troubles des fonctions utérines peuvent donner lieu à des manifestations de névroses bronchiques, rien que de très-naturel de voir survenir chez une femme déjà asthmatique des recrudescences d'accès sous l'influence de troubles utérins. C'est ce que montre, en effet, l'observation journalière.

Les ouvrages des médecins aliénistes sont pleins d'exemples de troubles intellectuels, de vésanies ayant pour origine des lésions utérines. La malade de M. Martineau que nous citions tout à l'heure, comme présentant un exemple de névralgie sous-orbitaire et maxillo-temporale sous forme de clou hystérique, était jetée, par l'intensité même de cette douleur térébrante, dans des préoccupations d'esprit très-pénibles et dans des perturbations vésaniques consistant dans des illusions, des hallucinations de la vue et surtout de l'ouïe, excessivement fatigantes, engendrant la tristesse, la mélancolie, l'idée fixe et la poussant parfois même jusqu'aux idées de suicide.

Une autre malade, atteinte d'une chute de la matrice, a fait plus d'une fois l'aveu qu'elle était poursuivie par des idées de suicide, qu'elle combattait de toutes ses forces par un redoublement de piété religieuse. Ces idées deviennent surtout très-persistantes lorsque l'abaissement utérin est très-prononcé et chaque fois que le col de l'utérus vient apparaître à la vulve. Depuis qu'elle porte une ceinture et un bandage appropriés à son état, le prolapsus ne se reproduisant plus, toute idée de suicide a disparu.

Le délire même peut se développer sympathiquement à la suite d'une lésion organique de l'appareil génito-sexuel de la femme, comme il survient pendant l'état puerpéral ou pendant la lactation. Nous en avons souvent rapporté des exemples dans cette Revue. Parmi les affections utérines que l'on rencontre plus particulièrement dans les troubles intellectuels, M. Martineau rappelle et énumère par ordre de fréquence : les dégénérescences cancéreuses, les hypertrophies de l'utérus et ses déplacements, et, parmi ceux-ci, la rétroversion surtout, les ulcérations avec engorgement du col, les polypes utérins, les métrites, les kystes de l'ovaire.

Ces mêmes faits, qui intéressent au premier chef la clinique et la thérapeutique, ont un autre genre d'intérêt qui touche à un autre point de vue pratique, à la médecine légale. Mais ce sujet a été magistralement traité ailleurs. Nous n'avons pas à nous y arrêter ici.

Les troubles de la motilité, consistant tantôt dans des spasmes convulsifs, tantôt dans des paralysies musculaires, ces derniers surtout étaient de nature à donner lieu à d'intéressantes considérations. M. Martineau, d'accord avec tous les cliniciens sur l'existence de ce genre de troubles nerveux dans les affections dont il s'occupe, et constatant l'exactitude des descriptions qui en ont été faites, s'est livré à ce sujet à l'étude de leurs caractères et de leur marche, et d'une question sur laquelle l'accord est moins unanime, la pathogénie de ces accidents.

De l'étude des faits rapportés par les auteurs, il ressort que les paralysies musculaires ne sont pas absolument rares parmi les différents troubles sympathiques et symptomatiques des lésions utérines ; que ces paralysies affectent surtout les membres inférieurs, soit les deux, soit un seul ; que jamais les membres supérieurs ne sont envahis isolément. Contrairement à la paralysie rachidienne, la paralysie utérine s'accompagne rarement d'une paralysie de la vessie et du rectum. En même temps que la paraplégie, on trouve parfois la paralysie de divers groupes musculaires, telle que, par exemple, la paralysie des cordes vocales, celle des muscles de la langue, etc. Cette paraplégie n'est presque jamais complète. La parésie atteint le membre qui correspond au côté péri-utérin affecté; elle frappe, au contraire, les deux membres inférieurs si elle est liée à la métrite, à l'augmentation de volume ou bien au déplacement de la matrice.

Un fait important pour la pratique ressort de toutes les observations et mérite d'être spécialement signalé : une paralysie en voie de guérison redevient complète à la suite de manœuvres (cathétérisme utérin, cautérisation utérine) pouvant exaspérer la phlegmasie utérine.

Ces accidents nerveux durent, en général, ce que durent les affections utérines. Ils débutent rarement d'emblée, mais ordinairement d'une façon progressive, par de la faiblesse d'abord, insensiblement croissante, mais n'arrivant presque jamais à la perte absolue des mouvements. Parfois la paralysie a pu persister après la phlegmasie qui l'avait provoquée, mais le plus souvent elle guérit par la guérison de l'utérus. Les cas où elle persiste sont ceux où, son origine ayant été méconnue, on s'est borné à attaquer le symptôme sans combattre la cause.

Ces caractères sont suffisants, en général, pour permettre de diagnostiquer directement les paralysies d'origine utérine et de les distinguer des paralysies d'origine cérébrale ou médullaire, et même des paralysies hystériques.

La question de pathogénie, à laquelle M. Martineau a consacré une étude étendue et très-soignée, nous conduirait trop loin et nous éloignerait trop d'ailleurs des éléments purement cliniques de la question, pour que nous ne croyions pas devoir nous en tenir là, sur ce sujet.

La thoracentèse et le traitement médical de la pleurésie.

A l'occasion de notre article sur la thoracentèse de la dernière revue, M. le docteur Raimbert, de Châteaudun, nous adresse les réflexions suivantes qui viennent à l'appui des opinions que nous y avons exprimées. Nous mettons textuellement la lettre de notre distingué confrère sous les yeux de nos lecteurs :

« La faveur qui s'est attachée, depuis déjà un bien grand nombre d'années, à la ponction de la poitrine dans les épanchements pleurétiques, n'a pas encore diminué, malgré les revers qui sont venus affliger de temps en temps ceux qui se sont livrés à la pratique de cette opération, malgré l'augmentation de la mortalité de la pleurésie qui ne lui est peut-être pas étrangère.

« Quelques voix jouissant d'une grande autorité se sont cependant élevées à plusieurs reprises pour modérer l'ardeur des adeptes et restreindre les applications de ce mode de traitement des épanchements pleurétiques. M. Peter vient

encore de le faire en s'appuyant sur des recherches très-intéressantes.

« Permettez-moi aussi de m'inscrire contre ce que cette pratique a de trop absolu et d'en recommander une autre qui m'a toujours donné d'excellents résultats sans exposer mes malades à aucun danger. Cette pratique n'est pas nouvelle, mais elle me paraît complètement tombée dans l'oubli; je veux parler du *séton.* Celui dont je fais usage n'est pas le séton classique à grosse mèche ou à bandelette, mais le séton auquel on a donné le nom de *filiforme*, parce qu'il est composé d'un ou de plusieurs fils accolés les uns aux autres. Je ne sais s'il a été employé dans la pleurésie avec épanchement; mais, s'il l'a été, l'usage s'en est bien perdu.

« Je ne viens pas démontrer son efficacité avec des observations à l'appui, mais seulement l'affirmer et engager mes confrères à y avoir recours dans les circonstances que je vais indiquer.

« D'abord je n'emploie le séton filiforme contre la pleurésie avec épanchement qu'après avoir pratiqué inutilement des émissions sanguines locales ou générales, si j'en ai trouvé l'indication, puis avoir mis en usage les diurétiques, les purgatifs, et les grands vésicatoires plusieurs fois répétés. Presque toujours alors l'épanchement date de quinze jours au moins.

« J'ai vu plusieurs fois des épanchements très-abondants, réfractaires aux vésicatoires, céder à l'action de deux sétons filiformes appliqués sur la paroi thoracique pendant un mois. Mais les cas dans lesquels j'ai fait le plus souvent usage de ces sétons sont ceux qui tendent vers l'état chronique ou y sont arrivés.

« La symptomatologie peut s'en résumer ainsi : État stationnaire de l'épanchement plus ou moins réduit, matité, absence de bruit respiratoire, assez souvent souffle d'intensité variable, ægophonie obscure ou nulle, anhélation facile, toux sèche, parfois quelques râles et un peu d'expectoration muqueuse ou puriforme, mouvement fébrile plus ou moins manifeste, continu ou rémittent, absence d'appétit, etc.

« J'ai aussi employé ces sétons avec avantage, je le crois du moins, dans deux cas d'abcès situés au tiers inférieur du poumon : tous deux ont guéri.

« L'un de ces abcès, pour lequel le regretté professeur Béhier fut appelé en consultation, avait succédé, plusieurs années auparavant, à une pleuro-pneumonie et était le siège de fréquentes poussées congestives avec hémoptysies abondantes. Pendant les six derniers mois qui précédèrent la guérison définitive le malade porta deux sétons filiformes, eut plusieurs applications de mouches de Milan autour du point correspondant au foyer, et prit du quinquina à haute dose et une potion alcoolisée. La guérison, qui date de deux ans, ne s'est pas démentie.

« Enfin les sétons filiformes n'ont-ils pas eu quelque part à la guérison dans le fait suivant de *pneumo-thorax avec fistule pulmonaire* que je résume en quelques mots?

« L..., gendarme, âgé d'environ trente-six ans, a contracté une pleurésie pendant la guerre 70-71. Son rétablissement a été incomplet; néanmoins il a continué son service. Mais, un mois avant son entrée à l'hôpital, à la toux sèche qu'il conservait, à la gêne douloureuse qu'il éprouvait dans le côté gauche de la poitrine, ont succédé presque tout à coup une expectoration très-abondante et une douleur plus vive. Bientôt après le malade remarqua que, dans les mouvements brusques imprimés à son corps, il se produisait un bruit de clapotement ou de flot à la base du thorax.

« A son entrée à l'hôpital, le 15 juillet 1877, j'ai constaté de la matité à la base, avec sonorité exagérée au-dessus, respiration amphorique, tintement métallique, etc. Par l'expectoration le malade remplit, en vingt-quatre heures, au moins deux crachoirs d'un liquide séro-purulent d'une odeur fade, mais non fétide. Amaigrissement très-prononcé; fièvre continue; sueurs.

« Redoutant de graves accidents de la ponction, j'applique deux sétons filiformes sur la région mate; je prescris au malade de donner plusieurs fois par jour à son thorax une position renversée en avant, la tête en bas sur le bord de son lit, de manière à faciliter la sortie du liquide de la plèvre par la fistule pulmonaire. 1 gramme d'extrait de quinquina par jour et une potion avec 30 grammes d'alcool ou d'eau-de-vie; régime réparateur.

« En septembre, les crachats étant devenus fétides, j'ajoute 50 centigr. d'acide phénique à la potion.

« En novembre, le bruit de flot a complètement disparu, les sétons sont supprimés; l'expectoration a considérablement diminué et est réduite à celle d'une simple bronchite.

« Le malade sort le 1er décembre pour aller pendant trois mois en congé de convalescence; aujourd'hui il a repris son service et offre l'aspect de la santé la plus florissante.

« Sans faire exclusivement honneur de cette guérison aux sétons filiformes, il est permis de croire qu'ils y ont puissamment contribué, quoique la meilleure part doive en revenir, ce me semble, à la position qui permettait de vider la plèvre du liquide qu'elle contenait.

« Quelques mots maintenant du procédé opératoire. J'ai l'habitude de placer deux sétons en arrière sur la moitié inférieure du thorax, à une distance de 6 à 8 centimètres l'un de l'autre, et de leur donner de 6 à 10 centimètres de longueur. Ils sont formés de 3 fils cirés accolés ou d'une petite ficelle cirée. Ils sont passés à la base d'un large pli fait à la peau avec une aiguille courbe ou demi-courbée de 3 à 3 millimètres 1/2 de largeur à son milieu, et dont le chas allongé occupe l'extrémité opposée à la pointe ou la partie la plus large de l'aiguille.

« Les deux extrémités des fils sont nouées ensemble à une distance double au moins de la quantité engagée sous la peau.

« Lorsque la suppuration s'est établie, à chaque pansement on se contente d'absorber le pus qui sort par les points d'émergence de la mèche, ou on lui fait subir un mouvement de rotation qui place sous la peau la partie qui était au dehors et on essuie celle qui vient de sortir. »

Gangrènes pulmonaires.

Dans l'appendice du rapport sur les maladies régnantes du 1er trimestre de cette année, comprenant les notes communiquées au rapporteur par les médecins des principaux hôpitaux des départements, nous trouvons une relation assez curieuse de quatre cas de gangrène pulmonaire observés, pendant cette période, par M. le docteur Leudet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Comme partout, les maladies les plus communes à Rouen pendant ce trimestre ont été les affections thoraciques aiguës, pleurésies, bronchites ou pneumonies, offrant toutes ce caractère commun, qui fait depuis longtemps le fond de la constitution médicale stationnaire, une adynamie prononcée. Est-ce à ce caractère de la constitution régnante ou à des circonstances particulières qui se seraient soustraites jusqu'à présent à l'observation, qu'il faut attribuer cette fréquence relative

et insolite de cas de gangrène pulmonaire? Il y a là un problème dont la recherche pourrait offrir quelque intérêt. Quoi qu'il en soit, voici les quelques renseignements que M. Leudet a transmis sur ces quatre cas de gangrène du poumon. L'un appartenait à cette forme de sphacèle de la surface du poumon qui accompagne la pleurésie gangréneuse. Une deuxième, d'une variété tout autre, se rapportait à la gangrène lobulaire du poumon, consécutive à la bronchite chronique et dilatation des bronches. Une troisième gangrène du poumon a été observée sur une femme atteinte de pyélonéphrite calculeuse; enfin le quatrième cas de sphacèle localisé du poumon reconnaît pour cause une thrombose artérielle chez un homme atteint d'une artério-sclérose généralisée.

M. Leudet, à cette occasion, a voulu chercher quelle était la fréquence relative de ces accidents dans son service d'hôpital depuis 1854. Il n'a pu retrouver que trente et une observations de gangrène des poumons. La variété la plus commune était celle qui est consécutive aux dilatations des bronches, aux ulcérations du larynx à la suite de fièvre typhoïde; cette variété est représentée par treize cas, c'est-à-dire à peu près le tiers de la totalité des cas.

La variété la plus commune après celle-là a été celle qui accompagne la phthisie; elle est représentée par six cas. Viennent ensuite trois cas de gangrène du poumon avec pleurésie gangréneuse; deux gangrènes du poumon dans le cours d'une pyélite calculeuse; puis des cas isolés de sphacèle du poumon dans l'alcoolisme, dans la syphilis tertiaire, dans le cancer de l'œsophage.

Il ressortirait de ce relevé que la variété la plus rare aurait été la gangrène idiopathique du poumon. Dans le plus grand nombre de cas, comme on le voit, la gangrène pulmonaire a été deutéropathique. Ce résultat répond à une idée qui s'impose en quelque sorte *à priori* à l'esprit; et, si une chose doit surprendre, ce n'est assurément pas le petit nombre relatif de gangrènes idiopathiques, c'est plutôt leur existence même. Il y a là un point de pathogénie obscur qui se rattache à l'histoire générale de la gangrène et qui mériterait d'être attentivement étudié; mais il nous suffira, pour le moment, de l'avoir indiqué.

Dr Brochin.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur Lœwenberg.

II

Anatomie. — Histologie. — M. His appelle « adénoïde » et M. Kœlliker « cytogène » un tissu semblable à celui des ganglions lymphatiques; c'est un réticulum de fibrilles fines et transparentes qui forment des mailles remplies de cellules lymphatiques très-nombreuses (le même ensemble d'éléments constitue les follicules muqueux). Les tumeurs dont nous nous occupons se composent également de ce tissu et renferment une énorme quantité de vaisseaux sanguins.

La voûte du pharynx et la portion de la paroi postérieure qui y touche sont le siège de prédilection de ces productions hyperplastiques. C'est ici aussi qu'elles atteignent le degré de développement le plus élevé. Les parois latérales du pharynx nasal présentent moins souvent cette affection, et, lorsqu'elle y siège, elle produit généralement des tumeurs plus plates et moins exubérantes que vers la voûte du pharynx.

Les tumeurs que nous avons extirpées ont été soumises par nous à un examen microscopique approfondi; nous en avons fait des coupes fines suivant la méthode dont nous nous sommes servi pour nos recherches sur le limaçon (voir *Gazette hebdomadaire*, 1864, pag. 694-697; *Journal de l'Anatomie* et *de la Physiologie*, 1866, pag. 605-651, et 1868, pag. 626-657, et notre thèse inaugurale, Paris, 1866). Toutes ces tumeurs se trouvaient recouvertes d'épithélium stratifié dont les cellules superficielles étaient cylindriques et généralement vibratiles. La masse des tumeurs se composait de tissu adénoïde dont les trabécules ne devenaient visibles qu'après qu'on avait chassé au pinceau les nombreuses cellules lymphatiques qui remplissaient les mailles. Le dessin qui se trouve dans l'excellent livre de MM. Cornil et Ranvier (1) donne une idée de la structure de ces tumeurs.

Le tissu adénoïde, riche en follicules, se trouve abondamment répandu, à l'état normal, dans la muqueuse du pharynx nasal, surtout vers le pavillon de la trompe d'Eustache et dans la fosse de Rosenmüller, mais plus encore à la voûte du pharynx et à la partie y attenante de la paroi postérieure: il forme ici, du pavillon d'une trompe d'Eustache à celui de l'autre, une couche de hauteur et de conformation extrêmement variables (jusqu'à 8 millimètres d'épaisseur), qu'on peut envisager comme un organe spécial et qu'on a baptisé du nom de l'*Amygdale pharyngienne*. (*Tonsilla pharyngea* de Luschka) (2).

La première mention de cet organe se trouve chez Lacauchie (3). « Les glandes du pharynx, dit-il, constituent à la partie supérieure de cet organe une espèce d'éponge sécrétante, etc. »

Comme des recherches ultérieures l'ont appris, cette masse adhère intimement au fibro-cartilage qui attache le pharynx à la base du crâne et se fond, du côté opposé, insensiblement dans la muqueuse pharyngienne.

Les régions que nous venons d'énumérer étant le siège de prédilection des tumeurs adénoïdes, il devient plus que probable que celles-ci ne constituent qu'une simple hyperplasie, un développement morbide du tissu qui entre pour une si large part dans la structure du pharynx. Cette manière de voir paraît d'autant plus plausible qu'il est difficile, dans certains cas, de décider si nous avons affaire à un développement très-prononcé, mais encore physiologique, de l'amygdale pharyngienne, ou bien à un commencement d'hyperplasie.

Nous proposerons, quant à ce cas spécial, de nous placer au point de vue clinique et de n'admettre l'existence d'une affection positive et digne d'être combattue, qu'alors que l'augmentation du volume de la tonsille pharyngienne sera telle que les fonctions des cavités pharyngo-nasales commencent à éprouver, de son fait, un préjudice appréciable.

Les tumeurs situées en avant de la trompe cartilagineuse se composent de tissu adénoïde additionné d'une proportion variable de tissu conjonctif. Le tissu adénoïde fait défaut à cette place dans l'état normal; il y aurait donc ici *néoplasie*, et non pas seulement *hyperplasie*.

Classification. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx semblent, de prime abord, présenter des variétés de forme pour ainsi dire infinies; mais, en les étudiant de plus près, on parvient aisément à établir une division rationnelle, basée sur la manière dont sont implantées ces excroissances; nous proposons de les classer en deux groupes :

1) Les tumeurs adénoïdes *sessiles* ou *plates ;*

2) Les tumeurs *pédiculées* ou *allongées*, selon qu'elles sont insérées à base large ou à base étroite, ou bien selon selon que leur développement s'est fait d'une façon prédominante dans le sens de la largeur ou dans celui de la longueur.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 mai.

(1) Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*, p. 13 et 252.

(2) Dans : *Max Schultze's Archiv f. microscop. Anatomie*, 1868.

(3) *Traité d'hydrotomie*, Paris, 1853, pl. II., fig. 10 et 11, pages 23 et suivantes.

Au début de l'affection, il est souvent impossible de décider si la tumeur qui commence doit être rangée dans la première ou la seconde de ces deux catégories; et nous admettons, pour notre compte, l'existence de formes intermédiaires, même dans les stades les plus avancés de l'affection.

Il existe quelquefois un groupe de végétations longues, étroites et dirigées toutes parallèlement les unes aux autres, qui assument, par leur accolement mutuel, l'apparence d'une seule tumeur à base plate. Cette forme s'observe très-fréquemment à la voûte du pharynx et à la partie contiguë de la paroi postérieure; elle n'est évidemment pas autre chose qu'une hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.

Nous nous contenterons de cette classification, sans essayer d'entrer dans une description détaillée des différents aspects que présentent différents cas; cette description ne présenterait, d'ailleurs, aucun intérêt pratique. Ajoutons seulement que ces végétations ne sont jamais papillaires, ce qui est dû, sans doute, à la composition histologique des organes sur lesquels se rencontrent les tumeurs en question.

Quant aux *dimensions* que ces tumeurs peuvent atteindre, nous avons observé bon nombre de cas où elles remplissaient le pharynx nasal en entier; généralement, il y en avait plusieurs à la fois.

On est très-surpris de trouver des images fort variées dans différents examens consécutifs du même sujet; souvent les tumeurs paraissent beaucoup plus volumineuses un jour qu'un autre, différence que nous ne saurions expliquer que par un afflux plus ou moins grand de sang dans ces productions pathologiques si fortement vascularisées.

Considérations anatomo-pathologiques. — Dans notre travail de 1865, nous avons, le premier, établi l'étroite affinité anatomo-pathologique des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal avec les granulations si connues de la paroi postérieure du gosier. Nous nous sommes basé sur l'observation de plusieurs cas où ces deux espèces de productions morbides coexistaient chez le même individu. Il nous a même été donné de constater quelquefois l'existence de degrés intermédiaires entre l'une et l'autre production pathologique chez la même personne.

VARIÉTÉS.

HISTOLOGIE ET THÉORIE CELLULAIRE (1).

PAR M. LE DOCTEUR ÉDOUARD FOURNIÉ.

III

On doit considérer deux choses dans les travaux de Virchow: la théorie physiologique et la théorie pathologique. Bien que cette dernière découle de la première, nous ne parlerons en cet endroit que de la théorie physiologique (2).

Les idées de Virchow, touchant ce sujet, peuvent se résumer dans les propositions suivantes, que nous avons choisies principalement dans la *Pathologie cellulaire* de l'auteur :

« 1° La cellule, pour mériter ce nom, doit nécessairement être composée de deux parties: une membrane d'enveloppe qui peut être arrondie, anguleuse, étoilée, etc., et un noyau qui possède, dès le principe, une composition chimique différente de celle de la membrane (3).»

Le point de départ de Virchow repose sur une erreur de fait. Toutes les cellules, en effet, ne sont pas essentiellement composées d'une paroi, comme l'avaient dit Schwann, Remak et en dernier lieu Virchow. Depuis longtemps on avait constaté, en France, que beaucoup de cellules n'ont pas de paroi.

(1) Suite. — Voir les numéros des 21 et 23 mai.
(2) Voir plus loin la *Théorie pathologique*.
(3) Virchow, *Pathogie cellulaire*, p. 10.

Dujardin avait signalé l'absence de paroi chez quelques êtres inférieurs unicellulaires et composés d'une simple masse de *sarcode* désignée depuis sous le nom de *protoplasma* par Reichert et Mohl. En examinant avec le microscope des helminthes vivants, il avait également constaté qu'il s'échappe du corps de ces animaux, par la pression, une substance globuleuse capable de modifier sa forme et de fournir des expansions. Dujardin donna à ces divers amas sans paroi le nom de globules *sarcodiques* (1).

Coste, en 1845, démontra que la plupart des cellules qui proviennent de la segmentation du vitellus n'ont pas de paroi (2). Ces faits ne furent pas généralement acceptés; mais, en 1861, M. Schultze prouva l'absence de paroi chez beaucoup d'animaux unicellulaires qu'il désigna sous le nom d'*amibes*, et il donna aux mouvements des cellules animales dépourvues de paroi le nom de mouvements amiboïdes (3). Ces mêmes mouvements avaient été appelés *sarcodiques* en 1838 par Dujardin. En 1862, Brücke démontra les mêmes faits. Enfin, grâce aux travaux plus récents de L. Beale, de Van Beneden, de Ch. Robin, on sait aujourd'hui que beaucoup de cellules du corps humain sont dépourvues d'enveloppes membraneuses: cellules embryonnaires, globules blancs du sang, etc., etc.

L'erreur de Virchow et de ses prédécesseurs, touchant la constitution des cellules, n'a pas une grande importance si l'on veut, car les masses de protoplasma qu'ils désignaient sous le nom de cellules n'en existent pas moins; mais l'invention du mot *cellule* est malheureuse, car ce mot, pour être bien compris, exige une définition nouvelle.

« 2° En pathologie, comme en physiologie, nous pouvons poser cette grande loi : Il n'y a pas de création nouvelle; elle n'est pas plus pour les organismes complets que pour les éléments particuliers..... Nous nions la possibilité de la formation d'une cellule par une substance non cellulaire. La cellule présuppose l'existence d'une cellule (*omnis cellula a cellula*), de même que la plante ne peut provenir que d'une plante et l'animal d'un autre animal (4). »

Virchow professe avec Remak que toute cellule provient d'une cellule, et, ne pouvant pas démontrer son assertion par des preuves anatomiques, il fait intervenir la théorie des générations non spontanées, qui doit se trouver fort étonnée d'être mise en cause en pareille occurrence. Puisque M. Virchow croit à la création, il croit aussi au créateur. Cette croyance l'honore, et elle nous permet de lui répondre que nul ne peut démontrer *scientifiquement* si le créateur a tout créé dès le principe, ou bien s'il dispense peu à peu son pouvoir en l'appliquant journellement à la création de nouvelles espèces.

D'ailleurs, celui qui a créé les animaux n'a-t-il pas pu créer en même temps les conditions de milieu qui permettent le développement spontané de certaines espèces que nous considérons comme nouvelles? Nous nous rattachons, nous, à cette manière de voir, et nous espérons qu'elle sera celle de tout le monde, le jour où l'on connaîtra mieux les invariables conditions d'existence et de reproduction de tous les êtres vivants (5). En attendant, nous reconnaissons volontiers que les données scientifiques sont en général peu favorables aux générations spontanées, et nous ajoutons que, affirmer quoi ce soit sur ce point, c'est hasarder une hypothèse qui repose tout entière sur les déterminations *possibles* du créateur (6). L'affirmation de M. Virchow n'est donc pas une preuve.

Tout ceci soit dit en passant, car la génération des cellules n'a absolument rien à faire avec la théorie des générations spontanées. M. Virchow a pu faire intervenir, à l'appui de sa thèse, *omnis cellula a cellulà*, les générations non spontanées, parce qu'il supposait implicitement qu'une cellule, faisant partie constitutive du

(1) Dujardin, *Infusoires*, 1841.
(2) Coste, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*. 1845.
(3) M. Schultz, *in Reichert's und Du Bois-Reymond's archiv*. 1861.
(4) Loc. cit., p. 23.
(5) Dans ces dernières années la science a fait de tels progrès, sur ce point, que le moment n'est peut-être pas éloigné où l'on pourra donner la formule de toutes les conditions qui président au développement de la vie.
(6) Édouard Fournié, *Physiologie du système nerveux*. Chapitre : *Place de l'homme dans la nature*, p. 786.

corps vivant, peut être assimilée à un végétal ou à un animal. Rien ne légitime cette assimilation qui est plus grave qu'on ne pourrait le penser au premier abord.

Il existe, il est vrai, des animaux unicellulaires, qui offrent la plus grande analogie avec les cellules du corps vivant. Le champ de cette analogie s'est même considérablement agrandi depuis que, contrairement à la définition de Virchow, on a découvert que beaucoup de cellules du corps vivant n'avaient pas d'enveloppe propre. C'est ainsi que les *cytodes* d'Hæckel composés d'un amas de substance homogène finement grenue, sans noyau et sans paroi propre, peuvent être assimilés aux globules polaires de l'ovule de divers animaux vertébrés et invertébrés (1). C'est ainsi que les *lépocytodes* d'Hæckel, constitués d'abord par du protoplasma, peuvent s'entourer d'une enveloppe à une certaine époque de leur existence, ce qui permet de les assimiler aux *leucocytes* (2). C'est ainsi que les *gymnocellules* de Van Beneden, constituées par du protoplasma sans enveloppe et par un noyau, peuvent être assimilées à la plupart des cellules qui proviennent de la segmentation du vitellus. Enfin, en forçant un peu la comparaison, on pourrait dire que la reproduction des *grégarines*, par métagenèse, peut être comparée à la reproduction de l'ovule dans l'embryon. Ces analogies, ces assimilations sont possibles, quand on s'en tient superficiellement à certains caractères morphologiques ou autres; disons mieux, elles ont un charme tout particulier pour l'imagination (3). Mais un examen plus sérieux ne permet pas de les accepter.

Au point de vue qui nous occupe, les caractères morphologiques ont une importance médiocre, parce que, dans le monde des infiniment petits, la matière organisée vivante revêt des formes peu variées et à peu près identiques : des tubes, des fibres, des globules.

Il en est de même des caractères chimiques, qui peuvent être très-précieux pour distinguer entre eux les éléments divers du même organisme, mais qui ne peuvent être d'aucun secours quand il s'agit de savoir si un peu de matière organisée représente un individu, ou bien si elle fait partie constituante d'un organisme. Pour établir cette distinction ou cette assimilation, il faut avoir recours au *criterium* physiologique, c'est-à-dire aux manifestations vitales de la matière organisée. En d'autres termes, ce n'est ni la forme ni la composition chimique qui peuvent nous dire si la matière représente un individu ou un simple élément. L'ensemble des manifestations vitales peut seul nous éclairer là-dessus.

Les manifestations vitales que présentent, d'un côté, les cellules de l'organisme, de l'autre, les animaux unicellulaires, offrent de nombreuses analogies, et il faut qu'il en soit ainsi, puisqu'on n'a pas su établir entre elles des différences caractéristiques.

Cependant il en existe. Nous admettons volontiers que les cellules de l'organisme, semblables en cela aux amibes et autres animaux unicellulaires, s'entretiennent à l'état d'éléments vivants par l'absorption endosmotique des principes nutritifs; nous admettons même que les leucocytes, les cellules épithéliales s'incorporent *par enveloppement* des éléments variés. Nous admettons encore que, semblables aux animaux unicellulaires, les cellules organiques se reproduisent par segmentation, scission, etc. Nous admettons enfin que les cellules organiques, toujours analogues aux animaux cellulaires, peuvent se contracter et se mouvoir. Il est vrai que nous pourrions ajouter quelques réserves à chacune de ces assimilations; nous pourrions dire, par exemple, qu'aucune cellule organique ne présente la bouche et le conduit œsophagien qu'on rencontre chez les infusoires ciliés; nous pourrions dire encore qu'il n'est pas du tout prouvé que, dans l'évolution embryogénique de beaucoup d'animaux unicellulaires, on puisse assimiler le noyau de ces derniers au noyau et au nucléole des cellules en général; nous pourrions dire enfin que, si les leucocytes se contractent et sont capables d'un semblant de migration, il n'est aucune cellule organique qui présente la vésicule contractile des amibes et, comme les *infusoires flagellés*, des *flagellums* à mouvements volontaires. Mais ces réserves ont peu d'importance.

L'essentiel, à notre avis, est de savoir si ces phénomènes qui présentent entre eux tant d'analogies sont de même nature, de même ordre. Là est la question. Eh bien, non. Les manifestations vitales des cellules organiques et celles des animaux unicellulaires sont d'un ordre tout différent. C'est ce que nous allons prouver.

L'ovule est un organe de la vie destiné comme les autres organes à remplir une fonction spéciale. La fonction de l'ovule consiste à concourir, après la fécondation, au développement d'un organisme complet, d'après un plan variable selon les espèces. Dans l'organisme entièrement développé, la matière est disposée de telle façon qu'elle peut remplir trois ordres de fonctions : nutrition, relation, reproduction. Ces fonctions sont accomplies par des organes spéciaux, composés eux-mêmes d'éléments histologiques. Or, comme les organes sont, en définitive, la résultante des éléments histologiques, et que, par conséquent, la fonction ne peut être, en partie, que la résultante des propriétés particulières des éléments, M. Virchow, et avec lui tous les histologistes, ont conclu que l'élément histologique, la cellule, remplissait une *fonction*. Erreur déplorable s'il en fut, car c'est sur elle, comme nous le verrons plus loin, que reposent la plupart des fausses doctrines qui ont cours actuellement dans nos livres. Nous disons, nous, que *la cellule vit, mais ne fonctionne pas.*

La cellule entre dans la composition du corps humain au même titre que divers éléments de matière concourent à la structure d'un édifice. Dans l'un et dans l'autre cas, les éléments apportent le concours de leurs propriétés particulières, mais on ne saurait dire qu'en cette occurrence ils remplissent une *fonction*.

Le moellon, par les dimensions de son étendue qui sont une de ses propriétés, concourt à faire une maison, un abri; mais, pris isolément, il ne saurait remplir la fonction de la maison, qui est d'abriter. La molécule de verre, dont la propriété essentielle est la transparence, ne saurait, prise isolément, remplir la fonction que nous lui demandons. De même, les cellules du corps vivant, prises isolément, peuvent bien manifester certaines *propriétés spéciales*; mais, en aucun cas, on n'est autorisé à dire qu'elles *fonctionnent*.

Les cellules concourent aux diverses fonctions de nutrition ; mais, par elles-mêmes, dans leur isolement, elles ne pourraient remplir aucune de ces fonctions; au contraire, ce sont les fonctions de nutrition qui leur préparent le liquide dans lequel elles puisent les conditions de leur entretien, et du maintien de leurs propriétés spéciales.

Les cellules concourent, par leurs propriétés, aux fonctions de relation ; mais, par elles-mêmes, elles ne sauraient établir d'autre relation que celle qui leur est imposée par le *plan d'organisation*. Il est incontestable que la contraction totale d'un muscle n'est que la résultante des contractions individuelles des fibres-cellules ; mais on ne saurait attribuer à la fibre-cellule la *fonction* du muscle : la fibre-cellule, sous l'influence de l'excitant fonctionnel, fournit ses *propriétés contractiles*, et le muscle accomplit réellement la *fonction*, variable selon les attaches. Une fibre-cellule ne peut suppléer un muscle au point de vue fonctionnel.

Les cellules enfin concourent, par leurs propriétés, aux fonctions de reproduction; mais aucune d'elles ne saurait remplir la fonction formatrice de l'ovule. Durant la période embryonnaire, il est vrai, les cellules semblent douées d'un pouvoir reproducteur ; mais ce pouvoir, qu'elles tiennent des propriétés spéciales de l'ovule, est, en définitive, temporaire et doit être considéré comme une des formes de l'impulsion formatrice pendant la période de développement. Plus tard, lorsque sous une influence morbide ce pouvoir semble se réveiller, il donne naissance à des formes imprévues qui constituent l'état pathologique.

On voit clairement, d'après ce qui précède, que, enchaînées fatalement au plan d'organisation qui a présidé à leur naissance, les

(1) Robin, loc. cit., p. 4.

(2) Robin, loc. cit., p. 4.

(3) C'est un attrait de ce genre qui a inspiré Geoffroy Saint-Hilaire lorsqu'il a prétendu que le fœtus humain passe par des états transitoires rappelant l'état définitif des différents êtres qui lui sont inférieurs dans la série animale. Serres, qui partageait cette manière de voir, l'avait formulée en ces termes : « L'organogénie humaine est une anatomie comparée transitoire, comme, à son tour l'anatomie comparée est l'état fixe et permanent de l'organogénie de l'homme. » (Serres, *Précis d'anat. transc. appliquée à la physiologie*, p. 90.

cellules organiques empruntent aux fonctions de nutrition les conditions de leur entretien et du maintien de leurs propriétés spéciales. On voit également que leurs *manifestations vitales* se réduisent à deux : 1° s'entretenir à l'état d'éléments organiques vivants, grâce aux mouvements fonctionnels de la vie ; 2° fournir à ces mêmes *mouvements fonctionnels* le concours de leurs *propriétés spéciales*. Il n'y a dans ces manifestations rien qui ressemble à une *fonction*; par conséquent, nous avions raison de dire que les cellules vivent, mais ne fonctionnent pas. Cependant une matière organique qui vit sans fonctionner mérite-t-elle qu'on lui accorde les attributs de l'individualité? Non certes, car, à moins de changer la signification de tous les mots, l'animal, la plante ne sont des individus que par l'ensemble des fonctions qu'ils remplissent, soit au point de vue de leur entretien et de leur reproduction, soit au point de vue de leur relation avec le milieu dans lequel ils vivent.

C'est ce que nous allons voir, d'ailleurs, en analysant les manifestations vitales de l'animal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 mars 1878, M. Becquerel (Alexandre-Edmond), docteur ès sciences, membre de l'Institut, aide-naturaliste au Muséum, a été nommé professeur titulaire de la chaire de physique appliquée à l'histoire naturelle, audit établissement, en remplacement de M. Antoine Becquerel, décédé.

— Par arrêté en date du 15 mai 1878, les agrégés des facultés de médecine dont les noms suivent, sont attachés aux facultés de médecine ci-après désignées :

Paris. — MM. Straus, Debove, Rendu et Hallopeau.
Montpellier. — MM. Carrieu et Mairet.
Lyon. — MM. Tissier et Laure.

— *Faculté de médecine de Nancy.* Les chaires de clinique médicale, de physique médicale et d'hygiène sont déclarées vacantes.

— M. le docteur Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences de clinique dermatologique le mercredi 29 mai, à 9 heures, salles Saint-Thomas Saint-Léon, et laboratoire de la salle Saint-Léon, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Ordre des travaux : Lundi, 9 heures, consultation externe. — Mardi, 8 heures, premier examen des nouveaux. — Mercredi, 9 heures, conférence clinique. — Jeudi, 9 heures 1/2, policlinique. — Vendredi, 9 heures 1/2, étude au musée. — Samedi, 8 heures 1/2, revue des malades en cours de traitement. — Thérapeutique appliquée.

Étude médico-légale sur la séparation de corps, par le docteur Dussac. In-8°. — Prix : 3 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf, par le docteur Roulin. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 62. — MARDI 28 MAI 1878. 51e ANNÉE. MARDI 28 MAI 1878. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DUPLAY.

De la coxalgie. — Son diagnostic.

I.

Je vais profiter aujourd'hui de la présence, dans nos salles, d'un certain nombre de malades atteints de coxalgie aiguë ou chronique, pour vous dire quelques mots de cette affection si commune, mais aussi si intéressante, et pour vous parler surtout de son diagnostic.

Je vous signalerai d'abord, comme un exemple de coxalgie intéressant à étudier, ce garçon de 14 ans qui est couché au n° 67 de la salle Saint-Augustin. Depuis environ cinq mois, il éprouve dans l'articulation de la hanche gauche, à la partie moyenne de la cuisse, et surtout, retenez bien ce fait, dans le genou, des douleurs assez intenses. Au début, ces douleurs existaient d'une manière pour ainsi dire intermittentes, et se manifestaient seulement après de longues marches ou un travail exagéré ; mais, dans ces trois derniers mois, elles sont devenues continues et persistantes.

A cette époque, même, aux troubles de la sensibilité sont venus également s'ajouter des troubles de la motilité. Je veux parler d'une claudication très-marquée qui, après avoir présenté d'abord, comme les douleurs, un caractère intermittent et ne s'être montrée qu'à l'occasion de grandes fatigues, est devenue plus tard continue.

Entré aux Enfants-Malades, ce jeune garçon y fut probablement traité pour toute autre maladie qu'une coxalgie, car on se borna à lui prescrire le séjour au lit. Aussi, lorsqu'au bout de trois semaines il quitta l'hôpital, en sortit-il reposé, mais non guéri. Bientôt en effet les douleurs, la boiterie reparurent, et c'est dans ces conditions qu'il a été admis dans notre service.

Ce que je vous signalerai tout particulièrement, dans cette observation, c'est le début extrêmement long, je dirai même insidieux, de la maladie : au point que, dans un hôpital où l'on est habitué à observer un grand nombre de coxalgies, on ait pu méconnaître la nature de cette affection.

Après ce malade, je vous citerai ce jeune homme de 19 ans, qui est couché au n° 21 de la même salle, et qui depuis deux ans est, lui aussi, atteint de coxalgie. Les symptômes que nous observons chez lui sont, comme pour le précédent, de la claudication et des douleurs, revenant à des intervalles plus ou moins longs. C'est donc un exemple de coxalgie intermittente, plus net que celui qui nous est fourni par notre premier malade, chez lequel ce caractère existait seulement au début.

Dans ces cas mal définis, assez obscurs, il importe, si l'on veut reconnaître la nature de la maladie, de rechercher avec le plus grand soin tous les signes qui accompagnent ordinairement la coxalgie au début. Un examen attentif est même d'autant plus nécessaire ici que, comme chez les deux précédents malades, il existe assez fréquemment, au genou, une douleur considérablement plus vive qu'à la hanche, au point même d'être le phénomène capital et de faire croire à une véritable affection du genou.

A côté de ces coxalgies à début lent et insidieux, il est des cas dans lesquels la maladie prend la forme aiguë et même suraiguë. Nous en avons un exemple chez deux autres de nos malades.

Le premier est couché au n° 59 de la salle des femmes. C'est une jeune fille d'environ 15 ans qui, il y a sept mois, s'est éveillée un matin avec des douleurs atroces dans la hanche droite, la cuisse fléchie sur le bassin et dans l'impossibilité absolue de faire exécuter à son articulation le moindre mouvement sans provoquer des souffrances atroces. Joignez à cela un état fébrile considérable, et vous aurez un tableau assez complet de la coxalgie à marche suraiguë.

Le second est cet homme qui occupe le n° 25 de la salle Saint-Augustin. Il nous a offert ceci d'intéressant, que nous avons observé chez lui un mode de terminaison que ne nous a pas offert la malade précédente. En effet, à la suite d'un traumatisme violent, cet homme a contracté une coxalgie qui, quinze jours plus tard, donnait lieu à un abcès de la région inguinale.

Dans l'un et l'autre de ces cas, la maladie se présentait avec des caractères tellement nets, tellement accusés, qu'il était impossible de la méconnaître. Mais il n'en est plus de même lorsque la coxalgie affecte la marche chronique.

C'est alors qu'il faut rechercher avec le plus grand soin les deux grands ordres de symptômes qui caractérisent cette affection, à savoir, les troubles de la sensibilité et les troubles de la motilité.

Les premiers consistent dans des douleurs spontanées et provoquées, à la fois, par le mouvement et par l'exploration.

Je vous ai parlé des premières au sujet de notre malade du n° 67 ; je vous ai signalé leur intensité spéciale, chez certains sujets, au milieu de l'articulation du genou, sans que nous en sachions exactement la raison. Je n'ai donc pas à y revenir ici.

Les douleurs provoquées sont plus importantes au point de vue du diagnostic.

Vous n'ignorez pas que toute articulation a, quand on l'explore, un certain nombre de points faibles, au niveau desquels la couche musculaire étant moins épaisse, on peut arriver le plus près possible des surfaces articulaires. C'est là surtout qu'il faut rechercher les troubles de la sensibilité ; ces points faibles pour l'articulation coxo-fémorale se rencontrent en deux endroits différents : l'un est situé

à la partie antérieure de la jointure, un peu en dedans et au-dessus de l'arcade crurale; l'autre a son siège en arrière, au niveau de la face postérieure du grand trochanter.

Chez nos deux derniers malades, la sensibilité était très-accusée dans les points que je viens de vous indiquer; mais il n'en est pas toujours ainsi, et il peut arriver que la douleur soit assez obtuse et assez difficile à éveiller. Dans ce cas, on arrive quelquefois à la déterminer à l'aide de pressions exercées à l'autre extrémité du membre et qui ont pour but de faire heurter la tête du fémur contre la cavité cotyloïde, soit de haut en bas, soit latéralement.

Dans d'autres circonstances on détermine mieux cette douleur par pression ou par refoulement, en donnant un petit coup sur le grand trochanter. C'est ainsi que, chez notre petit malade, nous avons pu déterminer par ce moyen des douleurs assez vives, alors que, par le refoulement de bas en haut, elles étaient à peu près nulles. Cela tient à ce que les malades, en contractant leurs muscles, empêchent quelquefois le refoulement d'être assez énergique pour être douloureux, tandis que, au niveau du grand trochanter, les muscles se contractant plus faiblement, les sujets échappent moins facilement à l'action que l'on cherche à faire naître.

Quant aux douleurs provoquées par l'accomplissement des mouvements, elles n'existent pas à la hanche, du moins pour la coxalgie à forme chronique, que j'ai surtout en vue dans cette description, et les malades peuvent à volonté élever ou abaisser leurs membres inférieurs sans accuser de souffrances. Vous-mêmes, si vous faites exécuter à la cuisse ces différents mouvements, vous êtes impuissants à provoquer de la douleur, si vous ne prenez certaines précautions que je vais vous indiquer. C'est donc un signe négatif qui pourrait vous induire en erreur, en vous faisant croire que l'articulation coxo-fémorale est saine, tandis, au contraire, que vous n'avez affaire qu'à une indolence apparente, dont vous allez bientôt avoir l'explication.

Les autres symptômes de la coxalgie consistent, comme je vous l'ai dit, dans des troubles de la motilité. En effet, le plus ordinairement, même chez les individus très-jeunes, on voit apparaître, comme phénomène, de la claudication, d'abord intermittente et ne se montrant seulement qu'à l'occasion de fatigues exagérées, puis bientôt devenant persistante et permanente.

Cette claudication atteste un trouble fonctionnel de l'articulation coxo-fémorale. Elle présente ce caractère particulier, dont je vous donnerai plus tard l'explication, qu'elle est bien due à l'affection dont la hanche est le siège, quoique dans ce cas, comme vous le verrez, celle-ci reste, le plus souvent, absolument immobile.

Recherchons maintenant quel est le degré de mobilité que l'articulation conserve dans la coxalgie. En effet un des premiers symptômes que l'on doit étudier, dans toute arthrite, quelle qu'elle soit, c'est de savoir dans quelle mesure les mouvements s'y exécutent.

Au coude, au genou, par exemple, rien de plus simple que cette constatation. Il n'en est pas de même à la hanche où cette recherche devient souvent extrêmement difficile.

Cela tient à ce que, si le fémur jouit sur le bassin d'une mobilité très-grande, en revanche celui-ci jouit lui-même d'une mobilité très-étendue non-seulement sur le fémur resté sain, mais encore sur la colonne vertébrale.

En effet, dans l'état ordinaire, l'articulation du sacrum avec la colonne vertébrale reste fixe et les mouvements se passent dans l'articulation coxo-fémorale; mais, dans le cas qui nous occupe, cette dernière étant, ainsi que nous le verrons plus loin, immobilisée, les mouvements ont lieu dans l'articulation sacro-iliaque; d'où il résulte que les malades peuvent, sans provoquer de douleurs, élever et abaisser le membre inférieur, tous les mouvements se passant dans les articulations sacro-iliaque et sacro-lombaire et dans l'articulation coxo-fémorale restée saine.

C'est pour cette raison que, lorsqu'on recherche l'état de la douleur sans prendre les précautions indispensables, on n'arrive à aucun résultat.

SUR LES PHÉNOMÈNES

QUE DÉTERMINENT LES INJECTIONS D'URINE CHEZ LE CHIEN

Par le docteur PICARD
Professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon.

En réfléchissant aux lois qui président aux actions toxiques, on comprend vite pourquoi les observateurs n'ont pas obtenu de phénomènes morbides nets en faisant pénétrer dans l'organisme des animaux l'urine normale, non altérée par la putréfaction. On se trouve, en même temps, obligé de reconnaître que les observations faites sont impuissantes à établir une opinion sur la question, soit dans un sens, soit dans l'autre.

Il est évident, en effet, qu'il y a dans l'urine telles substances qui ne sont contenues qu'en minime proportion : quand on injecte le liquide tel quel, il se trouve qu'on ne met pas en réalité dans la masse sanguine la quantité de ces matériaux (proportion pour 100 V. de sang) nécessaire à la production d'un effet toxique.

De ce que, ainsi introduites à faibles doses, elles n'ont déterminé aucuns phénomènes morbides, on ne peut donc conclure à leur innocuité, et, pour se prononcer, il est certain qu'il faut faire en sorte de les accumuler d'abord dans le liquide nutritif en quantité suffisante.

Pour réaliser cette condition essentielle, il fallait, on le comprend, tout simplement condenser les matériaux solides de l'urine en un faible volume et les injecter dans le sang à l'état de solution ainsi concentrée.

En agissant d'après ces données, j'ai institué des expériences qui paraissent démontrer que l'urine fraîche est essentiellement toxique, et même j'ai pu apercevoir dans ce liquide plusieurs substances physiologiquement distinctes par les effets qu'elles produisent.

Ce sont ces expériences dont je commence la publication en indiquant la première qui a servi de point de départ à toutes les autres et qui a été, pour ainsi dire, leur raison d'être.

J'insiste, une fois pour toutes, sur ce point que j'ai toujours employé des urines d'hommes peu de temps après leur émission et non altérées par la putréfaction.

Ces urines, injectées dans les veines d'un chien aux doses de 300, 400, 500^{cc}, ne donnaient lieu qu'à des phénomènes fugitifs : habituellement de la polyurie, et exceptionnellement un ou deux vomissements et un peu de diarrhée.

Si, procédant différemment, on vient alors à introduire la même quantité du même liquide préalablement concentré, les choses se passent tout autrement, et on voit les animaux succomber à une action toxique exercée sur le cœur.

Cet organe suspend le premier ses fonctions et tous les autres meurent en conséquence de ce fait initial (les choses se passent conformément à ce que Cl. Bernard a fait voir comme suite des injections d'un sel de potasse).

Voici comment je fais l'expérience :

Je verse 300 à 350^{cc} d'urine dans un ballon de verre dont le col est mis en rapport avec le tube central d'un réfrigérant Liebig. L'autre extrémité du même tube est reliée à l'une des tubulures d'un flacon condensateur, tandis que l'autre est en relation avec l'aspirateur d'une trompe ordinaire.

Les choses étant ainsi disposées, on ouvre le robinet d'arrivée d'eau de la trompe et on laisse s'établir dans tout l'appareil une dépression suffisante. On chauffe alors le ballon sur un bain d'eau et on concentre ainsi le liquide rapidement et à basse température, sans modification possible, par conséquent, de ses matériaux constituants.

Quand le volume du liquide est ainsi réduit à 25 ou 30^{cc} environ, on démonte l'appareil et on filtre pour séparer les parties solides qui se sont précipitées.

C'est avec le liquide jaune *brun* ainsi obtenu que l'on opère.

Si on l'injecte en une seule fois dans les veines d'un chien, il amène un arrêt immédiat du cœur, tandis que la respiration continue à s'effectuer et ne se suspend que consécutivement.

En faisant l'autopsie immédiatement, on démontre du reste que bien réellement les choses se sont ainsi passées : on trouve le cœur immobile et ses cavités gauches contiennent du sang rouge, artérialisé parce qu'il est revenu du poumon alors que la respiration s'effectuait encore. C'est là une observation tout à fait confirmative d'un arrêt primitif du cœur, comme me l'a souvent montré Cl. Bernard.

Quoi qu'il en soit, c'est là un fait très-concluant : on peut tuer les animaux par arrêt du cœur avec les matériaux de l'urine, et, si on n'obtenait pas cet effet avec le liquide primitif, c'est qu'il ne contenait pas les mêmes substances à un état de concentration suffisant.

J'ajoute que l'on peut tuer aussi les grenouilles en injectant ce liquide dans les sacs lymphatiques : elles meurent avec un cortège symptomatique complexe et qui permet d'induire comment la mort du cœur a été obtenue chez le chien.

On verra que l'on doit conclure à une mort de cet organe par empoisonnement de son système nerveux moteur.

Je dirai aussi les essais que j'ai faits en vue de déterminer la ou les substances qui produisent ces effets.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 mai 1878. — Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Des anesthésiques. — M. RABUTEAU continue ses expériences sur les anesthésiques. Entre autres choses, il a constaté ce fait curieux que les anesthésiques ont une action variable sur les animaux à sang chaud et sur les animaux à sang froid. Ces expériences ont été faites avec certains éthers, en particulier l'acétate d'amyle, l'acétate de méthyle et l'acétate d'éthyle; elles ont porté sur des cochons d'Inde et sur des grenouilles. Les cochons d'Inde, soumis à l'influence de ces éthers, ne peuvent jamais être complètement anesthésiés. Les grenouilles, au contraire, sont anesthésiées en quatre minutes avec une extrême facilité. M. Rabuteau croit avoir trouvé l'explication de ces faits, en apparence contradictoires, dans la différence du sang et de la température des animaux à sang froid et des animaux à sang chaud : pour les cochons d'Inde, ces éthers, en présence du sang et à la température de 37 à 38 degrés, se décomposent en donnant un peu d'alcool et de l'acétate de soude. Chez les grenouilles, ces éthers ne subissent pas ces modifications.

Il y a donc deux sortes d'anesthésiques : les uns dont la composition ne change pas et qui s'éliminent en nature, les autres qui changent de nature et sont brûlés en partie dans l'économie.

Anatomie pathologique de la pelade. — M. VIDAL, continuant ses recherches sur les végétaux parasitaires de la peau, démontre que, dans la pelade, le microsporon Audouini n'existe pas.

Comparant des pièces de trichophytie préparées par M. J. André à des préparations de pelade, il fait remarquer que les parasites vrais, faciles à reconnaître et à suivre dans le premier cas, ne se retrouvent jamais dans le second. Ces préparations ont été faites par des procédés qui devaient faire éviter les causes d'erreur.

M. Vidal conclut : 1° que le parasite de Gruby est un produit de préparation et non une cause effective de l'action péladique ;

2° Que le parasite, décrit comme cause de la pelade, appartient à classe qu'il désigne sous le nom de *torula vulgaris* ; parasite que l'on peut retrouver partout et que l'on rencontre surtout dans les peaux altérées.

Se basant sur l'étude de ces pièces, il pense que la pelade débute par une altération des glandes sébacées. Ces glandes s'hypertrophient d'abord ; leurs cellules épithéliales deviennent cornées ; les gaînes des poils subissent une altération analogue et le poil lui-même subit des altérations identiques.

M. Vidal montre, à l'appui, des dessins histologiques très-remarquables qui ont été faits par M. Coupat.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mai 1878. — Présidence de M. Labric.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

Mort subite par embolie pulmonaire dans un cas de kyste ovarique volumineux compliqué d'ascite. — M. DUGUET rappelle avoir présenté, en 1876, à la Société médicale des pièces relatives à un cas de mort rapide par embolies pulmonaires se rattachant à une thrombose des veines des membres inférieurs consécutive elle-même à la compression exercée par un volumineux corps fibreux sur les veines iliaques. Un an plus tard, il en rapportait un cas semblable qu'il attribuait à la présence d'un corps fibreux kystique. Par une coïncidence bizarre, M. Duguet vient d'observer un troisième fait analogue. (Sera publié.)

M. DUMONTPALLIER, à l'occasion de ce fait, dit qu'on éprouve les plus grandes difficultés pour le diagnostic différentiel de l'ascite et du kyste ovarique. Les chirurgiens et surtout les ovariotomistes ne font jamais ce diagnostic sans l'aide de la ponction exploratrice. Celle-ci aurait peut-être été de quelque utilité à M. Duguet pour son diagnostic.

M. DUGUET ne s'est pas cru autorisé à ponctionner cette malade déjà en voie de péritonite subaiguë.

M. LABOULBÈNE rapporte un fait analogue qu'il a eu l'occasion d'observer. Une malade entre dans son service présentant une tumeur dure, à droite, offrant tous les caractères d'un kyste ovarique. Cependant il y avait de la matité latérale qui faisait penser à la coexistence d'un kyste et d'une ascite. En effet, la respiration se trouvant très-gênée, M. Laboulbène fit une ponction qui donna issue à un liquide foncé, laissant dans le vase des reflets brillants qui n'étaient autre chose que des paillettes de cholestérine. Quand la tumeur fut vidée, on retira légèrement le trocart et il sortit alors un liquide franchement ascitique. Il s'agissait dans ce cas d'un kyste ovarique avec productions sarcomateuses coïncidant avec une ascite chronique. M. Kœberlé, dans l'article *Ovariotomie*, du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, déclare qu'il est extrêmement rare de rencontrer en même temps un kyste ovarique et de l'ascite.

M. LEGROUX, à l'hôpital de la Pitié, a eu l'occasion de ponctionner 24 fois une femme qui était atteinte à la fois d'ascite et d'un kyste ovarique en grappes, si bien que la ponction donnait tantôt un liquide citrin franchement ascitique, tantôt un liquide rouge, sanguinolent.

M. DUGUET fait observer que plusieurs fois aussi il a eu l'occasion de constater simultanément l'existence d'un kyste et de l'ascite. Le fait n'est donc pas si rare que semble le dire M. Kœberlé.

Cancer primitif du pancréas. — M. GOUGUENHEIM présente des pièces anatomiques qu'il a recueillies sur une femme de cinquante-six ans qui est morte dans son service et qui était atteinte d'un cancer du pancréas, probablement primitif, s'étant propagé au foie, avec adhérences du colon transverse à cet organe et dilatation énorme de tout l'intestin. Cette femme, à son entrée, ne présentait que les symptômes d'un ictère grave. Mais, bientôt, à un dépérissement considérable, à une anorexie complète, vinrent se joindre des douleurs abdominales vives avec gonflement, météorisme et constipation opiniâtre. Le foie paraissait très-diminué de volume; on pensa à un cancer de l'intestin. Quoi qu'il en fût, il y avait une compression du canal cholédoque par une cause inconnue; l'autopsie a permis de reconnaître l'existence d'un cancer du pancréas.

Anesthésie obstétricale. — M. DUMONTPALLIER a la parole pour la continuation de la discussion sur l'anesthésie obstétricale; mais, à cause de l'heure avancée, la Société décide que la parole sera réservée à M. Dumontpallier dans la prochaine séance et l'invite à faire connaître seulement les points principaux sur lesquels il désire appeler l'attention de la Société.

M. Dumontpallier devait, aujourd'hui, déposer sur le bureau sept nouvelles observations d'anesthésie obstétricale, recueillies par ses élèves dans son service et dans les services de MM. Gombault et Lasègue à l'hôpital de la Pitié. Parmi les femmes soumises à l'anesthésie obstétricale, deux de ces femmes ont succombé: l'une, trente-huit heures après l'accouchement, à une péritonite purulente généralisée; l'autre, le onzième jour de l'accouchement, après avoir offert les symptômes de l'infection purulente. Ces malades ont succombé, à trente-trois jours d'intervalle, dans le même service, et l'analyse de ces observations prouvera que l'anesthésie obstétricale n'a eu aucune part étiologique dans les accidents mortels.

M. Dumontpallier, dans sa prochaine communication, traitera de la physiologie de l'anesthésie obstétricale et aura pour but de démontrer que l'anesthésie obstétricale diffère entièrement de l'anesthésie chirurgicale, par les conditions mêmes où se trouve la parturiente.

C'est en s'appuyant sur les expériences de Flourens, de Claude Bernard, les travaux de Robert, de Giraldès, de Campbell, de Simpson et l'observation des phénomènes observés dans l'anesthésie obstétricale que M. Dumontpallier soutiendra la thèse énoncée. Cette thèse peut être résumée par la proposition suivante, à savoir: que le mode d'administration du chloroforme et les conditions dans lesquelles l'anesthésie est donnée chez la parturiente constituent l'innocuité absolue de l'anesthésie obstétricale.

VARIÉTÉS.

HISTOLOGIE ET THÉORIE CELLULAIRE (1).

PAR M. LE DOCTEUR ÉDOUARD FOURNIÉ.

IV

Nous prendrons pour exemple, parmi les animaux unicellulaires, un des plus simples, un rhizopode, une grégarine. Les grégarines vivent en parasites dans la cavité ventrale des vers et sont dépourvues de bouche et de canal digestif. Immédiatement après sa sortie de la cellule mère, la jeune grégarine se meut en tous sens dans le milieu, immense pour elle, où elle est née. Or, pas de mouvement sans contraction, et, du moment que la grégarine se contracte pour se mouvoir, nous disons qu'elle *fonctionne*. Dans cet acte, en effet, elle ne fournit pas, comme la fibre-cellule, ses propriétés spéciales à un muscle qui, lui, remplit la fonction; la grégarine est tout à la fois muscle et cellule, puisqu'elle se contracte dans le but de changer les rapports du corps avec le monde extérieur; elle remplit donc une fonction en se mouvant.

La cellule organique, plongée tout entière au milieu de la vie, s'entretient à l'état d'élément vivant; mais, dans ce fait, elle ne *fonctionne* pas: elle élabore, selon ses capacités, les éléments vivants que lui apporte le sang. La grégarine, au contraire, privée de toute attache directe avec la vie, est obligée d'emprunter au milieu qui l'entoure les éléments de sa nutrition, de les transformer en éléments vivants, et, bien qu'elle n'ait pas le tube digestif, nous disons qu'elle *fonctionne* parce qu'elle assimile à sa propre substance des éléments non vivants dans le *but essentiel* de se nourrir.

Enfin, lorsque la grégarine a atteint les limites de son existence, on la voit s'immobiliser en un point du milieu; puis se transformer en une masse gélatineuse (*psorospermie*) qui ne tarde pas à s'entourer d'une membrane.

Dans l'intérieur de cette membrane se développe une cellule, dans celle-ci, un nucléus et, finalement, ce dernier s'échappe à l'état d'*amibe* après la rupture de la membrane extérieure. Quelque temps après, l'amibe est devenue une grégarine. Nous appelons cette série d'évolutions *fonction de reproduction*, et point n'est besoin de légitimer cette qualification. L'ovule est le seul corps globulaire qui présente des phénomènes analogues; mais l'ovule est un organe chargé d'une fonction et ne saurait être assimilé, comme l'ont fait les auteurs de la théorie cellulaire, à aucune cellule de l'organisme.

Il ressort de cet exemple, choisi parmi les moins favorables, que les manifestations vitales des *animaux* sont fondamentalement différentes de celles des *éléments anatomiques vivants*, et en particulier des *cellules*. Ces dernières, en effet, vivent et fournissent, à l'occasion, leurs propriétés spéciales aux fonctions; les premiers vivent et fonctionnent. C'est par les fonctions, variables selon les espèces, que l'animal montre son individualité parmi les autres êtres. Il n'est donc pas permis d'assimiler, comme l'a fait M. Virchow, les cellules vivantes à des *individus* tels que la plante et l'animal.

On remarquera peut-être que nous avons pris un soin tout particulier pour réfuter une opinion en apparence accessoire dans la formule *omnis cellula a cellula*. C'est que cette opinion est très-grave en dépit de la facilité avec laquelle M. Virchow l'a émise. Du moment, en effet, qu'on peut assimiler la cellule organique à un animal ou à un végétal, il s'ensuit que les cellules proviennent par filiation d'autres cellules, et que l'élément cellulaire ne saurait être produit d'aucune autre façon; il s'ensuit encore que les cellules qui constituent certains produits pathologiques sont filles des cellules physiologiques, et c'est là-dessus précisément que repose toute la doctrine physiologique et pathologique de M. Virchow.

Le sujet méritait donc toute notre attention: *principiis obsta*. Mais le développement que nous avons donné à notre argumentation avait un autre but. Nous avons voulu appliquer les principes de physiologie générale que nous avons exposés plus haut; nous avons voulu montrer qu'ils sont indispensables à l'élucidation de tout problème physiologique; nous avons voulu prouver enfin que ces principes font complétement défaut à l'auteur de la pathologie cellulaire. M. Virchow, en effet, en accordant des *fonctions* aux cellules, dénature le sens du mot *fonction*; il répand ainsi la confusion la plus déplorable et il imprime aux progrès de la physiologie une impulsion *régressive*.

Dans ce qui précède, nous avons prouvé que M. Virchow n'était pas autorisé à comparer la cellule à un animal et que, par conséquent, il devait renoncer à trouver dans cette comparaison un argument favorable à sa théorie. Reste à savoir si le fait de la provenance des cellules les unes des autres est réel, et si la cellule est le dernier élément morphologique dans lequel la vie se manifeste.

Ici encore M. Virchow part d'un point de vue analogique absolument faux, et, de plus, le fait même de l'origine des cellules est erroné dans ce qu'il a d'absolu. Voyons d'abord le premier point.

Premier point. — Avec Schwann et beaucoup d'autres, M. Virchow établit une analogie complète entre l'ovule et les cellules en général, et, dès lors, en considérant surtout qu'à une certaine

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, et 23 25 mai.

période de son développement l'embryon est entièrement composé de cellules, il en conclut, avec une apparence de raison, que toute cellule provient d'une autre cellule. Les caractères morphologiques de l'ovule et des cellules plaident quelque peu en faveur de cette analogie, mais on n'est pas autorisé à résoudre les problèmes physiologiques par les procédés de la géométrie. D'ailleurs, les belles recherches de M. Balbiani sur l'ovule ne permettent plus, même au point de vue de la constitution anatomique, d'assimiler l'ovule à une cellule quelconque. Quelle est la cellule qui renferme à la fois un noyau et une vésicule embryogène? Aucune. Quelle est encore la cellule qui présente, comme l'ovule, une membrane d'enveloppe de formation cuticulaire? Aucune.

Comme nous le disions précédemment, c'est principalement par l'examen des manifestations vitales que l'on découvre les caractères spéciaux de la matière organisée vivante. Or, l'examen de ces manifestations s'oppose formellement à ce que l'on établisse la moindre analogie entre les cellules et le globule ovarique. Les premières sont des *éléments anatomiques*, jouissant de certaines *propriétés particulières*; le second est un *organe* remplissant, après la fécondation, une *fonction spéciale*. Former le corps vivant, telle est la fonction de l'ovule fécondé.

Quelques heures après l'arrivée des spermatozoïdes sur le globe vitellin, la fonction de l'ovule se manifeste par l'apparition, dans son centre, du noyau vitellin, puis par la formation des sphères de segmentation et la transformation complète du vitellus en cellules blastodermiques, et enfin par la disposition de ces dernières en membranes ou feuillets blastodermiques.

La formation des cellules et des feuillets blastodermiques est la première expression du pouvoir fonctionnel de l'ovule, et il ne faut voir, dans cette division de la substance vitelline, qu'un procédé de multiplication, qui doit aboutir à une division du travail physiologique. L'ovule ne cesse pas d'exister en tant qu'organe; mais ses éléments, ayant reçu une forme distincte par la segmentation, représentent autant d'*éléments fonctionnels* qui doivent concourir, chacun d'une façon spéciale, à la formation de l'être complet. C'est ce que l'on voit par l'apparition successive des divers systèmes organiques qui, pour la plupart, ont une origine blastodermique bien déterminée. Pendant que l'embryon se développe, l'ovule augmente de capacité ; son enveloppe constituée, successivement, par la membrane vitelline, par l'amnios et par l'allantoïde, plonge des racines profondes dans l'utérus; et enfin, lorsqu'il est parvenu au terme de son développement, c'est-à-dire après avoir acquis un volume trente mille fois plus grand, la rupture des membranes lui permet de se débarrasser de son contenu qui est l'être vivant.

En bonne logique, ceux qui ont comparé l'ovule à une cellule quelconque doivent suivre pas à pas le développement de l'ovule, et ils sont ainsi conduits à considérer l'œuf à terme comme une cellule dont le *chorion* et l'*amnios* formeraient l'enveloppe, le liquide amniotique le contenu, et le fœtus le noyau. C'est ainsi que l'être vivant, en venant au monde, représenterait le noyau expulsé d'une cellule ! Conclusion fort drôle en vérité, et qui dénote chez les faiseurs de semblables hypothèses un abandon que réprouve la sévérité scientifique.

Des manifestations vitales, semblables à celles que nous venons d'énumérer, nous n'en trouvons que chez les *êtres* unicellulaires vivants, c'est-à-dire dans les matières organisées qui sont pourvues de fonctions; les cellules de l'organisme, représentant des *éléments vivants* et doués de *propriétés particulières*, n'ont pas de *fonctions*. Certaines cellules de l'organisme peuvent, il est vrai, se multiplier par segmentation ou tout autre procédé, mais aucune d'elles ne constitue un tout organique, composé de parties essentiellement distinctes, se développant en proportion du développement de son contenu et possédant une fonction qui aboutit, non à la reproduction d'une cellule, mais à la formation d'un être vivant. Les cellules obéissent à la loi de multiplication de la matière en se segmentant; mais, ce faisant, elles *vivent* simplement sans remplir de *fonctions*.

L'ovule, lui, est un organe destiné à remplir une fonction, et c'est en vue de cette dernière que sa matière se segmente de diverses façons, mais toujours en restant sous la même enveloppe. On ne saurait donc assimiler les cellules à l'ovule formateur de l'être vivant.

Pour remplir sa fonction, l'ovule se sert de la forme cellulaire favorable à la multiplication de son pouvoir fonctionnel; mais, en cette occurrence, les cellules provenant de la segmentation du vitellus sont, comme les autres cellules, de *simples éléments fonctionnels* doués de propriétés particulières. Une cellule blastodermique, en effet, prise isolément, ne saurait remplir la fonction de l'ovule, et, à plus forte raison, elle ne pourrait pas être assimilée à cet organe, car, au point de vue physiologique, on ne peut pas assimiler le tout à la partie.

Il résulte de ce qui précède que, ni au point de vue de la constitution anatomique, ni au point de vue des manifestations vitales, on n'est autorisé à assimiler les cellules, en général, à l'ovule formateur de l'être vivant. Les premières sont des éléments fonctionnels; le second est un organe complet destiné à remplir une fonction.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

521. Harouin. Du soulèvement précordial (choc précordial); ses causes, son mécanisme.
522. Fessard. Des fractures traumatiques du cartilage du larynx.
523. Le Poil. Contribution à l'étude de la dilatation de l'estomac.
524. Chanseaux. Recherches statistiques sur la mortalité de la pneumonie à Paris, suivant les saisons.
525. Cazes. Du lait concentré en thérapeutique navale.
526. Chenet. De l'involution utérine et de l'engorgement utérin.
527. Marcano. De la psoïte traumatique.
528. Dupont. Étude sur le développement des organes génito-urinaires à propos d'un cas nouveau de vice de conformation utéro-vaginale.
529. Collignon. De l'alcool allylique et de la transpirabilité de quelques alcools monoatomiques.
530. Luna. Essai sur le traitement rationnel des dysentéries.
531. Regnier. De l'influence de certaines maladies constitutionnelles dans les affections utérines.
532. Grognot. Quelques considérations sur la rupture des kystes de l'ovaire par ouverture dans le vagin et par perforation de la paroi abdominale.
533. Longeaud. De l'influence des excès alcooliques sur la production de la phthisie pulmonaire, spécialement chez les aliénés.
524. Dumort. Essai sur la pathogénie de l'œdème des membres inférieurs.
535. Bardet. Étude physiologique et clinique sur la valeur thérapeutique des trois alcaloïdes soporifiques de l'opium (codéine, morphine, narcéine).
536. Patenostre. Études sur les altérations de la peau chez les vieillards.
537. Boiceseou. Contribution à l'étude du tabes dorsalis ataxique.
538. Pascal. Influence de la diathèse rhumatismale sur les localisations des abcès métastatiques.
539. Rejou. De l'hydarthrose intermittente.
540. Monin. Essai critique sur la pathogénie et l'étiologie des oreillons.
541. Pitoy. Contribution à l'étude de la pathogénie du mal perforant du pied.
542. Franco Bido. Étude séméiologique sur deux cas de fracture des os maxillaires supérieurs.
543. Lemaire. Étude sur les calculs enkystés de la vessie.
544. Robert. Des fistules dans les rétrécissements du rectum.
545. Dupeyron. Des thromboses veineuses dans la fièvre typhoïde.
546. Maricourt. Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme.

547. Gerbier. Essai sur la diagnostic différentiel de l'aliénation mentale et de la fièvre typhoïde.

548. Cortyl. Étude sur la folie puerpérale.

549. Garnier. Des idées de grandeur dans le délire des persécutions.

550. Ferry (Oscar). Essai sur l'organisation des convois sanitaires en campagne.

551. Yvon. De l'aphasie, interprétation des phénomènes.

552. Chayron. Sur un cas de kyste séro-hématique intra-péritonéal.

553. Moty. Des anévrysmes de l'aorte thoracique.

554. Grand. Considérations physiologiques et thérapeutiques sur l'air condensé (pression comprise entre une et deux atmosphères).

555. Ménard. Essai sur l'indifférence en matière de thérapeutique.

556. Laverde. Du bromhydrate de quinine et de son emploi dans la fièvre intermittente, rhumatismes, névralgies et autres affections.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en 1876 :

Prix de 1500 *francs*, partagé entre : MM. Emmerique, médecin aide-major de 1re classe au 11e régiment de ligne ; Mordret, docteur en médecine au Mans (Sarthe) ; Salesses, médecin aide-major à l'hôpital militaire d'Orléansville (Algérie).

Médailles d'or à MM. Bernard, médecin de colonisation à Bordj-Menaïel (Algérie) ; Géraud, médecin aide-major de 2e classe à Zemmorah (Algérie) ; Mouillé et Talon, médecins-majors au 59e de ligne ; Rey, docteur en médecine à Lille (Nord).

Médailles d'argent à MM. les docteurs : Bassompierre, médecin aide-major de 2e classe à Fort-national (Algérie) ; Baudon, médecin-major au 84e de ligne, à Avesnes (Nord) ; Béguerie, à Mauléon (Basses-Pyrénées) ; Benoît (Léopold), à Apt (Vaucluse) ; Bernès, à Manciet (Gers) ; Blanc, à Pourrières (Var) ; Bosq, à Montdauphin (Hautes-Alpes) ; Bourcier, à Creil (Oise) ; Brachet, médecin-major au 14e bataillon de chasseurs, à Auch (Gers) ; Brun, à Saint-Ceré (Lot) ; Cahon (Albert), vingtième arrondissement de Paris ; Castel, à Saint-Dizier (Haute-Marne) ; Charpentier, à Prémery (Nièvre) ; de Boret, à Jussey (Haute-Saône) ; de Fleury, à Angoulême (Charente ; Denozier, à Lucenay (Nièvre) ; Duvernoy père, à Audincourt (Doubs) ; Estèbe, à Villefranche (Haute-Garonne) ; Franchet, à Saint-Martin-en-Haut (Rhône) ; Grinda, à Nice (Alpes-Maritimes) ; Guéneau, à Moulins (Allier) ; Guézennec, à Tréguier (Côtes-du-Nord) ; Guidoni, à Ille-Rousse (Corse) ; Guillemaut fils, à Louhans (Saône et Loire) ; Hallé, septième arrondissement de Paris.

MM. les Drs : Labesque, à Agen (L.-et-Garonne) ; Lachaud, à Renaison (Loire) ; Lemercier, à Neubourg (Eure) ; Levasseur (P.), à Rouen (Seine-Inférieure) ; Lorbert, à Beaucourt (territoire de Belfort) ; Mangin, à Baccarat (Meurthe-et-Moselle) ; Mauquié, à Nogent-sur-Vernisson (Loiret) ; Morel, au Puy (Haute-Loire) ; Panis père, à Reims (Marne) ; Perret, à Rennes (Ille-et-Vilaine) ; Perronier, à Romans (Drôme) ; Petiteau (Marcel), aux Sables-d'Olonne (Vendée) ; Prallet, à Chambéry (Savoie) ; Puzet-du-Pouget, aux Vans (Ardèche) ; Rey, à Annecy (Haute-Savoie) ; Rivairol, à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; Robert, à Sisteron (Basses-Alpes) ; Rougier, à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Sagnier, à la Grand'Combe (Gard) ; Saulgeot, à Beaune (Côte-d'Or) ; Sicre, à Quillau (Aude) ; Vernet, à Roujan (Hérault).

MM. les officiers de santé : Brieude, à Marcillac-la-Croisille (Corrèze) ; Cambriels, à Saint-Laurent-de-la-Salanque (Pyrénées-Orientales) ; Dupuich, à Festubert (Pas-de-Calais) ; Guérit, à Renazé (Mayenne) ; Roger, à Plouigneau (Finistère).

Mmes les sages-femmes : Adam, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) ; Amaré, à Castelnau-Rivière-Basse (Hautes-Pyrénées) ; Auclair, à Bonnétable (Sarthe) ; Avril, à Châteaurenault (Indre-et-Loire) ; veuve Bellebarbe, à Cherbourg (Manche) ; Bertrand, à Lavaur (Tarn) ; Bisson, à Lisieux (Calvados) ; Bioteau, à Frossay (Loire-Inférieure) ; Charton, à Avallon (Yonne) ; Dandine, à Suc-et-Sentenac (Ariège) ; Dard, à Troyes (Aube) ; Dérus, à Besançon (Doubs) ; Desplanques, à Tourcoing (Nord) ; Dominique, à Saint-Julien (Jura) ; Dreuille, à Ham (Somme) ; Dreux, à Mézières (Ardennes) ; Faichaud, au Blanc (Indre) ; Finqueneisel, à Constantine (Algérie) ; Frès, à Langogne (Lozère) ; Gassin, à Toulon (Var) ; Istace, à Charleville (Ardennes) ; Labbé, à Chartres (Eure-et-Loir) ; Laborde, à Bergerac (Dordogne) ; Lafitte, à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées) ; Lambert, à Romorantin (Loir-et-Cher) ; Landren, à Lorient (Morbihan) ; veuve Laporte (Sophie), à Toulouse (Haute-Garonne) ; veuve Leblanc, à Bressuire (Deux-Sèvres) ; Lebrun, à Saint-Quentin (Aisne) ; Léger, à Charost (Cher) ; Le Luduec, aide-sage-femme à l'hôpital (Paris) ; Malmézac, à Aurillac (Cantal) ; veuve Marouby, à Tulle (Corrèze) ; Midroit, à Viverols (Puy-de-Dôme) ; Morin, à Verdun (Meuse) ; Naudin, à Fontainebleau (Seine-et-Marne) ; Parot, à Limoges (Haute-Vienne) ; Pépin, aide-sage-femme à l'hôpital Cochin ; Périchon, à Étampes (Seine-et-Oise) ; veuve Pic, à Nîmes (Gard) ; veuve Prélin, à Châtellerault (Vienne) ; Prieur, à la Ferté-Macé (Orne) ; Queyriaux, à Ussel (Corrèze) ; Renard, à Étauliers (Gironde) ; Rezant, à Dun (Creuse) ; Roussel, à Saumur (Maine-et-Loire) ; Sallefranque, à Tartas (Landes) ; Vuillermoz, à Bourg (Ain).

— Par arrêté en daté du 15 mai 1878, MM. Spillmann et Demange sont attachés, comme agrégés, à la Faculté de médecine de Nancy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la tuberculisation du tube digestif, par le docteur Paul Spillmann, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 volume in-8° de 240 pages, avec gravures dans le texte et 3 planches chromolithog. — Prix : 5 francs. Paris, F. Savy.

Du régime lacté dans les maladies, par le docteur Debove, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 115 pages. — Prix : 2 fr. 50. Paris, F. Savy.

Fibromes interstitiels de l'utérus, de leur guérison au moyen de l'hystérotomie ignée par les voies naturelles, par le docteur Abeille. In-8° avec 9 figures dans le texte. — Prix : 2 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'emphysème pulmonaire chez les tuberculeux, par le docteur Sturtz. In-8°. — Prix : 2 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Guérison des épanchements purulents les plus graves de la plèvre par suite des perfectionnements apportés par l'auteur à l'opération de l'empyème par incision intercostale, par le docteur Abeille. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du temps d'arrêt dans la marche des polypes naso-pharyngiens, par le docteur Samondis. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Al. Coccoz.

Sur les causes ordinaires d'insuccès dans l'extraction de la cataracte de Morgagni (cataracte à noyau flottant) et sur les moyens d'en triompher, par le docteur Georges Martin. In-8°. — Prix : 1 fr. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 63. — JEUDI 30 MAI et SAMEDI 1er JUIN 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 30 MAI et SAMEDI 1er JUIN 1878. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu dans cette séance un rapport de M. Poggiale sur les eaux de la Bourboule et des lectures de M. le docteur Delmas (de Bordeaux) sur l'action de la chaleur et du froid sur l'organisme; de M. le docteur Mascarel (de Châtellerault) sur la phthisie au Mont-Dore, et de M. le docteur Lannelongue, candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, sur l'ostéomyélite pendant la croissance. On trouvera les conclusions de ces trois mémoires dans le compte rendu de la séance.

Avant ces lectures l'Académie a procédé à l'élection d'un membre dans la section de médecine opératoire. M. F. Guyon, qui avait déjà approché du but dans l'élection précédente, l'a atteint dans celle-ci avec une très-belle majorité : 53 voix sur 77 votants. Qu'il soit le bienvenu.

Mardi prochain l'Académie tiendra sa séance publique annuelle, dans laquelle M. J. Béclard prononcera l'éloge de Nélaton, et M. H. Roger lira le rapport sur les prix.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Duplay.

De la coxalgie. — Son diagnostic (1).

II

Quand on procède à l'examen d'un individu qu'on suppose atteint de coxalgie, il faut donc avant tout se mettre en garde contre cette cause d'erreur. Pour cela, il suffit de déterminer si, au moment où l'on imprime un mouvement au fémur, ce mouvement se transmet au bassin.

Rien n'est plus facile que d'acquérir cette notion en mettant un doigt sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, pendant qu'avec la main restée libre on imprime des mouvements à la cuisse. Si le mouvement se passe dans l'articulation coxo-fémorale, l'épine iliaque antérieure et supérieure reste immobile. Si, au contraire, c'est dans l'articulation sacro-iliaque que ces mouvements ont lieu, la petite saillie osseuse s'élèvera ou s'abaissera suivant que vous imprimerez au fémur des mouvements d'élévation ou d'abaissement.

Le plus ordinairement, grâce à cette précaution, il vous sera facile même chez un individu qui présente seulement un commencement de coxalgie, de diagnostiquer un certain trouble dans l'état fonctionnel de l'articulation. Quelquefois, il est vrai, il y aura encore, dans ce cas, des mouvements assez étendus dans un sens ou dans l'autre; mais, si vous portez ceux-ci à leur limite extrême, le malade accusera de la douleur, et vous constaterez qu'alors le bassin est entraîné avec la cuisse.

Quand vous avez reconnu ainsi ces deux ordres de phénomènes : troubles de la sensibilité et surtout troubles de la motilité, vous avez de grandes présomptions en faveur d'une coxalgie. Mais, dans bien des cas, ces signes seront insuffisants pour établir, d'une manière positive, le diagnostic. Il faudra surtout alors avoir égard aux attitudes vicieuses de l'articulation. C'est grâce à elles, en effet, que vous reconnaîtrez ces coxalgies intermittentes dont je vous parlais tout à l'heure, car ce sont elles qui se montrent les premières lorsque la maladie apparaît.

La cause exacte de cette attitude vicieuse, que l'on rencontre d'ailleurs dans toutes les affections articulaires, n'est pas bien connue. Bonnet (de Lyon) l'expliquait par la distension de la synoviale. Il s'appuyait, pour soutenir cette opinion, sur ce fait que, toutes les fois que l'on fait dans une séreuse articulaire une injection de liquide considérable, chaque articulation présente une disposition qui lui est propre, de manière à favoriser le plus possible cette distension de la synoviale et par conséquent à diminuer la douleur. Mais cette théorie ne résiste pas à l'examen, et, chose curieuse, Bonnet, qui la soutenait, en a démontré lui-même l'inanité, en préconisant dans ce cas le redressement brusque du membre comme le meilleur mode de traitement de ces affections. C'est ainsi que vous verrez, dans les coxalgies les plus douloureuses, celles dans lesquelles les attitudes vicieuses sont le plus accusées, le redressement brusque du membre faire cesser la douleur, bien que cependant on mette l'articulation dans une position tout opposée à celle qu'elle occupait primitivement.

C'est un phénomène extrêmement commun dans l'histoire des maladies articulaires, que cette attitude vicieuse particulière qui se traduit extérieurement par un certain nombre de symptômes, mais qu'il est aussi très-difficile d'apprécier exactement, par cette même raison dont je vous parlais tout à l'heure, à savoir, que les mouvements peuvent se passer dans toute autre articulation que la jointure malade.

Dans la coxalgie, nous constatons, pour répondre à cette attitude vicieuse, des différences dans la longueur du membre, des altérations de forme et de direction du bassin, enfin des altérations du côté de la colonne vertébrale.

Nous allons prendre comme exemple, à cet égard, si vous le vou-

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 mai.

lez bien, deux de nos malades du service. Le premier sera cet enfant que je vous ai déjà cité au début de cette leçon.

Ce que l'on observe chez lui, c'est d'abord, quand il est couché à plat sur son lit, les deux membres appliqués l'un contre l'autre, un allongement de celui du côté malade. Mais, si nous le faisons lever, nous observons une difformité bien plus considérable. Nous constatons, en effet, que le bassin, du côté malade, est extrêmement abaissé, la fesse aplatie, le pli fessier considérablement descendu. Enfin, si nous examinons les conditions dans lesquelles la station se produit, nous remarquons que la colonne vertébrale, au lieu de rester droite et verticale, comme à l'état normal, décrit une grande courbure à convexité dirigée du côté malade.

Chez la jeune fille du n° 73 qui nous servira de second type de comparaison, nous trouvons des conditions tout à fait différentes. Si, en effet, nous l'examinons, comme le malade précédent, dans la situation horizontale, nous constatons, au lieu d'un allongement, un raccourcissement énorme du membre malade; puis, si nous la faisons lever, nous trouvons que le bassin, qui était précédemment abaissé, est au contraire notablement élevé, le pli fessier remonté, et qu'enfin le rachis, au lieu de présenter une courbure à convexité dirigée du côté malade, offre une disposition inverse.

J'ajouterai, mais ce phénomène a une importance tout à fait secondaire et qui disparaît devant celle des autres symptômes, que l'épine iliaque antérieure et supérieure qui, chez notre premier malade, proéminait en avant, fait ici une saillie très-apparente en arrière.

A quoi tiennent ces différences cliniques chez deux individus affectés, à n'en pas douter, d'une maladie semblable? Tout simplement à l'attitude vicieuse qui caractérise la coxalgie.

En effet, dans cette affection, le fémur peut se présenter dans deux attitudes différentes qui, toutes deux, ont la flexion pour caractère commun : c'est tantôt l'adduction avec rotation en dedans, tantôt la déduction avec rotation en dehors. C'est à l'aide de ces deux situations différentes qu'il faut comprendre tous les symptômes que nous venons de constater chez nos deux malades.

Si, en effet, dans les cas aigus, les sujets, dans la crainte d'éveiller la douleur en exécutant le moindre mouvement, restent continuellement couchés sur leur articulation malade et se refusent à étendre leur membre, il n'en est pas de même dans la forme chronique où les malades parviennent assez facilement à faire ce mouvement, de manière à rapprocher la cuisse malade de celle du côté sain. Mais on constate alors que, loin de se passer dans l'articulation coxo-fémorale, le mouvement a lieu dans l'articulation sacro-iliaque. Supposons alors que le membre fût dans l'adduction avec rotation en dehors, le bassin s'abaissera, et il en résultera un allongement que vous pourrez constater à la vue. Au contraire, le membre était-il primitivement dans l'adduction avec rotation en dedans, le bassin s'élèvera de la quantité qui mesurait l'intervalle compris entre les deux membres, et le rapprochement de ces derniers devenus parallèles, donnera lieu à de l'allongement en faveur du côté malade.

Dans la station verticale, les choses se passent de la même manière. Les sujets ayant leur membre fléchi, il leur faut, s'ils veulent marcher, l'étendre. Si celui-ci était dans l'abduction, le bassin devra par conséquent s'abaisser. Au contraire, il s'élèvera, si le membre était préalablement dans l'adduction. D'où, dans le premier cas, un aplatissement de la fesse, un abaissement du pli fessier, une courbure lombaire à convexité dirigée du côté malade; dans le second cas, au contraire, une élévation du pli fessier correspondant à la hanche affectée, une courbure de la colonne verticale regardant en sens inverse du précédent.

Tels sont les signes qui vous permettront de diagnostiquer en général l'existence de la coxalgie. Dans certains cas, ils sont tellement évidents que le diagnostic s'impose; dans d'autres (je ne vous parle ici, bien entendu, que des signes appartenant à la maladie confirmée), ils deviennent beaucoup moins nets. Ce serait même commettre une grave erreur que de vous attendre à les rencontrer avec le même degré de certitude, de simplicité qui caractérise quelquefois cette affection.

C'est surtout dans l'attitude vicieuse des membres malades que vous rencontrerez ces modifications fréquentes des sujets, qui jusque-là avaient été dans l'abduction, passant à un certain moment dans l'adduction et réciproquement. Ce passage d'une situation à une autre résulte des altérations de forme, de longueur, etc., qui surviennent du côté du col du fémur et de la cavité cotyloïde par le fait même de l'évolution de la maladie.

Jusqu'à présent, je ne vous ai parlé que des symptômes constatables à la vue, et je ne vous ai rien dit de la mensuration, employée comme moyen de diagnostic dans la coxalgie. C'est qu'en effet je considère, en clinique, ce procédé comme plus nuisible qu'utile, et que je pense qu'en présence de faits que l'on explique très-bien par la théorie, la mensuration est plutôt de nature à fournir des renseignements contradictoires, nuls au point de vue du diagnostic. Cela tient à ce que la plupart des déformations et des changements de longueur ne sont que des modifications apparentes résultant de l'attitude vicieuse prise par l'articulation, le membre continuant en somme à avoir la même longueur.

Est-ce à dire que l'on n'observe jamais, dans la coxalgie, de changements réels dans la longueur du membre malade? Non, car, s'il est vrai que, dans l'immense majorité des cas, surtout pendant la première période de la maladie, vous n'avez affaire qu'à des changements de longueur apparents, il arrivera de temps en temps que, chez les sujets atteints depuis longtemps, vous trouverez des allongements ou plutôt des raccourcissements réels. Malheureusement, dans ce cas, il n'y aura de doute pour personne, et il ne sera pas besoin, pour le constater, de recourir à la mensuration.

Ces raccourcissements, qui sont de beaucoup les plus fréquents, sont dus à deux causes principales. La première, c'est le déplacement de la tête fémorale, résultant de la déformation des surfaces articulaires soit aux dépens de la cavité cotyloïde, soit au détriment de la tête elle-même. Dans ce cas, ce que l'on observe le plus fréquemment, c'est la luxation de la tête du fémur dans la fosse iliaque externe. Elle se rencontre surtout chez les individus dont le membre se met, dès le début, dans l'adduction et dans la rotation en dedans. Il en résulte, en effet, que, la pression siégeant sur le bord postérieur du sourcil cotyloïdien, celui-ci s'use progressivement et que la tête du fémur finit par glisser dans la fosse iliaque externe.

Une autre cause qui souvent s'ajoute à celle-là, c'est qu'en même temps que la cavité cotyloïde s'use ainsi sur un de ses bords, la tête du fémur subit une altération semblable et tend elle-même à disparaître.

La seconde cause qui amène ces raccourcissements réels, c'est l'atrophie du membre malade. Le plus ordinairement, en effet, quand la maladie survient chez des individus jeunes, le fémur d'abord puis les os de la jambe eux-mêmes subissent dans leur développement un arrêt très-manifeste, si bien que, lorsque les malades arrivent à un âge plus avancé, ils présentent un membre inférieur d'enfant, à côté d'un membre d'adulte.

Tels sont les principaux moyens à l'aide desquels vous pourrez diagnostiquer la coxalgie. J'aurais pu m'étendre davantage sur cette maladie, vous en faire connaître le pronostic, toujours fâcheux, le traitement, l'étiologie, mais cette étude me conduirait trop loin. Elle fera plus tard, quand l'occasion s'en présentera, le sujet d'une autre leçon.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de l'hypochondrie par le phosphure de zinc

Par M. le Dr Camille Trubert.

Est-il une maladie plus désagréable à soigner que l'hypochondrie, cette plaie de nos cabinets? Exhalant des plaintes continuelles, criant contre la médecine et les médecins, l'hypochondriaque va promenant ses doléances de guérisseur en guérisseur, et c'est avec effroi que nous le voyons revenir, nous faisant perdre des heures à l'écouter, sans savoir que trouver pour le soulager.

Posséder enfin un moyen qui guérisse véritablement et rapidement ces malades nous paraît donc une bonne fortune pour le médecin autant que pour eux; et ce moyen, nous croyons fermement, d'après ce que nous avons vu et entendu, qu'on le trouvera dans l'emploi du phosphure de zinc.

Nous ne parlerons pas d'observations inédites que nous avons recueillies dans les hôpitaux et qui seront probablement publiées par leurs auteurs, mais nous pouvons citer trois faits qui nous paraissent très-suffisants pour autoriser un essai dans tous les cas qui pourront se présenter à notre pratique. Nos lecteurs en jugeront d'ailleurs.

Deux de ces faits appartiennent à un ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, le docteur Couyba, de Sainte-Livrade (Lot-et-Garonne), qui les a décrits avec tout le soin qu'on peut attendre d'un observateur expérimenté, et nous lui laissons la parole :

Observation I. — « Au commencement du printemps de 1876, je fus appelé auprès d'un ouvrier menuisier de Sainte-Livrade, le sieur E. Calbet, âgé de 32 ans environ. Je le trouvai en proie à une tristesse profonde, se croyant perdu, s'affligeant des moindres circonstances extérieures, les yeux fixés comme dans la poursuite d'une obsession intérieure, passant souvent la main sur son front comme pour en chasser ses préoccupations, répondant peu ou pas du tout aux questions posées. Après beaucoup d'insistance, j'obtins une explication sur ses antécédents. Il me raconta que, depuis l'âge de 7 ans, où il avait été terriblement impressionné par une exécution capitale à Puy-l'Évêque (Lot), il était de temps en temps assailli par des terreurs invincibles et inéluctables, qui lui donnaient la pensée de la mort et le portaient à croire à l'imminence des plus grands dangers.

« J'ordonnai du bromure de potassium et une hydrothérapie *sommaire* par un lavage général à l'eau froide tous les matins; comme hygiène, la reprise du travail combinée avec un exercice prolongé au grand air. Après deux semaines, le mal s'étant à peine amélioré, je l'envoyai à la campagne chez ses parents, d'où il revint, un mois après, assez bien.

« Vers la fin de l'été 1876, mon sujet fut ressaisi par un nouvel accès d'hypochondrie. J'employai aussitôt le phosphure de zinc, à la dose de 2 granules de 4 milligrammes chaque, et j'obtins une amélioration et une guérison rapide, laquelle s'est maintenue depuis 7 mois. »

Observation II. — « Mme Esp..., de Fongraves (Lot-et-Garonne), femme de 45 ans. En novembre 1876, à la suite de la perte d'une de ses filles, âgée de 18 ans, elle tomba dans une anémie profonde, accompagnée d'un nervosisme excessif caractérisé ainsi qu'il suit :

« *Centre nerveux :* Mélancolie, céphalalgies, névralgies sur les branches temporo-frontales du nerf maxillaire supérieur. Extrême mobilité des douleurs dans les diverses parties du corps.

« *Système circulatoire :* Palpitations cardiaques *sans lésions organiques*; battements aortiques à l'épigastre d'une telle violence qu'on les aurait pris, si l'on n'était averti de ces faits, pour un anévrysme de cette artère, méprise qui arriva un jour à Laennec.

« *Appareil digestif :* Inappétence, dyspepsie intestinale, borborygmes et tympanite fréquente.

« *A la peau :* Hyperesthésie au creux épigastrique, et plus spécialement à l'hypochondre gauche, avec contracture intermittente des muscles droits.

« *Du côté des organes génitaux :* Aménorrhée et, chose remarquable pour un organe habituellement insensible, hyperesthésie très-manifeste à la face postérieure du corps de l'utérus, sans autre altération qu'une légère rétroversion, avec intégrité et insensibilité du col.

« *Du côté des muscles :* Asthénie générale.

« *Traitement tonique :* Amers, oxalate de fer, vin de kina et hygiène appropriée. Après deux mois de ce traitement, retour partiel de l'appétit, retour des règles, relèvement des forces, mais persistance de l'état névrosique *chez une femme qui n'avait jamais été nerveuse*, et persistance spécialement de l'hypochondrie (idées noires, interprétations pessimistes des moindres symptômes, obsession de l'idée d'une mort prochaine). J'essayai, mais inutilement quant aux nerfs, de l'arséniate de soude et de l'arséniate de fer, administrés successivement.

« En présence de ces tentatives infructueuses, je m'adressai, vers le mois de mars 1877, au phosphure de zinc (3 granules par jour). Après une quinzaine, les phénomènes cérébraux (hypochondrie, insomnie), allèrent s'atténuant. Les phénomènes nerveux végétatifs (battements aortiques, palpitations cardiaques) disparurent.

« Avec la mobilité ordinaire aux névrosiques, la malade, se sentant mieux, voulut cesser parce que ces pilules « l'ennuyaient », pour me servir d'une expression adoucie. Les désordres nerveux ne tardèrent pas à reparaître, mais moindres cependant qu'au début de l'affection. Nous reprîmes le traitement par le phosphure de zinc. A la fin d'avril 1877, l'amélioration reparut et se maintient encore, sans pour cela que les troubles nerveux ait complétement disparu. Cependant l'état actuel permet d'espérer leur cessation prochaine. »

Le troisième fait dont nous avons voulu parler est du docteur Picon, de Carnoules (Var); nous en dirons seulement quelques mots.

Il s'agit d'une veuve de 60 ans, atteinte depuis longtemps d'une mélancolie invincible, recherchant l'isolement, versant sans motifs d'abondantes larmes et éprouvant la plus grande répugnance à se nourrir. Soignée par plusieurs médecins et par le docteur Picon, aucune amélioration n'avait été obtenue dans son état. Sur les conseils du docteur Picon, elle fait usage de phosphure de zinc et la guérison est complète. Elle a repris sa gaieté, elle fréquente le monde comme avant sa maladie, elle voyage sans nulle crainte, etc.

Comme nous le disions au début, ces faits sont on ne peut plus probants, et, en employant du phosphure de zinc dont on soit sûr, on obtiendra très-certainement les mêmes résultats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mai 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1877, dans les départements de la Seine-Inférieure et du Nord (commission des épidémies); 2° les rapports généraux de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Vichy pour 1877, d'Évian et de Barbotan pour 1876 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° un pli cacheté déposé par M. Burq (accepté); 2° une lettre de M. Bitot, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, qui envoie, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un essai de stasimétrie; 3° un travail de M. Berrier-Fontaine, intitulé : *Addition au Mémoire présenté l'année dernière à l'Académie des sciences*, et intitulé : *Physiologie*.

PRÉSENTATIONS

M. Giraud-Teulon présente, au nom de M. le docteur Favre, une brochure intitulée : *Nouvelles recherches sur la détermination quantitative de la vision chromatique.*

M. Bergeron présente, au nom de M. le docteur Gibert (du Havre), diverses brochures contenant des rapports présentés aux souscripteurs pour les dispensaires des enfants malades.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. Ferdinand de Lesseps, une brochure intitulée : *Exposé des mesures prises en Égypte contre l'épidémie cholérique du Hedjaz, de 1877 à 1878*; 2° au nom de M. le docteur Houzé de l'Aulnoy, une brochure intitulée : *Étude expérimentale sur l'asphyxie par submersion.*

M. JULES GUÉRIN met sous les yeux de l'Académie un nouveau trocart à ailettes ou en tirebouchon, destiné à pratiquer des évacuations répétées, l'instrument restant en place et construit de façon à empêcher sa sortie de la plaie et à prévenir toute pénétration de l'air.

RAPPORT

M. POGGIALE, au nom de de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur l'analyse des sources de la Bourboule.

Les conclusions sont adoptées.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

La liste de présentation portait :

En première ligne.	MM. Guyon.
En deuxième ligne.	Duplay.
En troisième ligne.	Gaujot.
En quatrième ligne, *ex æquo*	Desormeaux. Desprès. Le Dentu.

Le nombre des votants est de 77. — Majorité, 39.

Ont obtenu : MM. Guyon.	53	suffrages.
Desormeaux	13	—
Duplay	5	—
Desprès.	3	—
Gaujot.	2	—
Un bulletin blanc.		

En conséquence, M. Guyon est proclamé élu.

L'ordre du jour appelait la nomination d'un membre devant représenter l'Académie au Conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Barth, décédé.

Mais, sur la proposition de M. Gosselin, l'Académie décide qu'il sera nommé une commission composée d'un membre de chaque section et chargée de faire, dans la plus prochaine séance, un rapport sur cette nomination.

Cette commission se compose de MM. Piorry, Bernutz, Cloquet, Chatin, Richet, Charcot, Blot, Roussel, Bouley, Dumas, Jules Lefort, Dechambre.

LECTURES

M. DELMAS (de Bordeaux) lit un travail sur l'action de la chaleur et du froid sur l'organisme. Ce travail se résume dans les cinq propositions suivantes :

1° Pendant l'administration d'une douche froide précédée ou non de l'emploi du calorique, faite à la température de 10 à 25 degrés, et d'une durée de trente secondes à cinq minutes, la température centrale du corps et celle de la zone intermédiaire *ne sont pas ou sont très-peu abaissées ;*

2° Alors que le corps, n'exécutant aucun mouvement pendant les heures qui suivent l'administration de l'eau froide, ne facilite en rien le prétendu mouvement de réaction admis par tous les auteurs, et bien que le sujet n'éprouve qu'un sentiment de chaleur très-modéré ou de fraîcheur et quelquefois même des frissons, la température centrale et celle de la zone intermédiaire baissent fort peu ou remontent et dépassent même les chiffres accusés avant la douche, la vitesse du cœur se relève et la tension artérielle reste très-élevée ;

3° L'exercice qui suit l'application d'une douche froide, lequel est fait dans le but de provoquer un mouvement de réaction organique, ou tout au moins d'aider son développement spontané, a pour résultat physiologique *vrai* d'amener un abaissement persistant de la température et de même une diminution dans la vitesse du pouls et un abaissement de la tension artérielle, c'est-à-dire de produire tout l'inverse de ce qu'on avait pu croire jusqu'à ce jour ;

4° Sous l'influence d'une application froide, les summums et les minimums de la vitesse du cœur correspondent aux summums et aux minimums de la tension artérielle ; par conséquent, ils sont dans un rapport inverse de l'état physiologique normal ;

5° Après l'application d'une douche froide, le sujet se refroidit en réalité, et sa température ou celle de la zone intermédiaire centrale s'abaisse précisément alors qu'il éprouve une sensation de chaleur, et tout au contraire elle se relève et se maintient à son chiffre quand il éprouve des frissons.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Roger et Peter.

M. MASCAREL (de Châtellerault) lit un travail intitulé : La phthisie au Mont-Dore.

En voici les conclusions :

1° La caractéristique des eaux du Mont-Dore, c'est d'être un précieux moyen de diagnostic des maladies des poumons, en mettant immédiatement en évidence les lobes, lobules ou petits groupes vésiculaires en état de souffrance. Car, partout où il n'y a rien, la respiration devient, quand même, plus profonde, plus souple, plus ample, plus douce, plus moelleuse, plus aréolaire.

Une autre caractéristique de ces eaux, c'est que quiconque a passé par les pratiques thermales perd absolument toute aptitude à s'enrhumer quelquefois dès la première saison.

2° A l'inverse des eaux sulfureuses qui congestionnent les centres respiratoires et allument la fièvre, celles du Mont-Dore opèrent un mouvement centrifuge inverse, décongestionnent les poumons, gonflent la peau et provoquent un épanouissement général dans les réseaux vasculaires de Malpighi. Conséquemment, loin de cicatriser les plaies qui relèvent du traumatisme, elles les entretiennent et ne les guérissent point, pas plus que les ulcères et accidents syphilitiques.

3° En décongestionnant les poumons, loin de provoquer des hémoptysies, elles s'opposent à leur production ; elles sont antihémoptoïques par excellence.

(Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Jules Lefort, Gubler et Hérard.)

M. LANNELONGUE lit un mémoire sur l'ostéomyélite pendant la croissance.

Voici les conclusions principales de ce travail :

1° L'affection décrite par les auteurs sous les noms de nécrose aiguë, de périostite aiguë, phlegmoneuse diffuse, d'abcès sous-périostique, d'ostéite épiphysaire aiguë des adolescents ou juxta-épiphysaire, d'inflammation pseudo-rhumatismale des os et des articulations chez les enfants, n'est, en réalité, qu'une ostéomyélite aiguë.

2° Les os longs y sont les plus exposés, mais les os courts du pied, de la main, de la colonne vertébrale et les os plats du tronc et du crâne y sont également sujets ; elle prend une gravité peut-être plus grande dans ces deux dernières espèces d'os.

3° Dans les os longs, son siège primitif se trouve dans l'encoche qui unit les diaphyses aux épiphyses, plus ou moins près du cartilage épiphysaire ; dans une proportion de 15 à 20 pour 100 environ, ce cartilage demeure intact et l'affection progresse indifféremment vers l'épiphyse ou la diaphyse ou dans ces deux directions à la fois. Elle ne suit donc pas la marche ascendante qu'on lui avait assignée primitivement.

4° L'une des conséquences les plus promptes de l'ostéomyélite est un décollement du périoste avec abcès sous-périostique ; mais la présence de cet abcès n'est pas une condition nécessaire de l'affection. Les conséquences les plus prochaines après l'abcès sont une nécrose ou un affaiblissement de l'os par destruction de son cartilage épiphysaire ou par raréfaction osseuse ; les nécroses présentent une série de variétés, parfaitement explicables par la nature du travail de l'ostéomyélite et les troubles circulatoires qui en découlent.

L'affaiblissement de l'os conduit à trois états nouveaux, distincts les uns des autres, qui sont le décollement épiphysaire, les séparations des diaphyses, les fractures spontanées.

5° Parallèlement à la nécrose et à la raréfaction osseuse, il se fait un travail de réparation dont les efforts aboutissent à la constitution d'un nouvel os. La texture, la disposition du nouvel os, par rapport à l'os ancien, créent de nouveaux états qui dénaturent la physionomie primitive de l'affection.

6° Les complications articulaires n'existent pas toujours: leur apparition aggrave singulièrement le pronostic de l'affection. Il en est de même de l'existence des ostéo myélites secondaires dont les atteintes sont si communes pendant le cours de l'affection.

7° Dès que le diagnostic de l'affection est établi, la trépanation de l'os est la seule méthode dont l'opportunité et les indications soient indéniables. L'affection ayant une origine constante, à l'une des extrémités des diaphyses, c'est en ce point que les désordres seront le plus accusés, au début comme plus tard; c'est là un premier lieu d'élection pour la trépanation. (Renvoyé à la section de pathologie chirurgicale.)

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

HISTOLOGIE ET THÉORIE CELLULAIRE (1).

Par M. le docteur Édouard Fournié.

V

Deuxième point. — Nous venons de prouver que, pour légitimer la formule : *omnis cellula a cellula*, il n'est pas permis d'assimiler l'ovule à une cellule. Voyons à présent s'il est vrai que tous les tissus proviennent de la *prolifération* des cellules blastodermiques. Quelques jours après la fécondation, l'embryon est entièrement formé de cellules. Ces cellules, il est vrai, présentent des caractères morphologiques, différant selon le feuillet blastodermique dans lequel on les trouve; mais ce ne sont pas moins des cellules, et on ne rencontre au milieu d'elles aucune autre substance figurée ou amorphe. Ce fait incontestable est, en apparence, l'argument le plus favorable à la théorie *omnis cellula a cellula;* mais il s'agit de l'interpréter judicieusement. L'être vivant complet étant le résultat d'une série de transformations de la matière organisée, cette dernière a été soumise à certaines formes déterminées, favorables aux transformations successives. La forme cellulaire est celle qui se prête le mieux à ces transformations, et c'est elle qui est la plus répandue durant la période embryonnaire. Mais cette forme est-elle la seule? A-t-elle, d'ailleurs, la signification fondamentale que M. Virchow lui accorde? Telles sont les questions qu'il faut résoudre.

Non, la forme cellulaire n'est pas la seule dont se serve la *fonction formatrice* pour arriver à ses fins. Les divers systèmes organiques sont à peine dessinés dans l'embryon, que l'on voit se développer plusieurs tissus qui n'ont aucun rapport généalogique avec les éléments cellulaires. C'est ainsi que la gaîne qui entoure la notocorde (corde dorsale) se constitue à l'état de membrane anhiste sans que l'on puisse faire intervenir dans sa formation aucun élément cellulaire. Il en est de même du myolemme, du périnèvre, de la capsule du cristallin, de la membrane de Descemet, des parois propres glandulaires, et, en général, de toutes les membranes fondamentales désignées par Tood et Bowman sous le nom de *basement-membrane*.

C'est ainsi, encore, que lés substances amorphes, constituées par de la matière organisée vivante, et entrant comme élément essentiel dans la constitution de la plupart des organes, n'ont aucune provenance cellulaire. La substance hyaline qui sépare, chez l'embryon, les *masses interapophysaires*, et qui deviendra plus tard le cartilage des apophyses transverses et épineuses, ne renferme aucun élément cellulaire. La substance *amorphe cérébrale*, qui apparaît en même temps que les myélocytes et avant la formation du corps des cellules nerveuses et des cylindres d'axe, n'est pas non plus de provenance cellulaire et surtout ne saurait être confondue avec le tissu lamineux, comme le fait M. Virchow, en désignant cette substance sous le nom de *névroglie*.

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23, 25 et 28 mai.

Les raisons que donne M. Robin pour démontrer l'erreur de M. Virchow sont tout à fait démonstratives. La *myéline*, la substance fondamentale du tissu muqueux, sont des substances amorphes qui n'ont d'autre rapport avec les cellules que des rapports de voisinage. Le *plasma* sanguin, véritable substance amorphe, qui se montre dans le conduit cardiaque, dès que celui-ci commence à se contracter, n'a aucun rapport généalogique avec les *hématies* ou tout autre corps cellulaire.

C'est ainsi enfin que les appareils calcaires et chitineux, qui jouent un si grand rôle dans la constitution anatomique de certains animaux, représentent des masses non cellulaires, n'ayant aucun rapport d'origine avec la segmentation proliférante des cellules.

Les faits qui précèdent sont authentiques; ils ont été relevés par des hommes dont la compétence n'est pas douteuse (1). Nous sommes donc autorisé à conclure que la forme cellulaire n'est pas la seule, contradictoirement à ce qu'a avancé M. Virchow, dont se serve la *fonction formatrice* pour constituer l'être vivant.

Mais cette question de forme géométrique serait indifférente pour nous, — car il faut bien que la matière organique affecte une forme quelconque, — si M. Virchow ne lui avait pas accordé une importance de premier ordre en considérant la cellule comme *l'unité fondamentale organique*, et le point de départ de tout phénomène physiologique et pathologique. C'est à ce nouveau point de vue que nous allons envisager la question.

M. Virchow est convaincu que toute cellule est nécessairement constituée par une *paroi d'enveloppe* et par un noyau. Cette manière de voir est fort séduisante, et l'on conçoit aisément que M. Virchow se soit laissé entraîner à considérer la cellule, ainsi *entrevue*, comme la base de tous les phénomènes vitaux. Si, en effet, toutes les cellules étaient constituées par une membrane d'enveloppe et un noyau, on serait obligé de reconnaître que la cellule forme un élément distinct, tout à fait caractéristique, et dont la destinée physiologique est sans égale. Malheureusement pour M. Virchow, il n'en est pas ainsi, et il est aujourd'hui plus que prouvé que la plupart des cellules n'ont pas d'enveloppe. Les cellules blastodermiques, en particulier, sont dépourvues d'enveloppe. Les conséquences de ce fait sont on ne peut plus défavorables à la théorie cellulaire. Du moment, en effet, que les cellules n'ont pas d'enveloppe, ce ne sont plus des cellules, mais de simples corpuscules globuleux, constitués par un noyau qu'entoure un protoplasma quelconque, et la *cellule*, en tant qu'organe distinct, n'existe plus qu'à l'état d'exception. Du moment que l'enveloppe n'existe pas, la cellule n'est pas « la seule forme élémentaire qui sert de base à tous les phénomènes vitaux », car, avant la cellule, il y a les corpuscules figurés et vivants qui, par une sorte d'attraction moléculaire spéciale, se sont groupés autour du noyau; il y a aussi le noyau.

Lorsque, par exemple, les corpuscules du vitellus se disposent de manière à former le noyau vitellin et les sphères de segmentation, ce n'est pas en vertu de la forme cellulaire de l'ovule que ces phénomènes se produisent; on ne peut les attribuer qu'à l'activité propre des corpuscules. Et quand la matière vitelline s'est entièrement segmentée de manière à former un amas de corpuscules à forme de cellule, dira-t-on que cette nouvelle forme est désormais la base des phénomènes vitaux? Non certes, car cette forme est elle-même dominée par l'activité propre des éléments qui lui ont donné naissance. D'ailleurs, cette forme est éminemment transitoire, et ne saurait être considérée que comme une *convenance anatomique* momentanée.

Les cellules d'épithélium, qui sont de véritables cellules constituant des tissus permanents, se développent dès la période fœtale d'après un procédé analogue à celui de la segmentation du vitellus. A mesure que les cellules des couches superficielles tombent en desquamation, elles sont remplacées par d'autres qui se développent spontanément dans les couches profondes au milieu de la substance amorphe. D'abord ce sont des noyaux qu'entoure le protoplasma non divisé,

(1) Ch. Robin, *Anatomie et physiologie cellulaires*. Passim. H. Bennett, *Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine*. Traduction française par Lebrun. Paris, 1873.

non segmenté en cellules; puis apparaissent des plans de division qui limitent les corps de cellules (1). Ici encore, et bien que plus tard le corps cellulaire s'entoure d'une véritable enveloppe, la forme dite de cellule est tout à fait accessoire, car elle est précédée et entièrement dominée par l'activité propre du noyau et par celle du protoplasma.

Les cellules nerveuses des centres nerveux n'empruntent aux cellules embryonnaires que leur noyau; celui-ci se segmente au milieu de la substance amorphe cérébrale, et ce sont ces nouveaux noyaux qui constituent les myélocytes, à l'état de noyaux libres, et les myélocytes cellulaires par l'adjonction d'une membrane enveloppante. Quant aux cellules ganglionnaires et du grand sympathique, elles débutent évidemment par la formation de petits noyaux autour desquels se développe plus tard un corps cellulaire (2). Ici encore, la forme dite de cellule ne peut être considérée que comme accessoire.

Enfin, lorsque les membres commencent à se développer dans l'embryon, il n'existe plus de cellules de provenance vitelline, et cependant comment expliquer la formation complète de ces organes? L'observation montre que des noyaux embryoplastiques servent de centre de génération aux cellules cartilagineuses, aux fibres, etc., etc. (3).

Les faits que nous venons d'énumérer prouvent clairement que la forme dite de cellule n'a pas l'importance que M. Virchow lui a donnée; ils prouvent que l'activité organique se montre dans les éléments bien avant leur groupement, sous forme globulaire; ils montrent enfin que, soit qu'on la considère dans l'embryon, soit qu'on la considère dans les tissus permanents, la forme dite de cellule emprunte son activité propre aux éléments qui se sont groupés sous forme globulaire, et ne représente, en définitive, qu'une *convenance anatomique et physiologique*. Dans les tissus permanents, elle est favorable à la constitution des membranes et à leur renouvellement; dans l'embryon, elle réalise mieux que toute autre la division du travail physiologique.

Après avoir prouvé que les cellules organiques ne sauraient être considérées comme des *unités vitales* assimilables à l'animal; après avoir démontré que la cellule n'est pas la seule forme de l'activité vitale; après avoir démontré que les *cellules ne portent pas, chacune en elle-même, le caractère complet de la vie*; après avoir démontré, enfin, que les cellules peuvent ne pas provenir directement d'une autre cellule, nous pourrions borner là notre critique, car c'est plus qu'il n'en faut pour démontrer le peu de valeur des hypothèses sur lesquelles repose la théorie cellulaire. Cependant, comme cette théorie a été le point de départ d'autres hypothèses qui servent de règle, parmi nous, aux investigations physiologiques et pathologiques, nous continuerons notre tâche jusqu'au bout.

On nous excusera si nous négligeons de parler des fameux *territoires cellulaires* conquis si facilement par M. Virchow sur le domaine de J. Goodsir. Les Anglais ont fait bonne justice de ce plagiat.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

(Deuxième liste.)

MM. J.-B. Baillière et fils	100 f.	» c.
le docteur J. Robert	10	»
le docteur Daremberg	20	»
les internes en médecine de l'hôpital de Lourcine	15	»
le docteur Tripier	20	»
le docteur Parrot	100	»
le docteur Worms	20	»
le docteur Arthur Chervin	10	»
Alexandre Schmidt, professeur de physiologie à l'universíté de Dorpat	25	»
le docteur Cuyon	50	»
les professeurs et élèves de l'école de médecine de Rennes	158	»
les professeurs et élèves de l'école de médecine et de pharmacie de Marseille	210	»
les internes en médecine de l'hôpital Saint-Antoine	40	»
le docteur Bouchard	40	»
les professeurs de l'école de médecine et de pharmacie de Caen	132	»
La *Gazette médicale de Paris*: MM. Bulzer, Berdinet, Decaisne, Demos, Dureau, Lebulle, Picard, Pozzi, Rufinesque, de Ranse, Rey, Ricklin, Delvaille, Grancher	140	»
le docteur Jules Falret	20	»
Morye	10	»
Gazette médicale de Strasbourg	50	»
	1,170 f.	» c.
le docteur E. Coroze (de Sainte-Geneviève)	5	»
Listes antérieures publiées par la *Gazette des Hôpitaux*	7,464 f.	50 c.
Total des listes de la *Gazette des Hôpitaux* à ce jour	8,639	50 c.

(1) Ch. Robin, *Anatomie et physiologie cellulaires*, p. 203.
(2) Robin, loc. cit., p. 412.
(3) Robin, loc. cit., p. 352.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La chaire de médecine du Collège de France est déclarée vacante.

— La Société d'anthropologie a inauguré ce matin, 31 mai, l'Exposition qu'elle avait été chargée d'organiser au Trocadéro.

— La Société contre l'abus du tabac tiendra, le dimanche 2 juin, à une heure et demie, sa séance solennelle de distribution de récompenses, au grand amphithéâtre du palais de la Sorbonne.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 3 juin à 3 heures précises, au Palais de Justice (salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil).

Ordre du jour: — I. Vote sur la candidature de M. Schœnfeld (de Bruxelles) au titre de membre correspondant étranger. — II. Étude médico-légale sur la combustion, par M. Brouardel. — III. Communication de la commission de jurisprudence, rapporteur M. E. Horteloup. — IV. Communication de M. Masbrenier.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation, le dimanche 2 juin, dans les forêts de Carnelle et de l'Isle-Adam. Rendez-vous à la gare du Nord: départ à huit heures vingt-cinq très-précises.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 2 juin, dans la forêt de Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord, à sept heures et demie, pour le train partant de Paris à sept heures cinquante-cinq pour la station de Montmorency.

— M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au Muséum, fera dimanche prochain, 2 juin, une course géologique publique aux célèbres gisements de coquilles fossiles de Cuise-Lamotte. Rendez-vous à la gare du Nord, où l'on prendra, à six heures du matin, le train pour Compiègne.

Étude clinique sur la peur des espaces (agoraphobie, des Allemands), névrose émotive par LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, in-8° de 76 p. Paris, 1878. — Prix: 2 fr. 50. — Ad. Delahaye, éditeur.

Le Directeur: Dr E. LE SOURD.

Paris, — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 64. — MARDI 4 JUIN 1878. 51° ANNÉE. MARDI 4 JUIN 1878. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Procédé opératoire pour la cautérisation des hémorrhoïdes.

Les méthodes de traitement ordinairement employées contre les hémorrhoïdes détruisent tout le bourrelet hémorrhoïdaire dans toute sa circonférence. M. Richet préfère ne le détruire qu'en trois points isolés, de façon à conserver des points de ce bourrelet intacts; ce tissu sain, conservé entre les trois points attaqués, s'atrophie d'ailleurs. Mais il se prête à la dilatation du sphincter beaucoup plus facilement que le tissu cicatriciel qui occuperait toute la circonférence si l'on détruisait les hémorrhoïdes circulairement et qui amènerait inévitablement des rétrécissements très-pénibles du rectum.

Il est donc très-avantageux de ne porter la pince-cautère écrasante que sur trois points seulement du bourrelet, puisque cette destruction est suffisante.

Pour cautériser les hémorrhoïdes, M. le professeur Richet se sert, depuis fort longtemps, de pinces spéciales qu'il a fait fabriquer pour cette opération.

Ces grosses pinces sont en fer, à mors larges et plats: leur forme rappelle celle des fers dont les repasseuses se servent pour apprêter les dentelles.

On fait chauffer au rouge ces pinces sur un réchaud.

Pendant ce temps, le malade étant chloroformé, le chirurgien, introduisant le doigt dans le rectum, fait saillir les lobes des hémorrhoïdes. Il passe à leur base un fil de fer monté sur une forte aiguille à suture, de sorte qu'en tirant sur le fil les hémorrhoïdes sont exactement maintenues au dehors. On passe ainsi un fil de fer dans toutes les directions, suivant la quantité et le volume des dilatations variqueuses. Un aide tient le fil de fer et fait proéminer autant que possible chaque hémorrhoïde. Le chirurgien, saisissant alors les pinces chauffées au rouge, écrase successivement chaque lobule hémorrhoïdaire entre le mors des pinces. La cautérisation est rapide, et, en quelques instants, toute l'hémorrhoïde est complètement détruite, le fil de fer devient libre. On cautérise successivement toutes les hémorrhoïdes; on comprend qu'on se sert d'un fil de fer pour attirer les hémorrhoïdes au dehors, puisqu'un fil ordinaire serait brûlé au premier contact du feu.

Pour éviter l'action du calorique sur les parties voisines de l'anus pendant la cautérisation, il est prudent de mettre, tout autour de la marge de l'anus, des compresses mouillées d'eau froide.

M. Richet a employé ce procédé plus de deux cents fois sans avoir observé plus d'un accident; et encore ce revers peut-il être attribué à une pneumonie survenue à la suite d'un refroidissement le jour même de l'opération.

Ce procédé de cautérisation est simple et facile: chacun peut se faire faire partout des pinces de ce genre et pourra, suivant l'heureuse expression d'un assistant, *volatiliser* les hémorrhoïdes.

HOPITAL TEMPORAIRE. — M. DUGUET.

Mort subite par embolie pulmonaire dans un cas de kyste ovarique volumineux compliqué d'ascite.

I

B..., cinquante-sept ans, couturière, entre à l'hôpital le 14 mai 1878. Cette femme, d'une constitution robuste, a toujours été bien portante. Ses règles venaient périodiquement avec abondance. Elle eut deux enfants; la ménopause survint à l'âge de quarante-huit ans, sans autre incident qu'un eczéma de la face.

Il y a quatre ans, B... aurait vu son ventre se tuméfier très-notablement, en même temps qu'elle se plaignait de douleurs gastralgiques et de flatulences; mais des cataplasmes et quelques infusions d'anis auraient fait disparaître ces premiers accidents, d'ailleurs peu inquiétants.

Depuis cinq mois, le ventre s'est mis à grossir progressivement, sans vives douleurs dans l'abdomen, sans retentissement apparent sur l'état général; le ventre grossissant toujours, c'est surtout depuis deux mois que la malade accuse la perte de ses forces et de son embonpoint; son amaigrissement aurait fait, dit-elle, des progrès considérables depuis cette époque, bien qu'elle ait conservé son appétit. Jamais elle n'a présenté ni vomissements, ni diarrhée, ni aucune trace d'œdème aux membres inférieurs. Éprouvant enfin depuis quelques jours une lourdeur et une fatigue plus grandes, elle vient dans ces conditions réclamer des soins à l'hôpital.

A son entrée, on est frappé par la maigreur de la face, des mem-

bres et du tronc; les yeux sont excavés, les pommettes saillantes; la peau est sèche partout, mais il n'existe aucune trace d'œdème aux malléoles, et le teint n'offre pas la teinte terreuse jaunâtre propre aux cachexies.

Le ventre présente un volume énorme; la taille, mesurée au niveau de l'ombilic, donne 105 centimètres. La forme générale de l'abdomen est bizarre. Il n'a pas la saillie proéminente du kyste ovarique; il n'a pas l'affaissement, l'élargissement latéral de l'ascite: il semble tenir à la fois de l'un et de l'autre; en tout cas, l'ombilic n'est pas saillant et les veines sous-cutanées de la paroi ont acquis un développement considérable qui dénote une grande gêne dans la circulation veineuse intra-abdominale.

A la main, on constate facilement dans le flanc et la fosse iliaque, du côté droit, une vaste tumeur allongée de haut en bas, de dehors en dedans, et envahissant la cavité de l'abdomen jusqu'au voisinage de la ligne médiane. Cette tumeur, mal limitée, est remarquable par sa rénitence, son élasticité et sa consistance généralement pâteuse; cependant quelques points paraissent un peu plus fermes, plus durs, tandis que d'autres, à côté, présentent une fluctuation douteuse.

La main perçoit encore, au milieu de la détension générale de l'abdomen, une tumeur grosse comme une orange, mais aplatie, siégeant dans le flanc gauche, et une autre un peu moins volumineuse au voisinage de l'ombilic. La pression exercée sur ces tumeurs est faiblement douloureuse; on parvient à faire glisser la paroi abdominale sur elles; mais, dans le flanc gauche, ce glissement s'accompagne d'un frottement péritonéal très-manifeste.

Quelle que soit la position donnée à la malade, ces diverses tumeurs conservent leurs rapports respectifs.

La percussion latérale fait constater très-nettement le flot d'un liquide. Il est donc probable qu'il existe une ascite.

La percussion indique, de plus, à cinq travers de doigt environ de l'ombilic, une ligne de niveau du liquide, ligne légèrement concave en haut; mais cette ligne de niveau ne se déplace point sensiblement en faisant quitter à la malade le décubitus dorsal pour le décubitus latéral droit ou gauche. De plus, la matité est complète dans toute l'étendue de l'abdomen au-dessous de cette ligne de niveau jusqu'au pubis et jusque dans les flancs. Il est donc probable encore que des brides péritonéales existent. D'ailleurs, au toucher, l'utérus est trouvé mobile, d'un volume ordinaire; le col est un peu mou, à peine entr'ouvert; les culs-de-sac sont libres; aucune tumeur n'est perçue au voisinage de l'utérus.

Le foie est refoulé jusqu'aux environs du quatrième espace intercostal; il en est de même de la rate. Le cœur est refoulé également en haut; il en résulte pour la malade une oppression et des palpitations faciles et assez fréquentes; une difficulté très-grande pour marcher, difficulté accrue encore par le poids du ventre. D'ailleurs, bruits du cœur réguliers et normaux, pouls à 84, respiration plus fréquente, 24 à 26, mais sans modifications importantes.

Les urines sont colorées, sans dépôt rougeâtre; elles ne contiennent ni sucre ni albumine. La langue est nette, l'appétit conservé, les garde-robes régulières; mais les digestions sont laborieuses et la malade accuse un peu plus d'oppression après chaque repas.

Le diagnostic posé est celui-ci: *Tumeur ovarique droite, probablement de nature maligne* (en raison de la grande déchéance accusée par la malade depuis deux mois), *d'un volume considérable, accompagnée d'un certain degré de péritonite lente subaiguë, avec ascite et tendance à l'envahissement du péritoine par des tumeurs analogues à celle de l'ovaire droit.*

Du 14 au 20 mai, la malade n'est soumise à aucun traitement actif. Malgré le refoulement du cœur et des poumons, l'oppression n'est pas telle qu'elle nécessite une intervention. La crainte de donner une sorte de coup de fouet à la péritonite subaiguë fait différer toute ponction, même exploratrice.

Tout allait bien, la situation semblait même, au dire de la malade, s'améliorer depuis son entrée; les jambes présentaient la même sécheresse, la même absence d'œdème et de douleurs à la visite du 20 au matin. Le soir, après avoir dîné, B... se lève, va aux cabinets qui sont annexés à la salle, y reste un instant et rentre dans la salle; mais, à peine avait-elle fait quelques pas, qu'on la voit tout à coup chanceler, pâlir, s'affaisser en criant: *Je meurs, je meurs.* On s'empresse autour d'elle, on la relève; elle était morte. L'interne de garde, quelques instants après, ne trouva plus qu'un cadavre.

Autopsie le 21 mai, trente heures après la mort.

Cavité abdominale. — Après l'incision de la paroi abdominale antérieure, il s'écoule environ deux litres d'un liquide ascitique citrin, translucide, contenant en suspension des fragments de fibrine coagulée. Puis apparaissent, en haut, les anses intestinales dilatées, distendues, qui ont refoulé le foie, l'estomac et la rate avec le diaphragme jusqu'au niveau de la quatrième côte environ.

Les deux tiers inférieurs de la cavité abdominale sont occupés et remplis par deux volumineuses tumeurs accolées intimement l'une à l'autre, selon une ligne un peu oblique en bas et en dedans. La tumeur de droite est bosselée, saillante, élastique et semi-fluctuante; celle de gauche est aplatie, tremblotante, et se compose d'un énorme kyste à parois très-vasculaires, mais d'une minceur extrême, contenant trois à quatre litres d'un liquide aqueux, translucide, peu visqueux. Vers le flanc gauche, la paroi du kyste s'épaissit et forme une tumeur étalée, à pourtour arrondi, constituée elle-même par une grande quantité de petits kystes de différents volumes et contenant des liquides de toute nuance et de toute consistance. Vers la région ombilicale existe un second épaississement analogue de la paroi. Ces deux épaississements représentent les deux petites tumeurs perçues pendant la vie.

Ce grand kyste est libre de toute adhérence, sauf en avant et à gauche, où des brides lamelleuses, assez épaisses et étalées, le rattachent à la paroi latérale gauche de l'abdomen. Leur section permet d'énucléer, de gauche à droite, la tumeur gauche kystique et la tumeur droite qui fait corps avec elle et qui n'est plus retenue dans la cavité abdominale que par un pédicule formé par le ligament de l'ovaire et le ligament large du côté droit.

La tumeur du côté droit mesure à elle seule 76 centimètres de circonférence; elle est oblongue de haut en bas, de dehors en dedans; son poids est considérable. Sa surface présente des bosselures de volume variable et des colorations diverses; des vaisseaux sanguins et nombreux y serpentent. A la coupe, elle est composée d'un nombre incalculable d'alvéoles, de loges, de poches, à cloisons plus ou moins épaisses, fibreuses, blanchâtres, à parois tantôt lisses et tantôt tomenteuses. Point de substance encéphaloïde.

Le liquide qui s'écoule de l'incision de cette masse kystique est de consistance et d'aspects différents: liquide, sirupeux, gommeux, épais, aqueux, blanc, jaune, verdâtre, de couleur chocolat ou puriforme, telles sont les variétés multiples qu'il présente en rapport avec les différentes loges kystiques qui le contiennent.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur LŒWENBERG.

III

Observation n° 2 (tirée du même mémoire, page 116). — Une dame de trente-trois ans présente une pharyngite granuleuse occupant presque la totalité du pharynx. Les mamelons caractéristiques deviennent de plus en plus évidents à mesure que le regard monte dans l'intérieur du pharynx nasal; autour des arrière-narines, ce sont des bosselures de la grosseur d'un pois.

Comparez aussi les observations n° 1 et n° 3.

On voyait ainsi, dans ces cas, que les granulations devenaient de plus en plus grosses et de plus en plus analogues aux tumeurs

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 23 et 25 mai.

adénoïdes à mesure que l'on approchait de la voûte du pharynx. La différence entre ces deux espèces d'excroissances consiste donc, selon nous, en un degré plus ou moins considérable de développement, ou plutôt en ce qu'un nombre plus ou moins grand des éléments de la muqueuse normale participent au travail hyperplastique. Tandis que dans la pharyngite granuleuse ou glanduleuse (ph. folliculaire de M. Virchow) les follicules solitaires dispersés dans le pharynx buccal sont seuls hypertrophiés (Virchow) (1); comparez aussi Rindfleisch (2), c'est au contraire tout l'ensemble des éléments de la muqueuse du pharynx nasal qui concourt au travail hyperplastique pour former les tumeurs adénoïdes de cette région. Il faudrait, pour trouver les causes de cette variété dans la grosseur des productions morbides de l'une et de l'autre cavité, tenir compte, peut-être, de ce que déjà la muqueuse normale du pharynx nasal est plus vascularisée et plus épaisse que celle du pharynx buccal et qu'elle contient plus de tissu adénoïde et de glandes que celle-ci, dont la muqueuse se compose de tissu conjonctif.

Nos observations personnelles, déjà anciennes, nous montrent donc dans le pharynx nasal des mêmes individus des tumeurs adénoïdes et de simples granulations glanduleuses, en même temps que tous les degrés de la transition des unes aux autres; ces observations nous ont autorisé à contredire, le premier, l'opinion des auteurs qui avaient soutenu jusque-là que la pharyngite dite granuleuse ou glanduleuse se borne au pharynx buccal et épargne absolument l'étage supérieur de l'organe de la déglutition. Ainsi, en 1862, Stifft disait encore dans son mémoire sur les pharyngites chroniques (3) : « La pharyngite granuleuse ne se propage pas jusque dans la cavité pharyngo-nasale. » Depuis, l'analogie de structure de ces deux groupes, qui a été démontrée histologiquement, surtout par B. Wagner (4), a corroboré notre manière de voir. Il serait donc plus rationnel, selon nous, d'embrasser sous un nom collectif tout cet ensemble de productions pathologiques: mais nous préférons renoncer à cette innovation pour ne pas introduire d'éléments de confusion dans cette question.

Les tumeurs des parois latérales se composant de tissu conjonctif, additionné seulement de plus ou moins d'éléments cytogènes, le nom de tumeurs adénoïdes ne saurait s'appliquer, à proprement parler, à la totalité du groupe que nous traitons ici. On pourrait faire la même objection aux dénominations de lymphômes, tumeurs lymphatiques « ou lymphadénômes », empruntées à la nomenclature de M. Virchow (5). Peut-être ne devrait-on donner à l'ensemble qu'une dénomination et la baser sur l'aspect des tumeurs et leur rôle pathologique; on les appellerait alors « tumeurs polypoïdes », en les distinguant ainsi, chose importante, d'avec les polypes pharyngo-nasaux sur lesquels nous allons revenir; mais cette dénomination aurait le défaut de ne pas comprendre les granulations du gosier, sans quoi nous la préférerions à celle de « tumeurs adénoïdes ». En effet, cette dernière dénomination a été créée par Velpeau pour remplacer « l'hypertrophie glandulaire » de M. Lebert et désigne tout autre chose que ce que nous avons en vue ici.

Mentionnons encore, pour terminer l'étude histologique, les *adénômes acineux* décrits par MM. Cornil et Ranvier (6) comme siégeant au voile du palais et dans le pharynx et qui sont réellement dus à une simple hypertrophie des glandes acineuses de la région. Des études ultérieures décideront s'il faut faire à ce groupe une place dans l'ensemble qui nous occupe.

Étiologie. — Le grand nombre d'observations contenues dans le mémoire de M. Meyer (de Kopenhague), et les affirmations de plusieurs auteurs qui ont vu les tumeurs adénoïdes surtout chez les habitants des côtes allemandes, semblent indiquer que le rude *climat* du nord favorise tout particulièrement le développement de la maladie en question. Mais, depuis que notre attention a été appelée sur ce point pour la première fois, en 1863, au début de notre carrière otologique, nous avons recherché ces tumeurs chez ceux de nos malades qui paraissaient présenter les symptômes d'un coryza chronique ou des troubles dans le pharynx supérieur, et nous avons découvert très-fréquemment des spécimens de cette affection, plus ou moins analogues à ceux que nous avons décrits.

(1) Virchow. *Pathologie des tumeurs*, trad. franç., t. III, p. 49.
(2) Rindfleisch. *Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre*, p. 300.
(3) Stifft, *in Canstatt, Jahresbericht* de 1863.
(4) *Archiv. d. Heilkunde*, 1865, VI.
(5) Loc. cit., p. 9.
(6) Loc. cit., p. 293.

Pas plus que le climat, les *conditions sociales* ne nous paraissent exercer une influence décisive, car nous rencontrons ces tumeurs aussi bien dans les classes les plus élevées de la société que chez les pauvres.

Il faut donc abandonner ces généralités et examiner de plus près quelles sont les conditions spéciales du développement des tumeurs adénoïdes chez l'enfant. Ici nous rencontrons, en premier lieu, le *tempérament lymphatique* dont nous avons constaté la présence chez l'immense majorité des enfants qui portaient ces végétations. Nous ne saurions nous en étonner, vu l'étroite affinité du tissu adénoïde avec celui des ganglions lymphatiques, dont l'engorgement caractérise justement au plus haut degré cette diathèse, et nous sommes surpris, au contraire, qu'on n'ait pas encore insisté sur ce véritable trait-d'union anatomo-pathologique.

Dans un ordre d'idées différent, l'*hérédité* nous semble jouer un rôle marqué quant à l'origine de cette maladie. On a quelquefois occasion d'observer des cas vraiment frappants de transmission des tumeurs adénoïdes à tous les descendants d'une famille par un père ou une mère qui en étaient atteints, témoin l'observation suivante:

Observation n° 3. — Nous donnons, en ce moment, nos soins à *toute une famille* appartenant à la classe la plus élevée de la société, dans laquelle nous sommes à même d'étudier l'affection dans ses différentes manifestations symptomatiques. Tous les enfants sont du même lit, et tous sont atteints; l'examen du père donne un résultat absolument négatif quant au naso-pharynx; mais il en est tout autrement de la mère: Mme X..., âgée de trente-cinq ans environ, respire constamment par la bouche et possède une prononciation un peu nasonnée. L'examen rhinoscopique montre des tumeurs adénoïdes peu volumineuses et assez dispersées; les fosses nasales sont le siége d'un catarrhe très-léger. Les amygdales sont normales. Il paraît que les troubles ont été beaucoup plus accentués dans l'enfance de Mme X... Il y aurait donc peut-être ici un de ces cas de métamorphose rétrograde des tumeur. dont nous allons traiter au chapitre du pronostic.

Passons maintenant en revue les enfants issus de ce mariage :

1. J. X..., âgé de six ans et demi, nous est amené le 16 avril 1877. Il présente un des spécimens les plus complets de l'affection. La figure porte l'expression presque pathognomonique d'hébètement; la bouche, constamment béante, donne issue à une salive abondante, quelquefois teintée de sang au dire des parents. Respiration bruyante, haletante et souvent comme entrecoupée d'un temps d'arrêt au maximum de l'inspiration. Prononciation caractéristique: au lieu de « maman », l'enfant dit « baba ». Poitrine excessivement plate (voir la symptomatologie spéciale).

L'examen local montre les amygdales normales; le pharynx nasal contient une tumeur lobée très-volumineuse et assez dure au toucher, descendant jusqu'au bord libre du voile du palais. Comme elle remplit complètement le haut de la cavité, il est impossible de préciser son insertion.

Elle est flanquée de plusieurs tumeurs beaucoup plus petites qu'elle. Les fosses nasales sont en état d'inflammation chronique très-légère; elles ne renferment aucun polype. Les dents présentent d'une façon frappante le vice de conformation décrit par M. Hutchinson, à l'exception des incisives inférieures qui sont saines. Les ganglions du cou sont engorgés. Ronflement nocturne; pas d'hémorrhagie, pas de difficulté d'avaler, pas de déformation de la face.

Les parents, chose incroyable, s'étaient peu préoccupés de l'ensemble des symptômes, pourtant si frappants et si pénibles à voir; ils ne m'avaient conduit l'enfant que pour une surdité bilatérale très-forte et déjà très-ancienne. Voici ce qui concerne les oreilles du petit malade : à gauche, il existe un écoulement purulent avec

perforation de la membrane du tympan; l'ouïe est extrêmement affaiblie. La surdité presque complète du côté droit est causée par une accumulation de cérumen et disparaît, aussitôt cette matière enlevée. Le tympan montre une cicatrice en avant et en bas du bout du manche du marteau provenant d'une ancienne perforation.

Dans la suite, il y a eu ici plusieurs inflammations intercurrentes de l'oreille moyenne aboutissant toutes à la perforation du tympan, juste à l'endroit que nous venons de désigner, et guérissant rapidement par la cicatrisation sous un traitement approprié. (Comparez à cet égard l'observation n° 4.)

Les tumeurs sont enlevées successivement par le broiement (les parents se refusant à toute autre opération). L'examen microscopique des fragments montre le tissu adénoïde caractéristique. A l'heure qu'il est, l'organisme de l'enfant commence à se remettre des perturbations multiples provoquées et entretenues par ces végétations. Ce résultat décide les parents à me conduire leurs autres enfants qui présentent les phénomènes suivants :

2. Mlle J. X..., cinq ans : ouïe bonne, bouche quelquefois ouverte, prononciation un peu embarrassée; ronfle beaucoup; végétations nombreuses, mais moins volumineuses que chez le n° 1 et le n° 3.

3. Mlle A. X..., quatre ans : bouche toujours béante, respiration haletante, prononciation nasonnée, ronfle. On trouve plusieurs tumeurs adénoïdes considérables, multilobées, remplissant le pharynx nasal depuis la voûte jusqu'au bord libre du voile du palais.

4. Mlle M. X..., huit mois : bouche toujours béante; il est probable qu'il existe, ici aussi, des productions morbides comme chez ses frères et sœurs, mais il est impossible, pour le moment, de s'en assurer par la palpation.

Nous ne saurions terminer ce chapitre sans mentionner brièvement que les tumeurs adénoïdes ont été trouvées très-souvent chez des sujets atteints de fissure congénitale du palais.

Symptomatologie. — Lorsque les tumeurs adénoïdes ont atteint un développement considérable, le passage nasal et la trompe d'Eustache se trouvent insuffisants pour les fonctions capitales dont l'exercice exige leur perméabilité normale (respiration, prononciation et ouïe).

L'ouverture permanente de la bouche et la prononciation particulière concourent alors avec la surdité à former un *type tellement caractéristique* que l'attitude et l'élocution du malade suffiraient presque pour poser le diagnostic, sans qu'on eût besoin de recourir aux deux méthodes d'examen physique (rhinoscopie et exploration digitale) dont nous allons traiter plus loin.

Mais il en est tout autrement tant que la maladie n'est pas encore arrivée à son summum, ou que les tumeurs adénoïdes, grâce à leur siège, n'entravent que peu ou point le passage nasal ou celui de la trompe d'Eustache. Il faut alors que l'éveil soit donné par d'autres symptômes; moins strictement caractéristiques, ils doivent néanmoins appeler l'attention sur le pharynx nasal et provoquer l'examen physique spécial qui seul révélera la véritable nature de l'affection.

Nous commencerons par l'étude des signes qui devront nous guider dans l'examen des cas peu avancés :

1° *Symptômes causés par les tumeurs adénoïdes à leur début.* — Un catarrhe pharyngo-nasal existe dès le début de l'affection : il est caractérisé par une sécrétion abondante dans les cavités nasales et pharyngiennes. Quand on fait ouvrir la bouche du malade, on voit une nappe d'un gris verdâtre plus ou moins largement étalée qui descend le long de la face postérieure du pharynx naso-buccal. Ces masses, *souvent teintées de sang*, sont expectorées en quantité considérable par la bouche et par le nez. Des granulations du pharynx buccal se trouvent souvent en même temps que les tumeurs adénoïdes de la partie nasale, chose toute naturelle, d'après ce que nous avons dit plus haut de l'analogie de ces productions pathologiques entre elles.

Nous avons été quelquefois surpris de rencontrer des symptômes indiquant la gêne de la respiration nasale, par exemple, l'ouverture fréquente ou même permanente de la bouche, déjà à une période très-peu avancée de l'affection; mais, en général, ces phénomènes ne deviennent vraiment éclatants que si la maladie atteint un développement considérable. Nous les traiterons donc de même que les troubles du côté de l'oreille, avec plus de fruit, lors de l'étude de cette dernière période.

ABSORPTION

PAR L'ORGANISME VIVANT DE L'OXYDE DE CARBONE INTRODUIT EN PROPORTIONS DÉTERMINÉES DANS L'ATMOSPHÈRE. — DÉGAGEMENT DE L'OXYDE DE CARBONE COMBINÉ AVEC L'HÉMOGLOBINE.

Par N. Gréhant, aide naturaliste au Muséum.

Les expériences d'intoxication par l'oxyde de carbone introduit en faibles proportions dans l'atmosphère, dont j'ai publié les résultats dans une précédente communication, ont été faites en fixant sur la tête d'un chien une muselière de caoutchouc qui était unie directement au ballon de caoutchouc contenant un mélange d'air et d'oxyde de carbone. L'oxygène de l'air était peu à peu absorbé par le sang, tandis que de l'acide carbonique était exhalé dans le ballon. En outre, la proportion centésimale de l'oxyde de carbone allait en diminuant dans le ballon à mesure que le sang absorbait ce gaz toxique. Au lieu de faire respirer un animal dans un milieu ainsi confiné dont le volume était égal à 200 litres, j'ai disposé autrement l'expérience pour isoler les phénomènes dus à l'action de l'oxyde de carbone de ceux qui pourraient être attribués à l'action de l'air confiné, et pour faire circuler dans les poumons un mélange renfermant une quantité constante d'oxyde de carbone.

Entre la muselière fixée sur la tête de l'animal et le ballon de caoutchouc, j'ai interposé un appareil à deux soupapes : l'une servant à l'inspiration dans le ballon, l'autre à l'expiration dans l'air, de sorte que le mélange gazeux qui pénétrait dans les poumons contenait toujours la même proportion d'oxyde de carbone mélangé avec de l'air pur, puis était rejeté par l'expiration dans l'air extérieur.

J'ai entrepris cette nouvelle série d'expériences afin de mesurer le rapport qui existe entre le volume d'oxyde de carbone qui est fixé par 100^{cc} de sang, et le volume de ce gaz que contiennent 100^{cc} d'air que l'animal est forcé de respirer.

Absorption de l'oxyde de carbone dans une atmosphère à 1 pour 100. — Pour composer cette atmosphère, j'emploie une cloche graduée en litres, d'une capacité de 10 litres, dont la tubulure est fermée par un bouchon de caoutchouc et par un robinet à trois voies; à l'aide de cette cloche, j'injecte dans le ballon 198 litres d'air et 2 litres d'oxyde de carbone, mélange à 1 0/0. Chez un chien du poids de 14 k. 500, on découvre l'artère carotide; on aspire dans le vaisseau 50^{cc} de sang qui est défibriné par l'agitation dans un flacon. On fait respirer à l'animal avec l'appareil à deux soupapes l'air du ballon ; les mouvements respiratoires sont énergiques; sept minutes après le début de l'inhalation l'animal s'agite; au bout de vingt-deux minutes, l'animal meurt; on ouvre l'abdomen, et avec un trocart on pique la veine cave inférieure; on recueille dans un flacon le sang qui s'écoule et qui est défibriné par l'agitation.

On détermine ensuite les plus grands volumes d'oxygène qui sont absorbés par le sang normal et par le sang intoxiqué.

100^{c} de sang normal ont absorbé 22^{cc} 1 d'oxygène, à 0^{cc} et sous la pression de 76^{c} ; 100^{cc} de sang intoxiqué pris dans la veine cave inférieure ont absorbé 11^{cc} 1 d'oxygène : la différence dans les deux pouvoirs absorbants est égale à 11^{cc} et représente le volume d'oxyde de carbone fixé par 100 de sang.

Comparons le volume d'oxyde de carbone fixé par 100^{cc} de sang au volume du même gaz qui était contenu dans le mélange toxique qui a circulé à travers les poumons; 100^{cc} d'air contenaient 1^{cc} d'oxyde de carbone, tandis que 100^{cc} de sang intoxiqué renfermaient 11^{cc} de ce gaz. Donc il y avait à volume égal onze fois plus d'oxyde de carbone dans le sang que dans l'air.

J'ai répété plusieurs expériences tout à fait semblables, en changeant chaque fois la composition du mélange d'air et d'oxyde de carbone que l'animal était astreint à respirer à travers l'appareil à

deux soupapes ; je citerai les résultats de trois expériences qui ont été faites successivement chez le même animal à plusieurs jours d'intervalle.

Absorption de l'oxyde de carbone dans une atmosphère à 1 p. 500. — Chez un chien du poids de 9 k. 450, on découvre l'artère fémorale et on prend un échantillon de sang normal qui absorbe 24^{cc}2 d'oxygène à 0° et sous la pression de 76^{c}. On fait respirer à l'animal de l'air qui contient 1/500 d'oxyde de carbone ; au bout d'une demi-heure, on fait une nouvelle prise de sang, dont 100^{cc} absorbèrent 14^{cc} 3 d'oxygène ; la différence 24,2 — 14,3 = 9^{cc} 9, représente le volume d'oxyde de carbone fixé par 100^{cc} de sang ; or 100^{cc} d'air contenaient 0^{cc} 2 d'oxyde de carbone. Il y avait donc dans le sang 49 fois plus d'oxyde de carbone que dans l'air qui a circulé à travers les poumons.

Absorption de l'oxyde de carbone dans une atmosphère de 1 p. 1000. — On compose dans le ballon de caoutchouc un mélange de 200 litres d'air contenant 200^{cc} d'oxyde de carbone pur, mélange à 1 p. 1000. 100^{cc} de sang normal pris dans l'artère carotide absorbaient 25,5 d'oxygène ; tandis que 100^{cc} de sang, pris dans le même vaisseau une heure dix minutes après le début de l'intoxication, purent absorber 15^{cc},5 d'oxygène. La différence égale à 10^{cc}, représente le volume d'oxyde de carbone fixé par 100^{cc} de sang ; mais 100^{cc} d'air contiendraient seulement 0^{cc} 1 de gaz toxique ; donc un volume de sang a fixé cent fois plus d'oxyde de carbone qu'il n'y en avait dans un volume égal d'air qui a circulé dans les poumons.

Absorption de l'oxyde de carbone dans une atmosphère à 1 p. 2000. — Enfin j'ai fait respirer au même animal un mélange contenant 1 p. 2000 d'oxyde de carbone ; au bout d'une heure, le sang pris dans l'artère fémorale ne pouvait plus absorber que 14,5 d'oxygène tandis que le sang normal absorbait 22^{cc},1 d'oxygène. La différence 7^{cc} 6, est égale au volume d'oxyde de carbone que 100^{cc} de sang ont fixé en une heure ; mais 100^{cc} d'air contenaient 0^{cc}05 de gaz toxique, donc le sang a fixé 152 fois plus d'oxyde de carbone que l'air qui circulait dans les poumons.

Les résultats ainsi obtenus montrent que l'absorption de l'oxyde de carbone par le sang a lieu quand l'atmosphère contient une très-faible proportion relative de ce gaz, ce qui permet d'expliquer les accidents observés chez l'homme dans certains cas d'empoisonnement par la vapeur de charbon.

Dégagement de l'oxyde de carbone combiné avec l'hémoglobine. — Pour compléter mes recherches, j'ai cherché un procédé qui permît de décomposer la combinaison de l'oxyde de carbone avec l'hémoglobine et de recueillir l'oxyde de carbone isolé, procédé immédiatement applicable à la recherche qualitative et quantitative de l'oxyde de carbone dans les cas d'empoisonnement produit par ce gaz.

En faisant agir sur le sang intoxiqué de l'acide acétique concentré contenant du sel marin en dissolution, et en maintenant les liquides à la température de 100° pendant une heure, on convertit l'hémoglobine en hématine ou en chlorhydate d'hématine, et, si l'on opère dans le vide, on peut recueillir, avec la pompe à mercure, l'oxyde de carbone devenu libre.

Je me suis assuré que le sang normal, traité par ce réatif acide, ne fournit pas la moindre trace d'oxyde de carbone tandis que le sang intoxiqué abandonne la totalité du gaz toxique. Ainsi 100^{cc} de sang intoxiqué chauffés à 100° dans un bain d'eau bouillante avec de l'acide acétique concentré et du sel marin, le sang ayant d'abord été privé de gaz à 40°, ont fourni 12^{cc} d'oxyde de carbone qui a été absorbé complètement par le protochlorue de cuivre dissous dans l'accide chlorhydrique, et la mesure des pouvoirs absorbants pour l'oxygène du sang intoxiqué et du sang normal avait montré que 100^{cc} de sang intoxiqué avaient absorbé 11^{cc} d'oxyde de carbone. Les nombres 12 et 11 sont très-voisins.

On peut donc, après l'examen spectroscopique du sang, qui permet une analyse qualitative de ce liquide, faire une analyse quantitative pour déplacer et pour doser en nature le gaz oxyde de carbone combiné avec le sang.

VARIÉTÉS.

HISTOLOGIE ET THÉORIE CELLULAIRE (1).

Par M. le docteur Édouard Fournié.

VI.

« C'est dans l'*activité* que nous trouvons la caractéristique de la vie..... D'après ce que nous savons, cette action, cette activité vitale n'est suscitée dans aucune partie du corps par une cause innée (*causa innata*), immanente et entièrement contenue dans une même partie. Partout, pour obtenir l'activité vitale, il faut nécessairement une excitation. Toute activité vitale suppose une excitation ou, si vous préférez, une *irritation*.....

Toutes les fois qu'on réveille une activité spéciale, c'est pour faire fonctionner, pour nourrir ou pour former une partie : fonction, nutrition, formation.....

Dans un bon nombre de tissus, la vraie fonction nous échappe : nous savons peu de chose de la fonction spéciale des tissus de substance conjonctive et de celle de la plupart des éléments épithéliaux. Nous pouvons bien dire quel est leur usage dans tel ou tel cas, mais ils nous paraissent le plus souvent être des corps inertes, servant peu ou point à la fonction véritable, formant surtout des soutiens pour les diverses parties du corps, recouvrant les surfaces, réunissant, rassemblant ou séparant, suivant les circonstances (1).

Ce n'est pas la nutrition qui est permanente, c'est la *possibilité* de la nutrition *autant que persiste la vie*. Par l'action des irritants la nutrition, de *possible*, devient *réelle* ; en d'autres termes, les irritants provoquent la manifestation de la propriété..... J'ai désigné par le mot usuel irritabilité la propriété des corps vivants qui les rend susceptibles de passer à l'état d'activité sous l'influence des agents extérieurs (2). Toutes les parties subissent certains états de fatigue qui empêchent la partie de produire la quantité de mouvement qu'elle avait produite jusqu'alors. Mais, pour pouvoir fonctionner de nouveau, ces parties fatiguées n'ont point besoin de nouvelle nutrition ; pour leur rendre les facultés qu'elles ont perdues par la fatigue, il suffit de les laisser en repos pendant un certain temps (3). »

En lisant ces propositions, dans lesquelles M. Virchow a résumé toute sa doctrine physiologique, nous ne pouvons nous empêcher de constater l'insuffisance des notions de physiologie générale que possède l'auteur. Il a cela de commun, d'ailleurs, avec tous ceux qui, dominés, absorbés par la constatation des faits innombrables de l'histologie, ont dédaigné l'étude de la tradition scientifique, trouvant plus simple d'improviser sur place, et en présence des éléments microscopiques, une théorie facile, destinée, à leurs yeux, à remplacer la physiologie générale. Sur une base aussi fragile, les théories ne se tiennent pas longtemps debout. Cela est surtout vrai pour la théorie de M. Virchow, comme nous allons le démontrer en examinant successivement chacune de ses propositions.

1° Il n'est pas juste de dire que l'*activité* est la caractéristique de la vie, parce que toute matière, placée dans certaines conditions, est active.

Nous savons bien que les philosophes pourraient nous chercher querelle sur l'interprétation du mot *activité* qui, par eux, fut de tout temps appliqué aux agissements de l'âme et nullement à la matière inanimée ; mais nous sommes bien obligé d'être de notre temps et de parler le langage que parlent les savants. Or, aujourd'hui, il est d'usage de dire *activité de la matière*, parce que toute activité n'étant appréciable que par le mouvement qu'elle provoque, on est arrivé à confondre la *cause* avec l'*effet sensible*, le mouvement avec la cause qui le rend possible. Nous nous sentons à l'aise sur ce terrain, et, pour prouver qu'il ne nous est pas inconnu, nous demandons la permission de citer textuellement les prolégomènes de notre *Physiologie du système nerveux*. Cela n'est pas inutile, d'ailleurs.

« Le mouvement est la manifestation expressive de tout ce qui *est*.

---

(1) Loc. cit., p. 239 et suiv.

(2) Virchow, citation de M. Robin dans l'*Anatomie et physiologie cellulaires*, p. 244.

(3) Loc. cit., p. 244.

Que ce mouvement soit moléculaire ou organique, qu'il ressorte des lois de la physique, de la chimie ou de la physiologie, il existe rivé à la matière dont il est une des conditions indispensables. Nous ne pouvons pas concevoir la matière stable dans sa masse ou dans ses éléments; ce spectacle inédit serait le néant de la vie actuelle ou une création reposant sur des conditions nouvelles.

La lumière, le son, la chaleur, l'électricité sont des modes de mouvement; la terre, si imposante par ses majestueuses proportions, se meut dans l'espace, non-seulement dans sa totalité, mais dans chacune de ses parties, et le mouvement moléculaire intime dont elle est le siège n'est pas le moins puissant: c'est lui qui, de longue main, prépare le marbre de nos statues, la pierre de nos maisons, le combustible de nos usines et de nos foyers; c'est encore à lui que nous devons, à travers des transformations successives, l'aliment indispensable des plantes, des animaux et de l'homme; enfin tout se meut, et il n'est pas jusqu'à ce corps inerte, que nous appelons cadavre, qui ne soit le siège d'un mouvement moléculaire caractérisant un agrégat nouveau.

Le mouvement est donc une des conditions indispensables de tout ce qui occupe une place dans l'espace. Mais, ce mouvement, d'où vient il? Quel est-il? Est-ce une force particulière inhérente à l'élément matériel et résultant de sa constitution spéciale? ou bien l'élément matériel n'est-il que le *substratum* d'une force déjà existante, qui lui imprime le mouvement et la vie? Non, le mouvement n'est pas le principe qui anime la matière; le mouvement n'est que le mode expressif de son activité; c'est par lui que nous connaissons cette activité même, non dans son principe, dans son essence, mais dans ses effets. Un principe, une force, isolés de la matière, sont inaccessibles à nos sens et échappent *directement* à tous nos moyens d'investigation; notre esprit ne peut s'attacher qu'aux effets qui résultent de l'action de la force sur la matière, et, comme le mouvement, et un mouvement particulier, est la conséquence nécessaire de cette action, il s'ensuit que le mouvement, par des variétés infinies, nous fournit la notion de la matière d'être de tout ce qui est, *et qu'il doit être le but réalisable de toute recherche scientifique* (1)».

Après cette profession de foi claire et formelle, il ne peut exister aucun malentendu entre notre lecteur et nous: le mouvement étant le siège dans son mouvement, on peut en conclure que toute matière est douée d'une *certaine activité.* Les nuages qui répandent sur nous la pluie, la neige ou la grêle sont actifs d'une certaine façon; le fil de fer qui s'oxyde est le siège d'une certaine activité, puisqu'il prend l'oxygène et laisse l'azote de l'air; le barreau de fer aimanté, les éléments de Bunsen sont doués d'une activité merveilleuse qui présente avec celle des organismes vivants des analogies nombreuses. Enfin l'organisme n'échappe pas à la règle commune; il est actif, lui aussi. Mais quel est son mode d'activité? En quoi ce mode se distingue-t-il des autres modes d'activité? Nous voici arrivé au véritable point essentiel de la question: la caractéristique de la vie se trouve, non pas dans le fait même d'activité, fait général et commun à toute matière, mais dans les caractères qui distinguent le mode d'activité de la matière qui vit du mode d'action de la matière ne vit pas.

C'est ce que n'a pas compris M. Virchow, en disant que l'*activité est la caractéristique de la vie.*

Dans les prolégomènes que nous citions tout à l'heure, nous avons pris soin de déterminer les vrais caractères de la vie. Nous devons nous borner à dire ici que ces caractères se trouvent:

1° Dans la division si naturelle et si vraie des *mouvements de la vie organique* et des *mouvements de la vie fonctionnelle*;

2° Dans la détermination du sens précis qu'il faut accorder au mot *fonction* et aux divers éléments qui constituent cette dernière. Ces notions, encore peu répandues, mais indispensables à la détermination des vrais caractères de la vie, se trouvent d'ailleurs développées dans d'autres parties de ce livre;

3° Il est encore absurde de dire que « l'activité vitale n'est pas suscitée par une cause innée, immanente ». Sans doute la matière vivante, comme toute autre matière, a besoin, pour manifester son activité spéciale, d'être placée dans certaines conditions; mais ces conditions ne sont que des *conditions*, et nullement des *causes* de l'activité de la matière, qui, seule, possède la propriété *innée* d'être active. Il est évident que, si vous suspendez un corps pesant, vous l'empêcherez ainsi de manifester le mode d'activité qu'il doit à la pesanteur; mais fournissez-lui l'occasion, mettez-le dans les conditions voulues, en coupant le cordon qui le retient, et aussitôt il montrera son mode d'activité de corps *pesant.*

Un corps sonore reste muet dans certaines conditions; placez-le dans des conditions plus favorables, il manifestera son mode d'activité par un *son.* Dans tous ces exemples, que nous pourrions multiplier à l'infini, on voit clairement que le mode d'activité spéciale de chaque matière subsiste dans cette dernière à l'état de *cause innée.* C'est le corps qui est *pesant*, *sonore*, et nullement les *conditions* qui permettent à ces divers modes d'activité de la matière de se manifester. Par conséquent, la matière porte en elle-même la cause de son activité propre, car, si elle n'était pas constituée de manière à agir d'une façon spéciale, les conditions les plus variées seraient incapables de déterminer son activité.

Ce qui est vrai pour les corps inorganiques l'est aussi pour les corps organisés vivants. Le corps vivant porte en lui-même la *cause innée*, non pas d'une activité spéciale, mais des diverses activités tout à fait caractéristiques dont il est le siège. Ces activités, semblables en cela aux activités de la matière inanimée, ont besoin, pour se manifester, d'être placées dans certaines conditions de milieu: il leur faut de l'air, de la lumière, de la chaleur; il leur faut un aliment. Ces *conditions* ne sont pas des *causes*; elles fournissent simplement à l'organisme l'*occasion* de manifester ses activités spéciales. Présentez un aliment à un caillou, il ne mangera pas; appliquez un nerf vivant sur un morceau de bois, et celui-ci ne se contractera pas. L'organisme vivant, seul, peut faire ces diverses choses qui sont le propre de ses activités spéciales.

Ainsi donc, l'*activité vitale* représente une *cause innée*, contrairement à ce que prétend M. Virchow.

4° Il est faux de dire que, « pour obtenir la manifestation de l'activité vitale, il faut nécessairement une *excitation* ou une *irritation*». Cette théorie d'ailleurs est celle de Broussais (1), avec cette seule différence que Virchow localise les phénomènes de l'irritation dans les éléments et dans les cellules. Cette modification, source de nouvelles erreurs, n'autorisait pas M. Virchow à déguiser la provenance des idées qui sont le fondement de sa pathologie. Mais ces idées sont fausses, comme on va le voir.

En remontant aux sources, il est facile de s'assurer que le mot *irritabilité* a été inspiré par la vue des mouvements fonctionnels qui succédaient à l'application de certains agents sur l'organisme vivant. Haller, Brown, Broussais, désignèrent ces agents sous le nom d'excitants ou de stimulants. Broussais les désigna plus tard sous le nom d'*irritants*, quand leur action dépassait les limites de l'état normal. L'emploi de ces expressions correspond à quelque chose de vrai; mais leur généralisation, leur application à tous les phénomènes de la vie est inacceptable. Ici encore nous nous trouvons dans l'obligation de faire intervenir notre analyse physiologique des mouvements de la vie, et en particulier notre division en *mouvements de la vie organique* et en *mouvements de la vie fonctionnelle*, car, en vérité, ce n'est que par une analyse suffisante et rationnelle des phénomènes de la vie que l'on peut élucider ces difficiles questions.

Lorsque nous introduisons un aliment dans l'estomac, ce dernier entre immédiatement en fonction; la membrane musculaire se contracte et les glandes déversent à la surface de la muqueuse un liquide spécial. Ici, l'aliment joue évidemment le rôle d'excitant.

Lorsque nous lésons d'une façon quelconque la surface cutanée d'un membre, l'animal sent la douleur et réagit par un mouvement déterminé. Ici encore la lésion produite joue le rôle d'excitant de la façon la plus évidente.

Lorsque enfin, sous l'influence d'une excitation, l'éjaculation se

(1) Édouard Fournié, *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, Prolégomènes, p. 1. Paris, 1872.

(1) Broussais, *Traité de physiologie appliquée a la pathologie.* Paris, 1834.

produit, nous avons encore là un exemple d'excitation incontestable.

Dans tous ces exemples que nous avons empruntés, à dessein, aux trois ordres de fonctions de l'organisme, fonctions de nutrition, de relation, de reproduction, non-seulement l'excitation n'est pas douteuse, mais encore elle est indispensable. C'est cette excitation que nous avons désignée sous le nom d'*excitant fonctionnel*, parce que toutes les fonctions, sans exception, ne sauraient s'accomplir sans y être sollicitées par lui.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le très-vif regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Alphonse Amussat. Marchant sur les traces de son illustre père, M. Alphonse Amussat avait su se faire, en dehors même des conditions si favorables au développement du génie chirurgical, la pratique hospitalière, une réputation de chirurgien habile et très-estimé. Son nom restera attaché à des procédés et à des méthodes opératoires nouvelles dont il a su faire, dans maintes circonstances, des applications heureuses, et auxquelles il a apporté d'utiles perfectionnements. Il travaillait depuis longtemps à réunir, pour les livrer à la publicité, les nombreux travaux épars de son père. Nous ignorons à quel point il en est resté de cette œuvre de reconnaissance et de piété filiale. Il serait regrettable qu'elle ne pût pas être conduite à terme.

M. Alphonse Amussat est mort à l'âge de cinquante-sept ans. Avec lui finit un nom honorablement porté par plusieurs générations de médecins. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui même à midi, à l'église Notre-Dame-des-Victoires.

— Le concours pour deux places de chirurgien du bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Peyrot et Humbert.

— Le concours pour trois places de médecins au bureau central, commencé le 21 mars dernier, vient de se terminer par la nomination de MM. Quinquand, Sevestre et Huchard.

— Trente candidats se sont inscrits pour le concours du bureau central qui doit s'ouvrir, comme nous l'avons annoncé, le 6 juin. Ce sont, par ordre alphabétique : MM. Barié, Bourceret, Carrière, Chouppe, Cuffer, Danlos, Ducastel, Frémy, Gingeot, Hanot, Hirtz, Homolle, Hutinel, Joffroy, Labarraque, Lacombe, Lagrave, Landouzy, Landrieux, Lorey, Muzelier, Rathery, Raymond, Renault, Robin, Roques, Sanné, Schweich, Tenneson et Troisier.

— *Corps de santé militaire.* — Les inspections médicales et pharmaceutiques, pour 1878, sont arrêtées de la manière suivante :

M. Legouest, président du conseil de santé des armées, inspectera les 4e, 9e, 12e et 17e corps d'armée ; — M. Gerrier, médecin inspecteur, les divisions d'Alger et d'Oran ; — M. Baizeau, membre du conseil de santé des armées, les 5e, 8e, 13e et 16e corps d'armée et le gouvernement militaire de Paris ; — M. Gueury, membre du conseil de santé des armées, les 3e, 10e, 11e et 18e corps d'armée; — M. Brault, membre du conseil de santé des armées, les 1er, 2e, 6e, 7e et 14e corps d'armée et le gouvernement militaire de Lyon; — M. Fropo, médecin inspecteur, le 15e corps d'armée et la division de Constantine ; — M. le docteur Coulier, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées, les hôpitaux du 15e corps d'armée et de la division de Constantine, magasin de réserve des médicaments à Marseille, et pharmacie centrale des hôpitaux militaires à Paris.

— M. Péruy, médecin principal de 1re classe, secrétaire du conseil de santé des armées, a été nommé membre de la commission chargée par le ministre de la guerre d'étudier à l'Exposition de 1878, les questions relatives à l'armée.

— MM. Larger, médecin-major de 2e classe, et Hagenmüller, médecin aide-major de 2e classe, viennent de donner leur démission.

— La Société contre l'abus du tabac a tenu, le dimanche 2 juin, sa séance solennelle de distribution des récompenses au palais de la Sorbonne.

Parmi les lauréats, nous remarquons les noms suivants, appartenant au corps médical :

Prix : cent francs à M. le docteur Blanchet (Allier) ; cent francs à M. le docteur Dartigues (Gironde) :

Médailles de vermeil : à M. le docteur Stugoski (Gironde) et à M. le docteur Depierris (Californie).

Médailles d'argent à MM. les docteurs Galopin, Jacquemart, A. René (Paris).

Médaille de bronze : à M. le docteur Grellety (Paris).

Mentions honorables : à M. le docteur Bodin (Drôme) et à M. Bigot, étudiant en médecine (Paris).

— M. le docteur Laboulbène, médecin de l'hôpital de la Charité commencera des conférences cliniques le 6 juin à 9 heures du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. (Amphithéâtre de M. le professeur Hardy).

— M. le docteur Auguste Voisin recommencera à l'hospice de la Salpêtrière ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 6 juin, à neuf heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur Mallez a repris ses conférences cliniques sur les maladies de l'appareil urinaire le lundi 27 mai à une heure, à sa clinique, 3, rue Christine, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. le docteur Jardin fera, les mercredis à une heure des leçons pratiques sur l'analyse des urines.

— M. le professeur Georges Ville ouvrira ses conférences agricoles de 1878, au champ d'expériences de Vincennes, le dimanche 9 juin, à deux heures précises, et les continuera les dimanches suivants à la même heure : les 9, 16, 23 et 30 juin, 7 et 14 juillet. Le professeur fera l'histoire des applications les plus récentes de la science à l'agriculture.

Le champ d'expériences de Vincennes est situé à l'extrémité de la route de la Tourelle, près la redoute de Gravelle.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Nº 65. — JEUDI 6 JUIN 1878. 51ᵉ ANNÉE. JEUDI 6 JUIN 1878. — Nº 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1ᵉʳ de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE SOLENNELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance publique a été cette fois une vraie fête littéraire. L'assistance était très-nombreuse; on y remarquait beaucoup de dames. On savait que M. Béclard allait reprendre cette année une vieille tradition, qu'il avait, sans doute par une sorte de coquetterie, pour exciter d'universels regrets, momentanément interrompue. Comme secrétaire perpétuel, il devait prononcer l'éloge d'un académicien célèbre et avait choisi Nélaton. Nous reproduisons cet éloge, dans lequel, de l'avis de tous, il s'est encore surpassé lui-même, ce qui n'est, certes, pas peu dire. Mais ce que nous ne pouvons reproduire, c'est le charme de la diction. M. Béclard, qui lit déjà si bien les œuvres d'autrui, devient merveilleux, inimitable, lorsqu'il s'agit d'une œuvre personnelle, dont il a pesé tous les termes et dont il connaît toutes les beautés.

M. Bouley, qui présidait, avait écarté de l'ordre du jour « l'énumération fastidieuse des récompenses décernées », s'en remettant d'ailleurs aux journaux de médecine pour la publicité à donner à ces listes.

L'éloge de Nélaton est donc venu immédiatement après les rapports généraux de M. Roger sur les divers concours académiques des deux années 1876 et 1877.

Quiconque a entendu déjà quelques rapports de M. Roger sait qu'ils sont toujours pleins d'esprit. Cette année, ils étaient nombreux, et il a fallu déployer plus d'habileté de style que jamais pour les faire goûter et applaudir par un auditoire si loin d'être exclusivement médical.

Nous en détacherons le morceau final, un passage biographique relatif à Falret, et dont l'occasion a été le prix Falret, décerné cette année pour la première fois.

Dʳ Victor REVILLOUT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance solennelle du 3 juin 1878. — Présidence de M. BOULEY.

M. HENRI ROGER donne lecture des rapports généraux sur les concours des deux années 1876 et 1877. (Nous publierons les noms des lauréats dans notre prochain numéro.)

M. HENRI ROGER, à la suite de ses rapports sur les concours, reprend en ces termes :

FALRET.

C'est la première fois que l'Académie décerne le prix fondé par Falret : à cette occasion n'est-ce pas acquitter la dette de la reconnaissance que d'adresser quelques paroles d'hommage et de souvenir à celui qui pendant quarante années honora notre compagnie ?

Falret fut, dans tout le cours d'une longue existence, aliéniste plein de science et de compassion. Élève de Pinel et d'Esquirol, sa thèse de doctorat inaugurait la série de ses travaux sur la *Folie*, travaux qu'il continua durant plus d'un demi-siècle, soit à la Salpêtrière, où il fut médecin trente-six ans, soit à l'établissement de Vanves dont il fut le fondateur avec M. Voisin, et où il pouvait, si utilement pour les progrès de la pathologie mentale, contrôler par la clinique de la ville la clinique de l'hôpital.

C'était un grand observateur, et son observation ne devait pas être stérile : de là les nombreux écrits où il traita des formes et des accidents les plus intéressants de la Folie, écrits d'emblée devenus classiques, et qu'il a réunis en corps d'ouvrage sous le titre de *Leçons cliniques* sur les maladies mentales. En tête du livre est une magistrale introduction qui est, pour l'aliéniste, tout un programme de doctrines, d'études et de conduite.

Esprit généralisateur et pratique à la fois, il fit profiter la Société des résultats de sa vaste expérience, et c'est ainsi qu'il doit être considéré comme le principal auteur de la loi de 1837, où la liberté individuelle se concilie avec la sauvegarde sociale.

La pitié pour les aliénés était le sentiment dominant de son âme. C'était un touchant spectacle de le voir au milieu de ces pauvres folles, écoutant paternellement leurs doléances, apportant à leurs douleurs morales les consolations qu'il puisait dans son esprit et dans son cœur. Aussi quel respect, quelle affection avaient pour lui ces infortunées, même celles dont l'intelligence égarée accusait parfois le médecin de leurs maux imaginaires!

Cette commisération tendre aux souffrants, dont il donnait l'exemple, il savait l'inspirer à ses disciples, et, dans sa clinique, il leur enseignait le respect dû aux misères de l'aliéné. Protecteur infatigable de la plus triste des infortunes, il éclaira par des conseils spéciaux les administrations sur les réformes à introduire dans la construction des asiles; il dressa les plans d'établissements modèles qui fussent semblables aux habitations ordinaires; il veilla avec une sollicitude constante à ce que partout les moyens de douceur et de bienveillance, indiqués par les aliénistes modernes, fussent substitués aux rigueurs et même aux cruautés d'autrefois.

Souvent il se plaignait avec amertume que les criminels, dans ce pire des mondes possibles, fussent mieux traités que les fous; que les prisons eussent été améliorées avant les hospices, et qu'une société de patronage pour les malfaiteurs eût été créée avant celle qu'il fonda lui-même pour les malades de la Salpêtrière.

Vint l'année douloureuse : Falret, qui épuisé par la maladie, avait

renoncé avec chagrin à son service d'hôpital, et qui ne pouvait plus donner à son établissement de Vanves, ainsi qu'à la Société de patronage, que le reste de ses forces défaillantes, retourna à Marcillac, son village natal.

> Mourez dans la maison où votre mère est morte,

avait dit le poète Brizeux; Falret avait exprimé le même sentiment dans ces deux vers :

> Où l'on reçut le jour il est doux de mourir,
> Et près de son berceau l'on aime à s'endormir.

Son vœu fut exaucé, mais dans quelles lamentables conditions! Paris investi, le vieux père était séparé de son digne fils; ces deux exilés échangeaient leurs douleurs et leurs tendresses dans des lettres qui n'arrivaient point, et c'est deux mois après la mort de M. Falret que l'Académie apprit la perte qu'elle avait faite; elle apprit en même temps que notre vénéré collègue avait laissé par testament un généreux souvenir aux deux institutions qu'il aimait le plus, la Société de patronage des aliénés et l'Académie de médecine.

Falret avait prononcé sur la tombe d'Esquirol ces paroles suprêmes :

« Quel maître est plus digne des larmes de ses élèves? quel savant mérite mieux les regrets des amis de la science et de l'humanité? quel homme possède de plus justes titres à l'estime et à la reconnaissance publiques? »

A qui, je vous le demande, Messieurs, à qui ces paroles conviennent-elles le mieux? A Esquirol ou à Falret?

M. BÉCLARD, secrétaire perpétuel, lit l'éloge suivant :

ÉLOGE DE NÉLATON

Il est des hommes, trop négligés de leur vivant, qui, plus sensibles aux suffrages du petit nombre que soucieux des applaudissements de la foule, ont besoin qu'on réclame après leur mort contre l'indifférence des contemporains. Il faut, pour les mettre en lumière, il faut, pour les sauver de l'oubli, pénétrer jusqu'à eux, et les tirer de l'ombre dont ils aimaient à s'entourer. C'est un soin que nous n'aurons pas à prendre pour l'éminent chirurgien dont nous avons à vous entretenir aujourd'hui.

Certes on ne saurait lui reprocher de s'être trop attaché à la recherche de l'opinion des autres; toujours, au contraire, il y parut indifférent, et jamais on ne le vit rien faire pour elle. Mais, aussi, que d'heureuses qualités! L'amour du travail soutenu par une ferme volonté, une maturité précoce, un jugement sûr, beaucoup de finesse unie à un rare bon sens, et ce don de nature, désirable entre tous et qu'on ne saurait acquérir, le charme personnel. Ajoutez à cela des circonstances propices, rendues plus favorables encore par sa prudence et sa modération.

Dès son entrée dans la carrière on le vit s'avancer d'un pas égal, sans se reposer ni s'arrêter un instant, s'élever chaque jour davantage, gravir successivement tous les degrés du succès, pour apparaître enfin au sommet de la chirurgie française contemporaine et conquérir une de ces réputations que ne retiennent plus aujourd'hui le temps ni la distance, et que nos pères ne connaissaient pas.

Auguste Nélaton naquit à Paris le 17 juin 1807. Il était le second fils d'Alexandre-François Nélaton, tapissier, et de Marie-Louise Lauriau, fille d'un marchand de la rue Saint-Denis. Peu après la naissance de son fils Auguste, M. Nélaton était entré au service de l'administration militaire. En 1811, à l'époque de la campagne de Russie, il dut suivre l'armée, laissant à Saint-Omer, où il résidait alors, sa femme et ses enfants qu'il ne devait plus revoir. D'abord les nouvelles se succédèrent régulièrement; bientôt elles devinrent plus rares; puis elles cessèrent tout à fait.

Les ressources de la famille s'épuisèrent rapidement; les jours difficiles arrivèrent. Mais madame Nélaton n'était pas de celles qui se laissent abattre : elle prit l'aiguille, et, grâce à son énergie et à son adresse, le modeste logis ne manqua de rien. Heureux les fils de ces femmes courageuses dont les braves exemples mettent au cœur de l'enfant, avec l'amour de leur mère, le sentiment du devoir et le respect du devoir.

Quand madame Nélaton revint à Paris, en 1821, la situation était devenue meilleure. Le jeune Auguste fut placé dans une institution. Il y obtint toutes ces petites distinctions si flatteuses pour la jeunesse, gages ordinaires de succès plus sérieux. C'est là qu'il fit la connaissance d'un maître répétiteur qui devait être un médecin distingué et s'asseoir plus tard, comme son élève, dans une des chaires de la Faculté. Ce maître, peu fortuné, c'était Requin, alors étudiant en médecine, et dont les conseils décidèrent probablement de son avenir.

En 1828, ayant terminé ses études, Auguste Nélaton se fit inscrire à la Faculté de médecine. « Claude Bourdelin, dit Fontenelle dans ses *Éloges*, était né avec un bien fort honnête, et il pouvait vivre commodément, quoique tout le monde fût en bonne santé. » Grand helléniste pour son temps, le médecin de la duchesse de Bourgogne fut en effet plus occupé à traduire Pindare qu'à soigner des malades. S'il est des privilégiés qui peuvent vivre pour travailler, d'autres, moins favorisés, doivent travailler pour vivre. Le jeune Nélaton savait du grec ce qu'on en sait quand on sort du collège; en revanche, les souvenirs de son enfance avaient laissé dans son esprit de profitables leçons, et il connaissait le prix du temps.

Deux années s'étaient à peine écoulées qu'il était admis en qualité d'externe dans le service de Dupuytren. Sorti vainqueur, bientôt après, du concours de l'internat, il eut l'heureuse fortune de rencontrer tout d'abord un chef aussi sensé que modeste, M. Baffos, qui, pénétré de cette pensée que l'expérience qu'on acquiert par soi-même est le meilleur des enseignements, se reposait sur ses élèves de tout ce qu'il pouvait leur abandonner.

Notre nouvel interne n'eut garde de laisser échapper l'occasion qui se présentait. Réservé aux maladies de l'enfance, l'asile auquel il était attaché lui offrait un vaste champ de recherches. C'est là qu'il recueillit les matériaux de sa thèse inaugurale. Faite d'après nature, cette étude sur les tubercules des os fut très-remarquée et méritait de l'être. Pour la première fois, ce mal redoutable était recherché dans toutes les parties du système osseux et nettement distingué de la scrofule.

A cette époque, Dupuytren, depuis longtemps considéré comme le plus grand, exerçait autour de lui un prestige sans égal. Le rêve de la jeunesse était de l'approcher, de s'attacher à lui; on ambitionnait d'être compté au nombre de ses disciples; longtemps à l'avance cette faveur était recherchée. Momentanément éloigné de l'Hôtel-Dieu, Nélaton n'avait pas cessé de suivre les leçons du maître, et il aspirait au moment où il rentrerait dans le service du grand chirurgien. Dans les premiers jours de 1835, il y rentrait en effet, mais Dupuytren n'était plus là. Depuis quelque temps la maladie l'avait éloigné, et il ne devait plus reparaître. Un mois plus tard, le 8 février, il succombait à l'âge de 58 ans.

Au milieu de la vaillante élite de nos écoles les mérites s'estiment à leur juste valeur. M. Nélaton commençait à compter; on l'écoutait volontiers, on prisait son savoir, son suffrage était recherché. Point de ces allures superbes, compagnes habituelles de l'inexpérience présomptueuse, mais un maintien modeste dont la réserve n'excluait ni la fermeté ni l'assurance. La sympathie de tous allait droit à lui. « A la salle de garde de l'Hôtel-Dieu, dit M. Diday dans de charmantes pages dictées par le souvenir des premières amitiés, au milieu des futurs grands hommes qui du soir au matin s'affirmaient, dans cet entresol légendaire, toujours l'entrée d'Auguste faisait sensation. On se sentait attiré vers ce doux jeune homme par je ne sais quel charme mélangé de respect. »

L'ancien Hôtel-Dieu dont parle M. Diday, et, avec l'hôpital, cette salle obscure, hantée par le travail et l'espérance, n'existent plus qu'en souvenir; mais, dans le nouveau sanctuaire, aujourd'hui comme autrefois, veille toujours une jeunesse courageuse et fière.

L'année 1839 fut une heureuse année. A la suite d'un double concours, M. Nélaton était nommé agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. Il avait alors trente-deux ans. Les succès ont à cet âge un charme inexprimable, soit qu'on les ressente d'une manière plus vive, soit que l'imagination embellisse le présent par la promesse d'un avenir plus brillant encore. « Les premiers feux de l'aurore, a dit Vauvenargues, ne sont pas plus écla-

tants ni plus doux que les premiers rayons de la gloire. »

La réputation de M. Nélaton commençait à se répandre au dehors ; cependant il s'appartenait encore. Il y eut une période d'environ dix années, la plus fructueuse peut-être de sa carrière scientifique, pendant laquelle, grâce à une existence sagement réglée, il vécut en commerce assidu avec la science, put donner de longues heures au travail, apprendre beaucoup et beaucoup préparer pour l'avenir. C'est à cette époque qu'il conçut la pensée d'attacher son nom à une œuvre de longue haleine et qu'il entreprit la publication du *Traité de pathologie chirurgicale* dont il ne devait composer lui-même que les deux premiers volumes.

En 1850 il prit part au concours pour la chaire de médecine opératoire qui donna M. Malgaigne à la Faculté. L'année suivante eut lieu la lutte décisive à la suite de laquelle il entrait en possession de la chaire de clinique chirurgicale sur laquelle son enseignement devait jeter un si vif éclat.

La chirurgie française, sortie de l'ombre vers 1360 avec Guy de Chauliac, n'était plus, depuis près de deux cents ans, qu'un métier délaissé par les docteurs lettrés, quand parut notre grand Ambroise Paré, et ce n'est que longtemps après qu'on vit surgir de nouveau deux hommes de premier ordre, J.-L. Petit et Desault. A eux deux ils occupent le XVIIIe siècle comme Dupuytren remplit le commencement du nôtre. Héritier, après Antoine Dubois et Boyer, des traditions de l'art français, élevé à l'école de Hunter et de Bichat, expérimentateur à une époque où la physiologie avait à peine cessé d'être spéculative, admirablement doué pour l'enseignement, Dupuytren était, en peu d'années, devenu le premier chirurgien de son temps.

Dans l'impulsion nouvelle qu'imprimaient à la chirurgie ses mains habiles et savantes, la technique opératoire tenait toujours la première place. Également recherchée par l'opérateur et par l'opéré, la rapidité dans l'exécution s'imposait comme une nécessité. Le succès était aux chirurgiens brillants ; il n'était bruit que de leur élégance, et cette recherche les poussait aux entreprises audacieuses et téméraires. Mais cette dextérité dans l'œuvre de la main, fort estimée et fort estimable, surtout à l'époque où le médecin ne s'était pas encore rendu maître de la douleur, n'est en réalité qu'une qualité seconde, et la chirurgie n'est devenue une véritable science que le jour où, sortant de l'officine des adroits barbiers, elle a dépassé les limites de son étymologie.

Des services que peut rendre la chirurgie, l'opération n'est pas le plus grand. Le domaine opératoire n'est qu'une servitude fatale que la science s'efforce de resserrer sans cesse et auquel elle enlève chaque jour quelque chose. Chercher à s'affranchir d'un sanglant tribut, être de plus en plus médecin, chirurgien de moins en moins, et rendre l'opération inutile, tel est le but. Alors même qu'il n'est pas donné au chirurgien de l'atteindre, il y doit tendre toujours.

Profondément pénétrée et comme imprégnée de cette vérité, la chirurgie contemporaine la résume en un seul mot : conserver. Telle est la devise du progrès. Dire des chirurgiens français de nos jours qu'ils ont contribué plus que personne à cette évolution nouvelle, n'est-ce pas le plus bel éloge qu'on en puisse faire ? Si nous n'avions le devoir d'être modestes, volontiers nous dirions d'eux ce que disait Cicéron des Italiens de son temps : « Le peuple romain est le plus grand des peuples, car chaque nation se donne le premier rang et accorde toujours le second aux Romains. »

Chacun le sait, M. Nélaton l'a dit lui-même, le traité de chirurgie qui porte son nom, et dont il avait commencé la publication, fut continué et terminé par ses élèves. Pour le bien connaître, pour le juger comme il doit l'être, il faut le suivre sur un autre théâtre.

De bonne heure son goût l'avait incliné vers le côté pratique de la science. Dans ses conférences cliniques de Saint-Louis s'étaient révélées de rares qualités, et il était aisé de prévoir ce qu'il serait un jour.

Quand les portes de la Faculté s'ouvrirent devant M. Nélaton, il avait quarante-quatre ans, c'est-à-dire un passé derrière lui. Ce n'était plus la jeunesse, mais ce n'était pas l'âge où, n'ayant plus rien à souhaiter, le professeur entrevoit le repos dans l'enseignement. Le but n'est pas atteint, il faudra marcher encore, et l'on marchera et l'on avancera avec lui.

M. Nélaton fut un professeur accompli. Non pas qu'il eût cette merveilleuse facilité de bien dire, dangereux apanage de ces brillants esprits qui séduisent plutôt qu'ils ne persuadent. Mais, avec sa parole simple, sans apprêts, son débit lent et mesuré, il savait dire ce qu'il faut et le dire à propos. La clarté, la précision, l'exactitude, telles étaient ses qualités dominantes. Ce qui n'est pas clair n'est pas français, disait Voltaire, et M. Nélaton était Français par-dessus tout.

D'ordinaire ceux qu'il s'agit d'enseigner ne savent rien ou peu de chose, et, comme il faut que le professeur se fasse comprendre, il doit d'abord élever ses auditeurs jusqu'à lui. M. Nélaton excellait dans ce travail de préparation, et c'est ainsi qu'il s'emparait de son auditoire. Il est toujours un mot qui exprime mieux la pensée que tous les autres : le mot juste, le mot heureux se présentait de lui-même à son esprit lucide, et, sans chercher l'effet oratoire, souvent il le rencontrait.

Son enseignement clinique était l'objet constant de ses préoccupations. Fréquemment on le voyait reparaître au milieu de la journée dans les salles de son service d'hôpital pour examiner à nouveau et tout à loisir le malade qui devait faire l'objet de sa leçon du lendemain. Riche d'un vaste savoir, il rapprochait l'observation du moment des faits analogues dont il avait été le témoin ou dont il avait lu le récit dans les annales de la science. Procédant tour à tour par comparaison et par induction ; tantôt remontant aux sources du mal pour en sonder les origines, tantôt s'attachant aux expressions symptomatiques de la maladie pour en saisir l'enchaînement et la filiation, il se rendait maître de tous les éléments du problème, tirait de l'ombre les points obscurs, soulevait enfin tous les voiles et répandait sur son sujet les vives clartés de son esprit. Telle de ses leçons avait pour l'auditeur le charme de l'improvisation, qui était le fruit de longues méditations et des plus laborieuses recherches. Dès le principe, il s'était volontairement enchaîné dans les liens de cette inflexible méthode. Son coup d'œil y avait gagné une justesse et une promptitude singulières. Tel est le secret de cette sûreté de diagnostic qui a tant de fois émerveillé son auditoire.

Semblables à la roue qui tourne, on dit des idées justes qu'elles font leur chemin toutes seules ; encore faut-il qu'on ait poussé la roue. Jetés à pleines mains et sans compter, une foule de notions et de préceptes utiles circulent aujourd'hui dans le domaine public et semblent n'appartenir à personne ; si bien qu'on pourrait dire de l'œuvre chirurgicale de M. Nélaton, qu'elle n'est nulle part et qu'elle est partout.

En 1867, peu d'années avant sa mort, voici comment il s'exprimait lui-même dans l'introduction qui précède l'exposé des titres qu'il adressait à l'Académie des sciences à l'appui de sa candidature : « La plupart des sujets indiqués dans cette note n'ont point été l'objet de publications faites par moi ou en mon nom. Cependant la notoriété publique, dans notre monde médical, n'hésite pas à m'attribuer l'invention ou la vulgarisation des idées ou des faits qui s'y rapportent. »

Pressons la substance de cette vie si remplie, et arrêtons-nous, avec lui, sur les points qu'il a marqués d'un progrès.

Les œuvres les plus heureuses de la chirurgie réparatrice ne sont trop souvent que d'imparfaites ébauches. S'inspirant des belles recherches d'un de nos éminents confrères de Lyon, il donne au nez restauré la charpente osseuse qui lui manque, c'est-à-dire le relief et la solidité, en enfermant au centre des lambeaux rapprochés le périoste des organes voisins.

S'agit-il de fermer un orifice anormal ou de refaire un canal là où il n'y a plus qu'une gouttière ? au lieu d'emprunter au voisinage un lambeau pédiculé exposé à la mortification, il découpe une sorte de pont, tenant de chaque côté aux parties vivantes par deux larges piliers, et l'opercule obturateur est mis en place par un simple glissement. Se propose-t-il de remédier aux rétractions fatales des cicatrices ? il taille deux lambeaux disposés de telle sorte que leur traction en sens opposé se neutralisera.

Dans les applications de l'électricité galvanique aux opérations,

c'est le plus souvent l'action thermique ou galvano-caustique qu'on recherche. A l'aide d'un courant d'intensité convenable, fermé par une anse ou par une lame de platine en forme de couteau, on divise les tissus lentement et sans effusion de sang. Mais on peut aussi utiliser l'action chimique du courant. Les aiguilles qui représentent les pôles de l'appareil générateur de l'électricité étant enfoncées, à courte distance, dans les parties vivantes, ce sont les tissus interposés qui ferment alors le circuit. Le passage de l'électricité détermine dans les parties traversées les phénomènes de l'électrolyse, c'est-à-dire une séparation d'éléments, une désorganisation lente et enfin une sorte de nécrose séparatrice. En 1864, M. Nélaton exposait devant la Société de chirurgie les avantages de cette méthode nouvelle qu'on peut appeler italienne; il venait, en quelques séances, d'obtenir la guérison, sans douleur et sans effusion de sang, de l'une de ces tumeurs profondément placées dans les cavités de la face et jusqu'au fond de la gorge et que l'instrument tranchant ne peut atteindre qu'au prix de dangereuses mutilations.

Il est une opération grave que légitime l'issue constamment funeste de la maladie : il s'agit d'ouvrir l'intestin pour remédier à son occlusion. En fixant préalablement l'intestin aux lèvres de la plaie abdominale, en ne l'ouvrant qu'après l'adhésion des parties, M. Nélaton a rendu le procédé opératoire plus assuré dans ses résultats. Dans l'opération de la taille il propose, pour éviter la lésion du bulbe, tout en ménageant aux calculs une voie largement ouverte, de porter l'incision du périnée aussi loin que possible en arrière. Il signale le danger qu'il y a de toucher à certaines tumeurs lymphatiques de l'aine; il insiste sur la nécessité de procéder à l'extirpation complète des kystes qui se développent au-dessous de l'os hyoïde, afin de se mettre en garde contre la récidive ; il montre que les tumeurs pulsatiles des os ne sont pas des anévrysmes, mais de simples variétés de l'ostéosarcome.

Trop facilement proscrites, les injections coagulantes lui paraissent indiquées dans ces anévrysmes pelviens pour lesquels ni l'ouverture du sac, ni la ligature, ni la compression du vaisseau, ne sont possibles. Il appelle l'attention sur une maladie singulière, dans laquelle le pied s'use, se perfore pour ainsi dire du dehors au dedans, jusques et y compris les os, dans tous les points par lesquels il touche le sol. Pour remédier aux hémorrhagies secondaires, il conseille aux chirurgiens de lier dans les plaies les deux bouts des artères divisées, et retire enfin de l'oubli un moyen simple et facile de réduire les luxations du maxillaire inférieur.

Nous dépendons bien plus qu'on ne pense du temps où nous vivons; nous y appartenons par notre éducation, par nos idées, par les émotions qui ont fait battre notre cœur, par nos amitiés, par nos souvenirs, et nous ne saurions être équitablement jugés hors du milieu qui nous entoure et nous pénètre. Engagé dans cette voie difficile où chaque succès est le prix d'un incessant labeur et de pénibles épreuves, formé à l'école de l'enseignement libre, alors florissant et tout rempli d'une sève généreuse, au milieu de cette valeureuse élite, auxiliaire puissant de la science officielle dont elle entretenait la vie et dont elle était l'espoir, il fut de ces jeunes hommes qui, sortis de nos amphithéâtres anatomistes consommés, devinrent facilement des chirurgiens habiles.

Quand, plus tard, M. Nélaton fut sorti hors de pair, de même qu'on avait autrefois opposé Desault à Dupuytren, de même on opposa Dupuytren à M. Nélaton : les morts servent à cela. Professeurs et cliniciens consommés, tous deux, en effet, fondèrent leur réputation bien plus par la parole que par la plume, et exercèrent sur la jeunesse de leur époque la séduction de l'enseignement. Doués d'un coup d'œil pénétrant, d'un esprit inventif, ils se montrèrent également habiles à mettre en œuvre tout ce qui peut concourir au but suprême de l'art, la guérison. Sensibles au succès, comme nous le sommes tous, l'un était plus impatient de saisir ce que l'autre savait attendre. L'un était simple, ouvert, accessible à tous; contenu, étudié, impénétrable, l'autre avait plus de relief, et plus d'ombres aussi... Il est des hommes qui semblent nés pour dominer les autres, ils ne reconnaissent point de maîtres, ne veulent point d'égaux et ne souffrent aucun partage. Plus modeste et plus généreux, M. Nélaton associa plus d'une fois de jeunes confrères au mérite d'une œuvre commune; comme ils avaient été à la peine, il voulait qu'il fussent à l'honneur.

M. Nélaton, d'ailleurs, n'est plus du même temps. De grands changements, dont il a été le témoin et dont il a pris sa part, se sont accomplis. A la chirurgie d'hier, absorbée dans le perfectionnement des procédés opératoires et tout entière à l'action, a succédé une chirurgie moins impatiente, et dans laquelle l'opérateur compte moins par lui-même.

De ce lointain pays qui nous apportait hier encore une nouvelle merveille (1), était arrivée en Europe une de ces découvertes que la médecine ne peut guère comparer qu'à la vaccine. Dans la prompte ivresse, dans le sommeil rapide qu'amènent les vapeurs d'éther mélangées à l'air de la respiration, M. Jackson (de Boston) venait de rencontrer en même temps l'insensibilité momentanée et le bienfaisant oubli; et, quelques années plus tard, M. Simpson (d'Édimbourg) trouvait dans les vapeurs du chloroforme un agent plus rapide encore et plus sûr.

Supprimer la douleur, calmer l'effroi qu'inspire l'opération, apaiser de pénibles angoisses et conjurer du même coup l'épuisement qu'elles entraînent, tels n'étaient pas les seuls bénéfices de la découverte nouvelle ; les opérés devaient y trouver d'autres avantages, moins apparents peut-être, non moins précieux en réalité. Affranchis du spectacle de la souffrance auquel les âmes les mieux trempées ne résistent guère, n'ayant plus à dompter le patient, ni à se dompter lui-même, le chirurgien aborderait l'exécution d'un esprit plus libre et y apporterait une main plus ferme et plus sûre. Sans se préoccuper d'une célérité parfois dangereuse et désormais inutile, il procéderait avec une prudente lenteur et songerait davantage au lendemain.

Le lendemain, telle doit être, en effet, la pensée constante du chirurgien. Dernière ressource imposée par la nécessité, l'opération est un nouveau péril auquel il n'est permis d'exposer le malade qu'à la condition de tout faire pour en triompher.

Suspendues dans l'atmosphère, d'impalpables poussières nous entourent de toutes parts. Rares au sommet des monts et dans la solitude des champs, disséminées dans l'air des villes, c'est dans l'intérieur de nos habitations que ces molécules organiques se concentrent. Quand ces habitations renferment une population pressée, quand cette population est composée d'opérés ou de blessés, quand la ventilation est nulle ou seulement incomplète, les plus graves accidents sont à redouter.

Protégé de tous côtés par une cuirasse épithéliale en voie de rénovation incessante, l'homme bien portant oppose à d'invisibles ennemis, au dedans comme au dehors, une enceinte continue, la plupart du temps infranchissable. Toute solution de continuité est une frontière ouverte qu'il faut défendre, d'autant mieux que cette porte qui s'ouvre offre un double danger : elle peut donner entrée à l'insaisissable ennemi ou le laisser sortir au dehors.

Dès ses débuts dans la pratique hospitalière, M. Nélaton s'est trouvé aux prises avec ces redoutables complications des plaies dont les formes adoucies se nomment l'angéioleucite, l'érysipèle, le phlegmon, et dont la mortelle pyohémie est la plus haute expression. Il a vu la chirurgie, longtemps désarmée et comme résignée, entrer enfin en lutte avec ce terrible fléau. Substituer autant que possible à l'instrument tranchant les méthodes opératoires à l'aide desquelles on évite les surfaces sanglantes, et, quand il faut absolument y recourir, surveiller les voies par lesquelles le subtil poison peut s'introduire, lui barrer le passage, établir au plus vite une barrière protectrice, et si, malgré tout, l'agent septique apparaît à la surface des plaies, chercher à l'expulser au dehors ou à le détruire sur place : tel est l'ensemble des moyens proposés et mis en œuvre, et l'on peut dire, de toutes ces méthodes plus ou moins efficaces, qu'elles ne tirent leur valeur que de leur influence, heureuse ou présumée telle, sur les conséquences ou les suites de l'opération.

Par le pansement des plaies à l'aide de l'alcool dont il a été, l'un des premiers, le promoteur convaincu, M. Nélaton s'est associé personnellement à ce progrès. Il est vrai qu'à l'époque déjà ancienne

(1) Le téléphone.

où les chirurgiens vantaient les compositions les plus variées, baumes et mixtures de toutes sortes, sans compter la mummie aux vertus surnaturelles de Paracelse, quelques-uns, plus avisés que les autres, desséchaient les plaies à l'aide de l'*eau ardente*. Mais suivre, au hasard, une voie dont le but vous échappe, et dont on sort aussi aisément qu'on y est entré, ce n'est pas là le progrès.

Toutes les tentatives dont nous parlons seraient vaines, si l'hygiène nosocomiale ne suivait du même pas. M. Nélaton insistait souvent dans ses leçons sur les principes éprouvés de la prophylaxie chirurgicale. Il était de ceux qui pensent qu'il n'y a pas de petits détails dans l'art de guérir et que tout y a une importance égale, puisque la vie du malade peut dépendre d'une lotion mal faite ou de la malpropreté d'une pièce de pansement.

Tant d'efforts combinés ont déjà produit des résultats heureux. M. Nélaton a pu voir se former sous ses yeux non pas une école, celles-ci deviennent de jour en jour plus rares, mais une société d'esprits éclairés et indépendants, suivant des routes parallèles, parfaitement unis entre eux et poursuivant le même but.

Opérer dans des conditions atmosphériques irréprochables, tendre à la cicatrisation rapide pour fermer au plus tôt l'ouverture dangereuse, en un mot s'efforcer d'obtenir ce qu'on appelle en chirurgie la réunion immédiate, telle est la solution idéale qui s'impose à tout esprit réfléchi. Si nous ne pouvons toujours l'atteindre et s'il faut se résigner trop souvent à trouver les moyens pratiques de s'en rapprocher, il est permis de dire qu'une question bien posée est à moitié résolue.

M. Nélaton avait pris une part assez active aux travaux de la Société de chirurgie, surtout à l'époque de ses débuts. Il ne parut guère qu'une fois ou deux à la tribune de l'Académie. En 1856, l'année même où il prenait place parmi nous, il assistait à une discussion passionnée sur une des plus graves opérations qui puissent être pratiquées sur la femme, et dont l'orateur le plus indépendant et en même temps le plus incisif de l'Académie disait « qu'elle mettait sûrement les opérées à l'abri de la récidive ». Cette opération, qui consiste à ouvrir l'abdomen pour en extraire une volumineuse tumeur, heurtait trop violemment les idées reçues relativement à la gravité des plaies pénétrantes du péritoine pour se faire accepter sans résistance. L'ovariotomie était alors repoussée, comme une sorte d'attentat.

Quand elle nous vint une première fois d'Angleterre, vers 1840, il y avait pourtant plus de vingt ans qu'on la pratiquait aux États-Unis. Mais il faut dire que les premières tentatives faites en France n'avaient pas été heureuses, et qu'en Angleterre même les chirurgiens les plus éminents l'avaient condamnée. Ce sont les succès répétés de MM. Wells et Backer Brown qui fixèrent de nouveau tous les regards.

Au mois de novembre 1861, voulant juger les choses par lui-même, M. Nélaton se rendit en Angleterre. Cinq opérations pratiquées sous ses yeux par M. Backer Brown levèrent tous ses scrupules; il revint convaincu. Dans ses leçons cliniques de l'année suivante il fit appel à ses jeunes confrères ; il s'efforça, lui, le chirurgien prudent par excellence, de dissiper des craintes exagérées, et les invita à ne juger qu'après avoir essayé. Peu après il venait à cette tribune communiquer la relation d'une opération pratiquée d'après ses conseils par notre regretté confrère M. Demarquay. Vous n'avez pas oublié avec quelle insistance il demandait qu'on ne se laissât pas déconcerter par ce premier revers. Presque en même temps, un jeune professeur (1), alors notre compatriote, inaugurait à Strasbourg, par un succès, une série non interrompue de brillants résultats, et l'ovariotomie prenait définitivement place dans la pratique courante. On peut dire, en toute vérité, que c'est à M. Nélaton que revient l'honneur d'avoir acclimaté parmi nous cette nouvelle importation américaine. Si l'opération est redoutable, la maladie est plus redoutable encore ; la mort, avec sursis quelquefois, mais la mort inévitable, tel est le sort de ses victimes. L'opération a ses périls, mais elle a ses chances de guérison, et les chances heureuses l'emportent sur les mauvaises. « Je ne saurais trop engager les chirurgiens, dit M. Nélaton dans une de ses leçons, à se défier des préventions sentimentales. En présence d'une affection d'une pareille gravité, il faut, quand arrive le moment du danger, mettre en parallèle la gravité du mal et les ressources de l'art. » Et plus loin il ajoutait cette recommandation, inutile aujourd'hui : « Il importe que les chirurgiens haut placés prêtent le concours de leur appui moral à ceux de nos confrères qui oseront assumer la responsabilité de ces opérations. »

(1) M. Kœberlé.

L'année suivante, un évènement imprévu donnait tout à coup au nom de M. Nélaton un retentissement sans égal.

Le 29 août 1862, à Aspromonte, Garibaldi, qui combattait en irrégulier pour l'indépendance et l'unité de sa patrie, parcourait le front des volontaires, lorsqu'il reçut en même temps trois balles des premiers coups de feu tirés par les troupes régulières italiennes. L'une contusionnait le genou gauche, l'autre effleurait la hanche droite; la troisième causait une plaie plus sérieuse et pénétrait dans le cou-de-pied droit, un peu au-dessus et en avant de la malléole interne. Garibaldi avança encore de quelques pas, puis la douleur le contraignit de s'asseoir, et il ne fit plus désormais aucune tentative pour marcher. Sur le champ de bataille même, et peu d'instants après, le docteur Albanese, ayant remarqué au côté opposé du pied, et au même niveau, une légère tuméfaction, crut devoir pratiquer une incision en ce point. N'ayant pas rencontré le projectile, il jugea prudent d'attendre. Transporté sur la frégate à vapeur le *Duc de Gênes*, le blessé débarquait à la Spezzia et entrait au fort de Varignano le 2 septembre au soir. Deux jours après, et en présence de MM. Rizzoli (de Bologne), Zannetti (de Florence), Prandina (de Chiavari), Negri (de Gênes), Riboli (de Turin), et de MM. Albanese, Ripari et Bazile, médecins et amis du général, le professeur Porta (de Pavie) explorait la blessure. Les consultants conclurent de cet examen que la balle n'était plus dans la plaie et qu'elle avait été repoussée au dehors (1). M. Bazile, toutefois, conservait des doutes; il les exprima à plusieurs reprises à Garibaldi, et aussi au professeur Porta, ainsi qu'en témoigne la lettre qu'il lui écrivait le 22 septembre.

M. Nélaton arrivait à la Spezzia le mardi 28 octobre ; le général était alité depuis deux mois. L'exploration est à peine commencée que sa conviction est faite. Un stylet ordinaire introduit dans la plaie a donné à sa main et à son oreille également exercées une double sensation qui ne laisse aucun doute dans son esprit : la balle est encore dans la plaie. Tel fut aussi l'avis de MM. Partridje et Pirogoff qui vinrent trois jours après.

De retour à Paris, M. Nélaton réfléchissait au moyen de lever les derniers doutes de ses confrères italiens; et il raconte, avec sa modestie accoutumée, comment il fut mis sur la voie : « M. Emmanuel Rousseau, dit-il, me donna un moyen bien simple et pratique : il consistait à introduire dans la plaie un corps de petites dimensions capable de rapporter une empreinte métallique reconnaissable à tous ses caractères. »

Quelques jours plus tard, M. Nélaton adressait aux médecins du général un stylet terminé par une petite olive en porcelaine blanche et non vernie, sur laquelle, par un mouvement de rotation, le projectile devait révéler sa présence. M. le professeur Zannetti, qui avait tenté, sans y réussir, de fermer le courant d'une pile par le contact de la balle et de déterminer ainsi le mouvement de l'aiguille d'un galvanomètre compris dans le circuit, obtint, à l'aide du stylet reçu de Paris, la certitude qu'il cherchait. Le 22 novembre un fragment d'éponge préparée fut introduit dans la blessure pour dilater le trajet de la balle, et le lendemain M. Zannetti procédait avec la plus grande facilité à son extraction. Le jour même, M. Nélaton recevait de Pise le télégramme suivant :

« Balle extraite de la blessure de Garibaldi, d'après l'assurance de votre diagnostic, garanti par le résultat de votre stylet. Honneur à vous. « Le préfet de Pise, Torelli. »

(1) Il n'est pas sans intérêt de remarquer que la lettre du préfet de Pavie qui, sur l'ordre du ministre de l'intérieur, invitait la commission médicale présidée par le professeur Porta à se rendre à la Spezzia, portait ces mots textuels : *Per estrarre la palla del piede del general Garibaldi.*

Aux premiers jours de décembre, le général écrivait à M. Nélaton :

« Mon bien cher ami,

« Je vous dois une parole d'amour et de gratitude. Votre apparition à la Spezzia a été un bonheur pour moi. Si jamais quelque doute avait pu traverser mon esprit, votre entrevue si éminemment sympathique, votre parole dont les encouragements étaient si éloquents, ne m'ont plus permis de douter de ma guérison. Je suis beaucoup mieux depuis l'extraction de la balle opérée avec tant d'habileté par notre illustre compatriote le professeur Zannetti à l'aide des instruments que vous aviez eu la bienveillance de m'envoyer. Que Dieu vous bénisse. « Garibaldi. »

Le nom du blessé, la gravité des évènements dont l'Italie était le théâtre, la valeur des hommes qui s'étaient prononcés en sens contraire, la curiosité et l'attente publique, tout concourut à populariser le chirurgien français. Jeté, pendant deux mois par toutes les voix de la publicité, aux échos du monde entier, le nom de M. Nélaton prit rang désormais au nombre des grandes illustrations contemporaines.

De nos jours où le talent abonde, les grandes renommées sont rares. Les noms nouveaux ont de la peine à monter à la surface; pour les mettre en lumière il faut l'occasion propice, et les admirations les plus sincères ne vont pas sans une part d'engouement. Mais si la fortune est trop souvent aveugle, si la notoriété passagère n'est parfois qu'une surprise de l'opinion, on retrouve aisément les titres des réputations légitimes et durables.

A l'époque où il était appelé en Italie, M. Nélaton jouissait déjà d'une autorité incontestée. Désormais, le succès du praticien alla sans cesse grandissant, et bientôt sa clientèle fut immense. Sa prudence éprouvée, sa douceur, sa confiance communicative, son affectueuse sollicitude pour les malades, eussent suffi, en dehors même de la valeur du chirurgien, à expliquer cette vogue croissante, dans laquelle il ne mit du sien que son mérite.

Son visage ouvert et souriant dissipait toutes les appréhensions. Comme avec lui les entreprises téméraires n'étaient pas à redouter, la confiance qu'il inspirait était entière, absolue. Le meilleur témoignage qu'on puisse invoquer ici, et ce témoignage a bien sa valeur, c'est qu'il n'est peut-être pas un seul d'entre nous qui n'eût consenti à passer par ses mains.

Plein de bienveillance, d'ailleurs, pour ses confrères, il était toujours prêt à s'effacer devant les plus modestes; aussi n'y avait-il guère dans le corps médical de maître plus aimé ni plus recherché. Durant les dix dernières années de sa pratique chirurgicale, il est peu de cas difficiles, où il n'ait été appelé comme arbitre.

Vers le milieu de l'année 1867, M. Jobert étant mort, M. Nélaton fut appelé au poste, plus envié qu'enviable, de chirurgien de l'empereur.

On raconte qu'après le siège de Troie, Podalire, jeté par la tempête sur les côtes de l'Asie Mineure, reçut du roi Damète, avec la main de sa fille qu'il avait guérie, la moitié du royaume de Carie. Les Cariens, il est vrai, passaient pour des barbares, et Podalire, fils d'Esculape, n'était rien moins qu'un demi-dieu.

Ce n'est plus aux temps fabuleux que le vainqueur des Perses, Séleucus, comblait Érasistrate des marques de sa munificence. Généreux et magnifique, le père reconnaissant envoyait au sauveur d'Antiochus cent talents, presque un million de notre monnaie; et l'époux héroïque, deux fois digne du surnom de Nicator qu'il avait déjà reçu de la reconnaissance de son peuple, donnait, sur les conseils de son médecin, Stratonice, qu'il aimait, à son fils, qui mourait pour elle. On n'a pas oublié le ravissant tableau, chef-d'œuvre de style et de grâce, dans lequel le grand peintre de nos jours, M. Ingres, a retracé cette émouvante histoire.

Tandis qu'à la cour des souverains de l'Asie nos confrères de l'antiquité faisaient assez bonne figure, il n'en allait pas tout à fait de même en Occident. A Rome, où l'esclave n'était rien et l'affranchi peu de chose, le médecin ne comptait guère. Il est vrai que, dans notre propre pays, toute une partie de la nation, qui a longtemps passé pour la plus éclairée, a vécu dans cette illusion puérile qu'on déroge par le travail et qu'il est plus noble de ne rien faire. Les mains royales, plus recherchées que celle des médecins les plus habiles, jouissaient alors de vertus particulières, et je ne sais plus quelle grande dame du temps de Louis XIV léguait en mourant une pension viagère au chirurgien qui l'avait opérée, parce que, disait-elle, il ne sera plus appelé pour soigner personne.

Aujourd'hui que l'idée d'égalité s'est dégagée comme une loi de justice, le médecin n'est l'inférieur de personne. Par la grandeur de son objet qui est l'homme même, la médecine est, de toutes les sciences, la plus mêlée à toutes les autres, et le médecin digne de ce nom un des types les plus élevés de culture intellectuelle et morale. La mission sociale qu'il est appelé à remplir, l'étendue et la variété des connaissances qu'elle exige, le nombre et l'importance des applications qui en découlent, lui assignent dans notre société un rang qui ne le cède à aucun autre. Il a le droit de se faire partout sa place, et il lui appartient de garder fièrement dans le commerce des puissants du jour ce que d'autres y perdent, la sincérité et l'indépendance.

Dans cette situation qu'il n'avait pas recherchée, M. Nélaton sut faire respecter en sa personne le corps auquel il appartenait. Presque à la veille de nos désastres, le prince, en témoignage de sa reconnaissance, lui donnait un siège dans cette chambre haute qui allait disparaître avec les institutions impériales.

L'année précédente, M. Nélaton était volontairement descendu de sa chaire de professeur. En même temps qu'il quittait la Faculté, il cherchait aussi à se retirer, non pas aussi rapidement qu'il l'eût désiré, de cette agitation dévorante à laquelle il avait si longtemps résisté. Il n'avait que soixante ans, mais sa vue faiblissait et sa santé commençait à s'altérer. Le sang-froid nécessaire, la complète possession de lui-même, sans lesquels il ne peut rien, le chirurgien les acquiert à force de volonté ; mais, dans ces nobles efforts qui font honneur à l'homme, la vie se consume et s'écoule par des blessures qui se rouvrent chaque jour.

Cependant les évènements se précipitaient ; les jours du siège arrivèrent. Comme nous tous, M. Nélaton voulut faire son devoir dans les ambulances ; ce dernier effort acheva de briser ses forces. La maladie du cœur dont il était atteint faisait de rapides progrès. Sa démarche était devenue plus pesante; une expression de fatigue et de tristesse avait remplacé sur son bienveillant visage le sourire qui l'éclairait naguère. Les troubles circulatoires devenaient plus fréquents. Chaque jour l'éloignait de nous davantage. Il n'y restait plus guère attaché que par une œuvre d'assistance et de dévouement. Par un vote unanime, chaque année renouvelé, les médecins de la Seine l'avaient placé à la tête de leur association ; même brisé par le mal, M. Nélaton ne cessa de donner à cette œuvre fraternelle un concours sans réserve, et ce fut l'une de ses dernières pensées.

Cédant aux sollicitations de ses proches et de ses amis, il avait consenti à quitter Paris. Mais ni l'Italie, ni la mer, ni l'air des champs ne purent triompher d'un mal sans remède, et il revint parmi nous pour y mourir. Le dimanche matin, 21 septembre 1873, il expirait au milieu des siens. Il avait 66 ans.

Ses obsèques eurent lieu sans pompe ; aucun discours ne fut prononcé sur sa tombe. Il avait voulu le silence ; sa volonté fut pieusement respectée. Sur le char funèbre autour duquel se pressait une foule recueillie, rien qui rappelât le grand dignitaire de l'État, l'académicien ou le professeur. Tandis que nous suivions ce modeste cercueil enseveli sous les fleurs, le souvenir de l'éminent chirurgien s'associait involontairement dans notre pensée à celui de l'un des plus grands naturalistes dont s'honore la France. Ce n'était point au milieu des jouissances de la fortune, mais dans une chambre nue et d'une main glacée par la misère que Michel Adanson demandait qu'une guirlande de fleurs prises dans chacune des familles végétales qu'il avait établies fût la seule décoration de ses funérailles, passagère image du monument plus durable qu'il s'est érigé lui-même.

M. Nélaton appartient à cette laborieuse génération, en grande partie disparue, digne héritière des grands chirurgiens du commencement du siècle, savante élite qui a rendu à l'enseignement tant de services, et dont le plus grand peut-être est d'avoir ouvert à la chirurgie les voies nouvelles qu'elle parcourt aujourd'hui.

Ce n'est qu'au prix de longs efforts que s'acquiert l'expérience. La médecine, qu'Hippocrate appelait déjà de son temps *ars longa*, ne demande pas aujourd'hui un moindre labeur, et c'est au moment de disparaître que le médecin jette tout son éclat. Dans l'espérance de goûter enfin un repos chèrement acheté, il se hâte d'un pas fiévreux ; mais cet espoir longuement caressé n'est trop souvent qu'un rêve, et, cette étape qui doit être la dernière, presque jamais il ne l'atteint.

Étranger à toute ambition vulgaire, ne songeant à éclipser personne, cherchant plutôt à s'effacer, M. Nélaton avait conquis l'estime et l'affection de tous, et il eut ce rare privilège que, parvenu au premier rang, il fut épargné par l'envie.

Dans ce monde où le charlatanisme audacieux l'emporte trop souvent sur le savoir modeste, c'est un consolant spectacle de voir le vrai mérite, n'ayant pour se défendre que des armes loyales, sortir vainqueur de ces luttes inégales.

Aux qualités qui donnent de la considération, M. Nélaton joignait celles qui inspirent de l'attachement. Il est une droiture recouverte d'une sorte de rudesse qu'il faut soulever pour pénétrer jusqu'au fond de délicatesse et de bonté qui se cache au dessous. Chez M. Nélaton tout était à découvert, et sa droiture était aimable. Tout en admirant le chirurgien, on était attiré par la personne.

Il était déjà célèbre quand un évènement fortuit vint mettre le comble à sa réputation et attacher pour jamais son nom à celui du héros de l'indépendance italienne. *Homines semper postrema meminere*, a dit Tacite avec son inimitable concision : « Dans la succession des évènements qui marquent le cours de la vie, ce sont les derniers qui se gravent le plus profondément dans la mémoire des hommes. »

Il en est dont les œuvres écrites gravent à jamais les noms dans la mémoire des générations ; il en est d'autres, parmi les meilleurs, supérieurs moins par ce qu'ils font que par ce qu'ils sont, qui, plus occupés à répandre la vérité par la parole que par la plume, semblent avoir plus travaillé pour leurs contemporains que pour la postérité. Mais, quand ces hommes représentent et résument le mieux l'époque où ils ont vécu, leur souvenir se confond avec elle, et les services qu'ils ont rendus n'en sont pas moins impérissables. Sous le voile de la mort qui les couvre, ces brillantes figures rayonnent encore comme ces foyers de lumière dont on adoucit l'éclat sans rien leur enlever de leur puissance.

Que de connaissances acquises, que de découvertes, dont la trace est depuis longtemps effacée, précieux héritage dont l'origine se perd dans un passé lointain et que nous dépensons sans reconnaissance, semblables à ces monnaies dont l'usage a fait disparaître la marque et qui circulent encore sans avoir rien perdu de leur valeur! N'oublions pas que tout progrès accompli en prépare un nouveau. La science, c'est la fugitive enchanteresse dont parle le poète (1). Personne ne peut la saisir, et toujours elle nous guide, parce que toujours elle nous devance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le personnel médical et pharmaceutique des hôpitaux thermaux est arrêté de la manière suivante, pour l'année 1878.

Hôpital de Bourbonne : MM. Reeb et Dauvé, médecins-principaux de 2e classe ; Doin, médecin-major de 1re classe ; Bedoin, médecin-major de 2e classe ; Moine, Boiland et Charpentier, médecins aides-majors de 1re classe ; Hornus, médecin aide-major de 2e classe ; Delcusse, pharmacien-major de 1re classe.

Hôpital de Vichy : M. Bintôt, médecin principal de 1re classe ; Mourton et Derazey, médecins-majors de 1re classe ; Bruant et Burlureaux, médecins aides-majors de 1re classe ; Chappuis, médecin aide-major de 2e classe ; Puig, pharmacien aide-major de 1re classe.

Hôpital de Barèges : MM. Armieux, médecin principal de 1re classe ; Giard, médecin-major de 1re classe ; Pau de Saint-Martin, médecin-major de 2e classe ; Bergounioux, médecin aide-major de 1re classe ; Roux et Simon (P.-P.), médecins aides-majors de 2e classe ; Boué, pharmacien-major de 2e classe.

Hôpital de Bourbon-l'Archambault : MM. Pallé, médecin-major de 1re classe ; Phisalex, médecin aide-major de 2e classe.

Hôpital de Guagno : M. Costa, médecin principal de 2e classe.

(1) Alfred de Musset.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

LA VIE

ÉTUDES ET PROBLÈMES DE BIOLOGIE GÉNÉRALE (1).

Lorsque M. Chauffard publia en 1862 ses *Principes de pathologie générale*, il ne se dissimula pas à lui-même la hardiesse de son entreprise. Après la période critique qui avait fait table rase de tous les anciens systèmes, au milieu d'une activité dévorante demandant à des observations nouvelles et à des procédés nouveaux d'étude les matériaux d'une constitution future de la médecine et de la biologie, il y avait, en effet, une certaine hardiesse à venir dire que la doctrine médicale existe, qu'elle peut être exposée avec les clartés de l'évidence, qu'elle suffit au présent et embrasse l'avenir. Aussi la surprise fut-elle grande et les impressions très-diverses. Quelques-uns s'émurent du ton de conviction avec lequel s'exprimait l'auteur ; beaucoup ne comprirent pas ou affectèrent de ne pas comprendre; le plus grand nombre, il faut le dire, après un premier mouvement de surprise, n'en continua pas moins son chemin sans se laisser distraire ni détourner de la voie nouvelle ouverte aux investigations scientifiques.

Pour nous, qui avions déjà entendu ce langage et pour qui ces idées n'étaient pas entièrement nouvelles, tout en continuant à consacrer le meilleur de notre temps à tenir nos lecteurs au courant des faits et des résultats nouveaux, nous n'en suivions pas moins avec intérêt les suites de cette tentative de restauration vitaliste; d'autant qu'elle s'annonçait, non pas comme une opposition aux idées et aux méthodes modernes, mais plutôt comme une conception faite d'un point de vue plus élevé et plus général et destinée à embrasser à la fois, à éclairer et à féconder les uns par les autres les faits et les principes de la tradition médicale et ces mêmes faits et résultats des méthodes d'étude moderne. Il nous a toujours paru, en effet, que ces deux doctrines ou plutôt ces deux manières d'envisager les faits sous des aspects différents, loin de s'exclure et de se contredire, étaient au contraire destinées à se compléter en réalité l'une par l'autre : la première, en mettant à la disposition de la constitution de la science biologique le dépôt des vérités premières, des faits généraux fournis par l'observation ; la seconde, élément essentiel de progrès et source de toutes les acquisitions scientifiques modernes, en apportant, avec les faits qu'elle met journellement en lumière, l'esprit de vérification et de contrôle susceptible de donner à quelques-unes des vérités traditionnelles la sanction expérimentale et le caractère de certitude scientifique qui leur avaient manqué jusque-là.

Mais toutes les vérités d'observation ne sont pas susceptibles d'être soumises au même contrôle et aux mêmes procédés d'étude et de démonstration. A une époque qui est encore très-près de nous, il était convenu qu'on devait rejeter de la science tout ce qui est inaccessible de sa nature aux procédés de la méthode expérimentale, et à ce titre toutes les notions de l'ordre idéologique et métaphysique avaient été rayées d'un trait de plume du programme des études scientifiques. La science de l'homme comprise dans ses divers aspects et dans sa plus large acception ne comportait pas une pareille exclusion.

Tout en reconnaissant ce dont nous sommes redevables à la science depuis que, renonçant à l'étude des causes premières et des causes finales, elle n'a procédé que par l'étude des phénomènes et des conditions de leur production et de leur existence, on n'en est pas moins obligé d'admettre qu'il y a, à côté et en dehors des objets dont elle s'occupe, des questions qui sollicitent incessamment la curiosité humaine et dont on conçoit malaisément la solution par les méthodes d'expérimentation.

L'école positiviste elle-même, après n'avoir admis d'abord que la seule expérience, bannissant de partout l'idée de cause pour lui substituer celle de la succession hiérarchique des phénomènes, en est venue à reconnaître, au-dessus des conditions physiques ou purement matérielles des phénomènes, la nécessité d'un dessin préétabli, d'une idée directrice, en un mot d'un élément supérieur qu'elle avait d'abord repoussé, comme elle a reconnu aussi que la physiologie, tout en nous révélant les conditions matérielles indispensables pour la libre manifestation de nos idées et de nos sentiments, était incapable par elle-même de nous en donner la notion complète.

N'en est-il pas de même de ces grands problèmes toujours ajournés, toujours repris et jamais résolus des origines et des fins de toutes choses, qui s'imposent comme un impérieux besoin à l'esprit humain? Il y a eu de tout temps de ces esprits curieux que la science des relations directement

(1) *La Vie. Études et problèmes de biologie générale*, par M. E. Chauffard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8°. Paris, 1878, chez J.-B. Baillière et fils.

observables n'a jamais satisfait complètement et qui, à défaut de preuves démonstratives trop lentes à acquérir à leur gré, ont cherché à travers les obscurités profondes qui les enveloppent, à concevoir idéalement les notions de causalité et de finalité. « Chose étrange ! s'écrie un de nos plus éminents savants, cette science, qui tend au dernier mot des choses, a été la première qui ait excité la curiosité des hommes, et c'est elle aujourd'hui qui a besoin d'être justifiée. L'obstination de l'esprit humain à reproduire ces problèmes prouve qu'ils sont fondés sur des sentiments généraux et innés. Ils sont donc légitimes en tant que sentiments. Faut-il les chasser du domaine de la science parce qu'ils ne peuvent être résolus avec certitude et en abandonner la solution au mysticisme? Je ne le pense pas. » (Berthelot. *La Science idéale et la Science positive.* Revue des Deux-Mondes, novembre 1863.)

Il y a aujourd'hui une certaine tendance à un retour vers l'étude de ces questions générales que la science nouvelle proposait de repousser. Sans parler de notre école philosophique qui a produit dans ces derniers temps plus d'une œuvre remarquable, où se manifeste, avec la ferme résolution de maintenir les principes de la doctrine spiritualiste, le secret désir d'entrer en conciliation avec les données scientifiques, l'école anglaise, notamment, se distingue par les louables efforts qu'elle fait pour étudier les rapports qui peuvent unir la vie et la pensée avec les autres forces de la nature et pour jeter les bases d'une nouvelle psychologie expérimentale. Dans cette psychologie entreraient à côté des données fournies par la méthode subjective, l'introspection ou la réflexion du moi sur lui-même, qui a fait à peu près exclusivement jusqu'à présent tous les frais de la métaphysique, la méthode objective, c'est-à-dire celle qui consiste à recourir aux observations que l'esprit recueille hors de lui-même, dans l'histoire, dans l'ethnographie, l'anthropologie et la physiologie; méthodes susceptibles de se contrôler l'une l'autre et de se compléter au plus grand avantage de la science.

Mais laissons là ces questions générales, qui nous entraîneraient trop loin, pour revenir au sujet qui nous intéresse plus directement et qui touche de plus près à la médecine, les problèmes généraux de la vie. Ces problèmes sont précisément de l'ordre de ceux dont nous parlions plus haut, comme ayant fait dans les temps anciens l'objet des premières études, longtemps avant que la science eût pénétré dans les secrets de la composition et des fonctions intimes de nos organes. Chose digne de remarque ! nous écrierons-nous à notre tour, alors que l'anatomie et la physiologie étaient presque inconnues et que la physique reposait tout entière sur de vaines théories, Hippocrate, par la seule puissance de son génie d'observation, jetait, dans un petit traité resté immortel, les bases de l'étiologie morbide extérieure et de ce que nous appelons aujourd'hui la science des milieux, tandis que, dans maints passages épars des diverses divisions de ses œuvres, il formulait en propositions générales ces grands faits primordiaux de l'unité, de l'activité et de la spontanéité du système vivant, qui ont constitué depuis lors les premières assises de la science de l'homme.

C'est, non pas à la réhabilitation de ces grands principes qui n'ont jamais été sérieusement contestés, mais à leur rajeunissement au contact de la science moderne, que M. Chauffard a consacré l'œuvre dont nous avons maintenant à parler.

L'objet que s'est proposé M. Chauffard dans cet ouvrage est, en effet, de montrer qu'à notre époque les problèmes généraux de la vie sont délaissés pour les faits particuliers, au préjudice même de la connaissance de leurs liens et de leur ensemble, et d'appeler l'attention de ses lecteurs sur ces hautes questions de physiologie, sur ces notions fondamentales de la biologie, qui reparaissent à un autre point de vue, comme autant de vérités primordiales, l'unité de l'être vivant, sa spontanéité, sa finalité, sa puissance génératrice. Il est certain qu'aux yeux des métaphysiciens, ce sont autant de propositions qui ne semblent pas avoir besoin de démonstrations et qui s'imposent en quelque sorte d'elles-mêmes comme des axiomes, ou qui se démontrent plutôt par l'absurdité des propositions contraires, le moi et la personnalité humaine s'anéantissant par la négation de l'unité, comme la liberté morale par la négation de la spontanéité, comme l'idée de la destinée humaine par la négation de la finalité vivante.

M. Chauffard voit, dans la correspondance et l'alliance de ces grandes vérités biologiques et métaphysiques, le signe du progrès le plus réel de la philosophie moderne. Mais, si une part de ce progrès est due aux avances que les philosophes ont faites à la physiologie, ne serait-il pas juste et logique, dit-il, pour le compléter, que les physiologistes à leur tour, faisant un pas vers la métaphysique, consentissent à dépasser l'étude des fonctions partielles, transitoires et subordonnées, pour voir en face ce qui est permanent?

C'est là le mobile de M. Chauffard, qui pense que c'est dans ces études combinées de biologie générale, s'appuyant incessamment sur la physiologie, mais sans demeurer étrangères aux enseignements métaphysiques, qu'on trouvera les éléments de l'étude philosophique de l'homme. Pour lui, tous les efforts d'analyse auxquels se livre avec une si noble ardeur la science contemporaine n'auront pas pour résultat de briser toute alliance entre le présent et la tradition. Loin de là, dit-il, l'alliance en restera plus fermement établie. Il voit dans toutes les acquisitions de la physiologie moderne la meilleure confirmation des vérités traditionnelles de la biologie. L'autonomie de l'être vivant, son unité et sa spontanéité, la finalité qui établit et gouverne toutes ses fonctions, son activité génératrice, non-seulement ne sont pas démenties par les découvertes physiologiques modernes, mais elles y trouvent, au contraire, une confirmation et une rénovation. Ces notions générales, pour être méconnues ou négligées par un grand nombre, n'en suivent pas moins leur évolution et leurs progrès corrélatifs avec les autres progrès scientifiques.

C'est à cette doctrine traditionnelle que M. Chauffard a voulu donner des développements nouveaux, en la dépouillant de ses formes surannées, en la dégageant de l'alliage des anciens systèmes et en la réformant par son rapprochement incessant avec les faits d'observation.

Ces développements se trouvent répartis dans une série de chapitres qui constituent comme autant de sujets distincts, bien que reliés tous entre eux par la même pensée et le même esprit logique, sous les titres de : l'âme et la vie ; les luttes actuelles de la philosophie et de la science ; de l'idée de vie dans la physiologie contemporaine ; le moi et l'unité vivante ; la spontanéité vivante et le mouvement ; de la finalité dans les êtres vivants et de la doctrine de l'évolution, etc., etc.

Aussi espère-t-il avoir mis cette doctrine à l'abri des reproches faits à ses devancières les doctrines de l'animisme de Stahl, du vitalisme de Bichat et du double dynamisme de l'École de Montpellier, qui, après avoir eu leur période d'éclat, ont fini par périr pour avoir abusé des entités métaphysiques comme puissances directrices et régulatrices de l'organisme, et pour s'être mises en travers des progrès dûs à l'intervention, dans l'étude de la physiologie, des faits et des méthodes physico-chimiques et des lois générales de la matière.

Aux yeux de M. Chauffard, il y aurait cependant encore, dans l'état actuel des esprits, deux dangers qu'il tient également à éviter, et contre lesquels il veut prémunir ses lecteurs.

Le danger de la science contemporaine, dit-il, est dans l'affaiblissement du sens des vérités nécessaires, en même temps que dans l'accroissement en proportion indéfinie de la masse des faits particuliers, dans la dissémination et la dissociation de plus en plus grandes des phénomènes par l'analyse, à côté de laquelle il voudrait placer la synthèse qui maintient leur rapprochement et leurs rapports naturels.

D'un autre côté, il reconnaît que ce n'est pas toujours sans raison qu'on a reproché aux partisans de la tradition leur immobilité et leur hostilité contre le mouvement et le progrès. Il s'en défend pour son compte, en reconnaissant que ceux qui estiment au contraire que tout est à renouveler dans la science, que le passé est un lourd et inutile héritage bon à répudier, portent au travail, aux investigations nouvelles, une ardeur incomparable, reculent les bornes de l'analyse, fouillent en tous sens la matière organique, amassent des matériaux et accumulent des faits qui pourront être convertis plus tard en richesses réelles, en progrès véritables ; et il conseille à ceux qui l'écoutent comme à ceux qui le lisent de ne compter ni parmi ceux qu'il appelle les endormis, ni parmi les révoltés de la tradition.

« S'il fallait choisir et se prononcer, pour la tradition contre le mouvement, j'hésiterais; je vous dirais peut-être : Marchons et cherchons, secouons les engourdissements de l'esprit, allons en avant quand même... Mais il n'y a pas à tenir ce langage. Rien n'oblige à choisir entre une tradition immobile et le mouvement sans les lumières de la tradition. Le mieux est de chercher à allier ces deux principes. »

Telle est, dans son esprit général, l'œuvre à laquelle M. Chauffard vient de consacrer ses dernières veilles, œuvre qui est le reflet et comme l'écho condensé des principes qui guident son enseignement dans la chaire de pathologie générale.

Ces principes, qui ne sont pas, il est vrai, ceux de la majorité des travailleurs d'aujourd'hui, ne sont cependant ni aussi méconnus, ni aussi généralement abandonnés que semble le croire M. Chauffard dans l'espèce d'isolement où il se place de tous ceux qui ne partagent pas au même degré ou ne propagent pas avec la même chaleur ses ardentes convictions. A côté de lui, en dehors de son influence personnelle et par des voies ou sous des formes différentes, nous pourrions citer plus d'une œuvre qui témoigne, au milieu même de l'activité et des préoccupations de la science moderne, d'un légitime respect pour les vérités traditionnelles ; comme nous pourrions citer plus d'un praticien qui, tout en cherchant, soit dans l'étiologie extérieure, soit dans la détermination précise de tous les éléments anatomiques et organiques, à établir son diagnostic conformément aux données modernes de la science, sait tenir compte pour ce diagnostic lui-même, comme pour le pronostic et le traitement, des éléments dynamiques et des conditions de résistance ou de réactivité vitales qui se cachent derrière toute cette phénoménalité extérieure. Mais, il faut bien le dire aussi, ces principes, si vrais et si utiles qu'ils soient, ne constituent pas à eux seuls la science, et, loin qu'ils l'aient fait avancer, c'est en dehors d'eux que se sont réalisés les plus nombreux et les plus importants progrès de nos jours.

Voici en quels termes s'exprimaient à cet égard les auteurs du rapport sur les progrès de la médecine de 1867 : « La science moderne conteste-t-elle ces principes, ces grandes vérités, ces grands faits de l'unité et de la coordination des phénomènes vitaux, de la formation et du développement du germe ? Non sans doute, mais ce qu'elle conteste, c'est que ces grands faits soient devenus plus clairs pour avoir été placés sous le patronage d'une conception idéale ; c'est que les questions qui s'y rattachent aient fait un pas depuis qu'elles ont été formulées pour la première fois.

« L'un des mérites de la médecine de nos jours, c'est précisément d'avoir abandonné la poursuite de ces problèmes, d'avoir renoncé à la recherche du *pourquoi* des choses, pour s'en tenir au *comment* et à l'étude des conditions, de la production et de l'existence des phénomènes, seule accessible à nos moyens d'expérimentation... ».

Cette appréciation est loin assurément de manquer de justesse, surtout si l'on se place au point de vue scientifique pur ; on pourrait lui reprocher peut-être de ne reconnaître qu'un peu trop platoniquement les grands faits généraux en question, qu'il importe cependant au praticien de ne pas perdre entièrement de vue. D'ailleurs, à côté des savants qui expérimentent et qui demandent au concours de tous les procédés nouveaux de recherche les moyens de résoudre les questions de fait qui surgissent en foule entre les termes mêmes des propositions doctrinales que nous venons de rappeler, n'est-il pas bon et utile que ces propositions, ces principes et ces faits généraux que nous a transmis la tradition, soient rappelés de temps à autre à ceux qui, entraînés par le tourbillon du progrès, ne seraient que trop disposés à les oublier? N'est-il pas surtout avantageux et désirable que les hommes familiarisés avec ces notions et avec l'histoire de notre science, au lieu de s'en servir pour faire obstacle au progrès, ne s'en inspirent, au contraire, que pour y adapter, en les éclairant à la lumière des principes, les idées et les faits que produit journellement la science moderne? La science, comme la littérature, comme la politique et la guerre, a ses enfants perdus, qui, ignorants du passé, impatients de tout joug et de toute discipline, inconscients de tout danger, se précipitent tête baissée dans l'inconnu, et, sur la première prise heureuse ou la première conquête qu'ils croient avoir faite, vont proclamant partout leur triomphe, décrétant de leur propre autorité la déchéance des anciennes doctrines et l'avènement d'une école nouvelle. N'est-il pas utile qu'une voix autorisée crie de temps en temps gare à ces esprits pressés, et leur apprenne qu'on ne fait pas si aisément table rase du passé? C'est là, assurément, un rôle digne d'un esprit élevé et qui est loin d'être sans honneur. C'est ce rôle que M. Chauffard a rempli dans ce livre, comme il l'avait fait déjà dans des publications précédentes, et comme il le fait dans sa chaire de la Faculté, avec l'autorité et le talent qu'il met au service de son enseignement.

Il nous resterait à montrer pour la justification de l'une des propositions que nous avons émises en tête de cet article, comment le chef si regretté de notre École de physiologie et de pathologie expérimentale, tout en partant de prémisses toutes différentes et en procédant par une tout autre méthode, en est arrivé sur la fin de sa carrière et dans ses dernières publications, à reconnaître que si toutes les conditions physico-chimiques de la vie étaient susceptibles d'être déterminées par la voie expérimentale, il y a une cause supérieure qui préside à l'enchaînement des phénomènes vitaux et dont la connaissance échappe aux lois du déterminisme, se rapprochant ainsi insensiblement, d'induction en induction, de ce principe des doctrines vitalistes dont il avait cru longtemps pouvoir se passer. Mais nous laissons le soin de faire ressortir ce dernier point de vue, à celui de nos collaborateurs qui a bien voulu se charger de rendre compte des dernières publications de l'illustre physiologiste. Dr BROCHIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Prix de 1876.

Prix de l'Académie. — (Étude comparée des divers modes de pansement des grandes plaies).

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre de récompense : 1° Une somme de 600 francs à M. Cassedébat (P.-A.), médecin aide-major; 2° Une somme de 400 francs à M. le docteur Devals, de Bordeaux.

Prix Portal. — Il ne s'est présenté aucun concurrent.

Prix Bernard de Civrieux. — (Du rôle du système nerveux dans la production de la glycosurie). — Il n'y a pas lieu de décerner le prix, mais l'Académie a accordé un encouragement de la valeur de 1,200 francs à M. le docteur Bussard, médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Prix Capuron. — Un seul mémoire a concouru. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Barbier. — L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde, à titre de récompense: 1° Une somme de 1,500 francs à M. le docteur Junod, médecin à Paris, pour son ouvrage intitulé: *Traité théorique et pratique de l'hémospasie;* 2° Une somme de 500 francs à M. le docteur Trideau (H.), médecin à Andouillé (Mayenne), pour sa brochure ayant pour titre : *Traitement de l'angine couenneuse par les balsamiques.*

Prix Ernest Godard. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Legrand du Saulle, médecin à Paris, pour ses deux brochures intitulées, l'une : *la Folie du doute;* l'autre : *la Folie héréditaire.*

Prix Orfila. — (De l'aconitine et de l'aconit). — Aucun concurrent ne s'est présenté.

Prix Itard. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Angel Marvaud, médecin-major à l'hôpital militaire de Mascara (Algérie), pour son ouvrage intitulé : *les Aliments d'épargne.*

Prix Saint-Lager. — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix Falret. — *(De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie).* — L'Académie ne décerne pas le prix. — Elle accorde : 1° Une somme de 1,500 francs, à titre de récompense, à M. le docteur J. Christian, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Mondevergues (Vaucluse); 2° 500 francs, comme encouragement, à M. le docteur Lagardelle (Firmin).

Médailles accordées pour coopération aux travaux de la Commission de l'hygiène de l'enfance pendant l'année 1876. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'intérieur a bien voulu accorder :

1° Une médaille d'or à : M. le docteur Bringuier, médecin à Montpellier (Hérault), pour son mémoire intitulé : *Étude statistique sur la mortalité de la première enfance dans le département de l'Hérault.*

2° Rappel de médailles d'argent (avec médailles) à : M. le docteur Bourée (Léonard), médecin à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), pour ses *Tableaux statistiques et notes, en réponse au programme de l'Académie, et pour les résultats qu'il a obtenus en vulgarisant les conseils hygiéniques aux mères et aux nourrices;* M. le docteur Sanguin (Eugène), médecin à Saint-Chamas (Bouches-du-Rhône), pour ses *Recherches statistiques dans trente-sept départements, sur l'hygiène de l'enfance.*

3° Des médailles de bronze à : M. le docteur Fleury, médecin à Roanne (Loire), pour son mémoire intitulé : *Mortalité du premier âge à Roanne;* M. le docteur Dubest, de Pont-du-Château (Puy-de-Dôme), pour son travail ayant pour titre : *Documents statistiques sur la mortalité des enfants du premier âge et la diminution de la population dans dix-huit communes de la Limagne d'Auvergne;* M. Joseph Lefort, avocat à la Cour d'appel de Paris pour son travail: *Sur la mortalité des nouveau-nés dans les centres industriels, et moyens de la diminuer;* M. Bodard, secrétaire général de la Société protectrice de l'enfance d'Indre-et-Loire, pour ses *Tableaux et rapports à cette Société;* M. le docteur de Brye, de Vienne (Isère) (avec rappel de médaille), pour ses *Documents statistiques relatifs à l'hygiène de l'enfance dans l'arrondissement de Vienne.*

4° Des mentions honorables à : M. le docteur Sagnier, médecin à la Pize (Gard), pour son travail intitulé : *De l'élevage des enfants en bas âge à la Grand'Combe;* M. le docteur Duménil, président de la Société protectrice de l'enfance de la Seine-Inférieure (arrondissement de Rouen), pour l'envoi des *Tableaux statistiques de cette Société;* Mme Lecler, sage-femme à Alençon (Orne), pour sa note intitulée : *Mortalité des enfants,*

Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie propose et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1874 :

1° Une médaille d'or à : M. le docteur Lebret, médecin inspecteur honoraire des eaux de Barèges; 2° Des médailles d'argent à : 1° M. le docteur Debout d'Estrées, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville; 2° M. le docteur E. Bertherand, secrétaire général de la Société climatologique d'Alger; 3° M. le docteur Marcet, médecin consultant aux eaux minérales de Bagnères-de-Luchon.

3° Rappels de médailles d'argent : 1° M. le docteur Vidal, médecin inspecteur des eaux minérales d'Aix; 2° M. le docteur Massie, médecin inspecteur des eaux de Dax, Tercis et Saubusse; M. le docteur Verjon, médecin inspecteur des eaux de Plombières (Vosges); 4° M. le docteur Tillot, médecin inspecteur à Saint-Christau; 5° M. le docteur Arrat-Balous, médecin inspecteur aux eaux d'Eugénie-les-Bains; 6° M. le docteur Patezon, médecin inspecteur des eaux de Vittel (Vosges); 7° M. Mullet, pharmacien-major de première classe aux hôpitaux militaires de l'armée.

4° Médailles de bronze : 1° M. le docteur Boudant, médecin inspecteur, adjoint au mont Dore; 2° M. le docteur Dubuc (Michel), suppléant du médecin inspecteur des eaux d'Audinac; 3° M. le docteur Pupier, médecin consultant des eaux de Vichy; 4° M. le docteur Planche, médecin consultant aux eaux de Sylvanès, Andabre, le Cayla et Prugues; 5° M. le docteur Dubois, médecin-major à l'hôpital Hamman-Meskoutine (Algérie); 6° M. le docteur Challan, médecin-major de l'armée.

Prix de 1877.

Prix de l'Académie. — (De la glycosurie au point de vue de l'étiologie et du pronostic).

L'Académie ne décerne pas le prix. Elle accorde, à titre d'encouragement: 1° 600 francs à M. le docteur Cyr (Jules), de Paris; 2° 400 francs à M. le docteur Dauvergne père, médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

Prix Portal. — (Existe-t-il une pneumonie caséeuse indépendante de la tuberculose?). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur J. Grancher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Bernard de Civrieux. — (Rechercher par quel traitement on peut arrêter la paralysie générale à son début, et assurer l'amélioration ou la guérison obtenue.) — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Lagardelle, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille.

Prix Capuron. — (Du chloral dans le traitement de l'éclampsie.) L'Académie décerne le prix à M. le docteur J. Delaunoy, médecin à Paris.

Elle accorde, en outre, une mention honorable à M. le docteur Léo Testut, de Bordeaux.

Prix Barbier. — Le prix n'a pas été décerné.

Prix Ernest Godard. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Luton, de Reims, pour son *Traité des injections sous-cutanées à effet local.* — Elle accorde une mention très-honorable à M. le docteur Reclus, auteur du travail intitulé : *Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.*

Prix Amussat. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Huguier. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur

Puech, médecin à Nîmes, pour son travail intitulé : *Des atrésies complexes des voies génitales de la femme ou de l'hématomètre unilatéral.*

Prix Saint-Lager. — Il ne s'est point présenté de concurrents.

Prix Rufz de Lavison. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Médailles accordées pour coopération aux travaux de la Commission de l'hygiène de l'enfance pendant l'année 1877. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'intérieur a bien voulu accorder :

1° Des médailles d'argent à : M. le docteur de Brye (Charles-Marie), médecin à Vienne (Isère) ; M. le docteur Laurent (A.), médecin des hôpitaux de Rouen (Seine-Inférieure).

2° Rappel de médailles d'argent (avec médailles) : M. Bourée (Léonard), docteur en médecine à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or) ; M. Maurin (S.-E.), président de la Société protectrice de l'enfance de Marseille.

3° Des médailles de bronze à : M. le docteur Sagnier, médecin à la Grand'Combe (Gard) ; M. le docteur Perron, de Besançon (Doubs).

Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pour l'année 1875 :

1° Une médaille d'or à : M. Reeb (Théophile), médecin principal de première classe à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne). A déjà obtenu deux médailles et un rappel de médaille d'argent.

2° Des médailles d'argent à : M. Douin, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains ; M. Lafaille, médecin inspecteur des eaux de Barbotan-les-Bains (Gers).

3° Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables à MM. les médecins inspecteurs Bona, d'Évaux ; Marbotin, de Saint-Amand ; Gubian, de La Motte-les-Bains ; Niepce, d'Allevard ; Tillot, de Saint-Christau ; Verjon, de Plombières.

4° Des médailles de bronze à MM. les médecins inspecteurs Bourguet, d'Aix ; Bloc, d'Andabre ; Laissus, de Brides-et-Salins ; Million, d'Évian ; Puistienne, de Martigny ; Richelot, du mont Dore (Puy-de-Dôme).

Prix proposés pour l'année 1879.

Prix de l'Académie. — Question : Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : État de l'utérus et de ses annexes dans les maladies comprises sous le nom de fièvre puerpérale. — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

*Prix fondé par M*me *Bernard de Civrieux.* — Question : De l'hystéro-épilepsie. — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : Des varices pendant la grossesse et l'accouchement. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué par le programme, s'en seront le plus rapprochés. — Ce prix sera de la valeur de 6,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. — Il sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — Des récompenses pourront être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. — Il sera de la valeur de 1,500 francs.

*Prix fondé par M*me *veuve Henri Buignet.* — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique et de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée entre deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix fondé par le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Il sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de chirurgie appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. — La valeur de ce prix sera de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison. — Question posée par le fondateur : Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. — Le prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de « 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur « thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de « substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix fondé par M. le docteur de Alfaro, correspondant à Madrid. — Note déposée par le fondateur : « J'offre à l'Académie la somme de « 2,000 francs pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur « mémoire sur la question suivante :

« Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles publics et privés, destinés aux maladies mentales, faire une plus « large part au traitement moral et augmenter les moyens d'action.

« Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux « dans les affections mélancoliques. S'appuyer sur des faits assez « nombreux et bien constatés par la science. »

Prix proposé par la Commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : De l'allaitement artificiel. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1879 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai de l'année 1879. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Amussat, Huguier et Desportes, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

VARIÉTÉS.

HISTOLOGIE ET THÉORIE CELLULAIRE (1).

Par M. le docteur Édouard Fournié.

VII.

S'il n'y avait dans l'organisme que des phénomènes fonctionnels, la théorie de Broussais et de M. Virchow sur l'irritation serait parfaite; mais il n'en est pas ainsi. A côté des phénomènes fonctionnels, il en est d'autres que nous avons désignés sous le nom de *phénomènes de la vie organique*, et qui échappent complètement à la théorie de l'irritation.

Prenons pour exemple l'œil, mais en ne le considérant que comme appareil réfringent. Pour *vivre*, et pour être apte à modifier les rayons lumineux d'une certaine façon, l'œil n'a pas attendu que la lumière vînt lui imprimer son mode d'activité propre. Lorsque nous dormons ou que nous sommes plongés dans l'obscurité, l'œil continue à vivre et à jouir de toutes ses propriétés. Par conséquent, lorsque la lumière vient se présenter à cet organe, on ne saurait dire qu'elle l'*excite*, car ce mot fait supposer que l'œil a besoin de la lumière pour entrer en activité, ce qui n'est pas. La vérité est que l'œil est constitué organiquement d'une certaine façon propre à modifier, à *physiologiser* le mouvement lumineux, et que, pour cela faire, il n'a pas besoin d'être excité; la lumière se présente et les milieux vivants de l'œil modifient les rayons à leur façon. La lumière est la *condition*, l'*occasion* de l'activité efficace des propriétés spéciales des milieux de l'œil, et non un *excitant* de cette activité. Au point de vue où nous nous sommes placé, c'est-à-dire en mettant de côté les fonctions de nutrition (circulation) et de relation (mouvements musculaires divers), l'organe de la vision est un appareil *condensateur* et *organisateur* du mouvement lumineux. Ce faisant, il ne remplit aucune fonction; il vit et fournit ses propriétés d'organe vivant; en un mot, le mouvement dont il est le siège fait partie des *mouvements* de la *vie organique* dont le caractère essentiel est d'être *permanents, continus*, sans le secours d'aucune excitation spéciale.

Prenons un autre exemple dans la nutrition, qui est le type des mouvements de la vie organique. Les éléments (cellules et autres) qui entrent dans la constitution de nos organes vivent et conservent leurs propriétés organiques en puisant dans le sang les matériaux nécessaires. En considérant superficiellement les choses, comme l'a fait M. Virchow, on peut être conduit à admettre que le sang est l'*excitant* de la vie des cellules sous le nom d'*irritation nutritive*. Mais il est très-aisé de démontrer la fausseté de cette assertion. Les éléments et les cellules trouvent, dans le sang, l'*occasion* d'exercer leur activité propre et nullement une *excitation*, et ici, plus que partout ailleurs, on ne saurait être trop précis dans le sens attribué aux mots. Pour que le mot *excitation* fût applicable aux phénomènes de la nutrition, il faudrait supposer que ces phénomènes présentent des périodes d'activité et de repos, car on ne comprendrait pas qu'une cause puisse exciter le mouvement d'une chose qui est déjà en mouvement. Or, cela n'est pas. Les cellules ont besoin du sang pour entretenir la vie qui est déjà en elles, et elles n'attendent pas que le sang leur donne l'activité vitale. Lors de la segmentation du vitellus en cellules, les organes de la circulation pas plus que le sang n'existent dans l'intérieur de l'ovule, et cependant les cellules vivent. On n'est donc pas autorisé à dire que le sang est l'*excitant* de la vie des cellules. Le sang, à une certaine période de la vie, est une *condition* nécessaire et nullement un excitant. L'air est l'*excitant* de *la fonction respiratoire*; mais il n'est pas l'*excitant* de la vie des cellules, bien que l'oxygène soit une des *conditions* indispensables de la vie, car la fonction respiratoire n'existe pas encore durant la vie fœtale.

Dans tous les phénomènes de nutrition, le sang joue le rôle de condition nécessaire, et nullement celui d'excitant, car le mouvement nutritif a existé dans l'ovule avant la formation du sang; et, ce qui le prouve encore mieux, c'est que chaque élément exerce sur le sang une action en quelque sorte élective. Or, on ne saurait admettre que le sang donne aux cellules biliaires la propriété de retirer du sang les éléments de la bile, aux cellules des glandes sublinguales la propriété de retirer du sang les éléments de la salive, et, si l'on objectait à cela que le sang ne fait qu'exciter une propriété, nous répondrions que ce mot *exciter* est tout à fait impropre, car on n'excite pas un mouvement continu. La vie organique, en effet, ne cesse pas, pourvu qu'elle trouve son aliment dans le sang. Les fonctions seules se reposent, et c'est pourquoi elles ont besoin d'un excitant fonctionnel. Le sang peut être considéré comme *excitant*, mais en se plaçant à un point de vue particulier, c'est quand on l'examine dans ses rapports avec la *fonction circulatoire*. Ici, en effet, le sang joue le rôle d'*excitant fonctionnel* sur les parois des organes de la circulation. A ces divers points de vue, l'air atmosphérique peut être comparé au sang, etc.

Terminons par un exemple emprunté au développement de l'être vivant dans l'ovule. L'ovule est un organe chargé d'une fonction spéciale. Cette fonction qui consiste à donner naissance à un être vivant complet, réclame, comme toute autre, l'intervention d'un excitant fonctionnel, et cet excitant est le sperme. Après la fécondation, l'œuf est le siège d'une évolution spéciale qui aboutit successivement à la formation de tous les organes. M. Virchow désigne l'impulsion qui provoque cette formation sous le nom d'*irritation formative*. Mais, comme il n'y a pas d'irritation sans irritant, nous demandons où se trouve cet irritant. M. Virchow ne l'a pas indiqué. Est-ce le sang? Mais le système circulatoire n'existe pas encore. Le plasma sanguin transsude, il est vrai, à travers les membranes de l'œuf; mais ce fait entre dans les phénomènes de nutrition, et rien, sur ce point, ne distingue l'ovule des autres éléments de l'organisme. Il faut donc admettre que l'ovule représente, par lui-même, une puissance indépendante de toute excitation en dehors de l'excitation purement fonctionnelle, et qui demande seulement au fluide sanguin la condition de ses manifestations.

Il est facile de saisir, d'après ce que nous venons de dire, et l'erreur de M. Virchow et la cause de cette erreur. M. Virchow n'a su voir que les mouvements réactionnels qui succèdent à l'application des excitants sur l'organisme vivant; il n'a pas compris que ces mouvements, dépendant de l'*activité fonctionnelle*, laissent complètement de côté les mouvements de *l'activité organique*. Il est vrai que M. Virchow, pressentant cette omission, a inventé une *irritation nutritive*; mais, faute d'avoir analysé suffisamment les phénomènes de la vie, la différence essentielle et fondamentale qui existe entre les mouvements de la *vie fonctionnelle* et ceux de la *vie organique* lui a complètement échappé, et il a été conduit à admettre indistinctement des excitants pour la vie fonctionnelle et des excitants pour la vie organique. Or la vie fonctionnelle seule est passible de l'action des excitants. Lorsque, par exemple, nous soumettons la peau à l'action d'un épispastique ou à celle du calorique, nous excitons la vie fonctionnelle du système nerveux et des vaisseaux sanguins, et nullement la vie des éléments eux-mêmes.

5° Prétendre que « *toutes les parties subissent certains états de fatigue qui empêchent la partie de produire la quantité de mouvements qu'elle avait produite jusque-là et que, pour fonctionner de nouveau, ces parties fatiguées n'ont point besoin de nouvelle nutrition* », c'est émettre une hérésie physiologique. M. Virchow, en effet, appuie son dire sur ce fait que, après avoir séparé un nerf du corps humain, on peut l'épuiser fonctionnellement (par l'électricité sans doute) et lui rendre ses manifestations fonctionnelles par le repos. Le fait est vrai, mais l'interprétation est absolument fausse. Après un certain temps d'expérimentation, le nerf séparé du corps ne répond plus à l'excitation électrique pour y répondre de nouveau après quelque temps de repos. Qu'est-ce que cela veut dire? Cela veut dire que les nerfs sont des conducteurs spéciaux de l'électricité, des conducteurs *organisés*, et que, à ce point de vue, ils présentent des particularités qui les distinguent des conducteurs métalliques. Mais ces conducteurs séparés du corps ne sont plus vivants, et on n'est pas autorisé à appliquer à *toutes les parties du corps* vivant ce qui se passe en eux dans ces circonstances. D'ailleurs, l'induction serait-elle légitime, que l'assertion de M. Virchow n'en serait pas moins vicieuse. M. Vir-

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23, 25, 28, 30 mai et 4 juin.

chow, en effet, ignore la véritable signification qu'il faut accorder, en physiologie, au mot *fatigue*, et cela l'a conduit à admettre qu'un *organe peut fonctionner sans se nourrir* (!).

Qu'on nous permette à ce propos de citer une page de notre *Physiologie du système nerveux :*

« Ces considérations, vraies pour tous les organes sans exception, nous montrent la nécessité du repos fonctionnel et les conditions matérielles dans lesquelles il se produit ; elles nous montrent encore la signification vraie et nullement définie jusqu'ici que l'on doit accorder au mot *fatigue*. La fatigue, en effet, se développe par l'absence ou par l'insuffisance des produits de la vie organique au point de vue fonctionnel.

« La fonction s'accomplissant dans ces conditions anormales est la source d'un sentiment pénible que nous désignons sous le nom de *fatigue*. Il ne faut donc pas croire, comme on y est naturellement porté, d'après les idées reçues, qu'il existe une fatigue fonctionnelle réelle. Non, la vie ne se fatigue pas, pas plus la vie organique que la vie fonctionnelle : il y a richesse plus ou moins grande des produits de la vie organique et le *sentiment de la fatigue* se développe toutes les fois que le mouvement fonctionnel ne trouve pas à s'exercer dans des conditions normales, faute d'un *produit organique suffisant* (1). »

Après ces paroles, il n'est pas nécessaire de faire ressortir ce qu'il y a d'irrationnel à prétendre que les *organes fatigués recouvrent leur aptitude à fonctionner de nouveau par le simple repos et sans le secours de la nutrition.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le doyen informe MM. les étudiants que les consignations pour le troisième examen de doctorat ne seront reçues que jusqu'au samedi 22 juin.

— *Laboratoire des cliniques de la Charité.* — Les conférences auront lieu à partir du vendredi 7 juin, à l'amphithéâtre du laboratoire des cliniques.

M. le docteur Rémy (anatomie et histologie) : lundi et vendredi.

(1) É. Fournié, *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, p. 800.

— M. le docteur Albert Bergeron (pathologie) : mardi et samedi. — M. le docteur Robin (chimie biologique ; analyse des urines) : mercredi, à cinq heures.

— Tout récemment le tribunal de commerce de la Seine a prononcé une condamnation contre un pharmacien qui s'était rendu coupable de concurrence déloyale envers la maison Clin et Ce, en se servant du nom du docteur Rabuteau, pour vendre sous cette dénomination une préparation ferrugineuse.

Il ressort de cette condamnation que, « le fait de se servir du nom « du docteur Rabuteau, pour abriter une préparation ferrugi- « neuse quelconque, alors que Clin et Ce ont fait de ce nom le si- « gne distinctif de leur fabrication, est, au premier chef, consti- « tutif de la concurrence déloyale et contraire aux principes établis « par une jurisprudence constante en ces matières. »

Ce jugement démontre d'une manière irréfutable que, si tous les pharmaciens peuvent préparer et vendre des produits ferrugineux, aucun n'a le droit de se servir du nom du docteur Rabuteau.

— Lundi prochain 10 juin et les six jours suivants, aura lieu, rue des Bons-Enfants 28 (salle n° 1), la vente des livres de feu M. Albert de la Fizelière, par les soins de M. J. Martin successeur désigné du regretté M. Aubry, libraire expert. Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur cette intéressante bibliothèque.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 9 juin, dans la forêt de Fontainebleau. — Rendez-vous à la gare de Lyon, à six heures et demie, pour prendre à six heures cinquante-cinq le train pour la station de Bois-le-Roi. — Se munir de billets aller et retour pour Bois-le-Roi. Mais, au retour, prendre à Fontainebleau un billet pour Bois-le-Roi.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera, dimanche prochain 9 juin, une excursion géologique au Fayel, à Montjarault et à Parnes. — Rendez-vous à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra, à six heures vingt du matin, le train pour Liancourt.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 67. — MARDI 11 JUIN 1878. 51e ANNÉE. MARDI 11 JUIN 1878. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Thrombose des sinus de la dure-mère. — Hémorrhagie méningée. — Pachyméningite et méningo-encéphalite. — Guérison avec amaurose. — Atrophie du nerf optique.

L'apoplexie méningée ou *hémorrhagie des méninges* qu'on appelle aussi *pachyméningite hémorrhagique*, *hématome de la dure-mère*, est assez rare dans la seconde enfance. C'est une lésion qu'on n'observe guère que chez les nouveau-nés, d'une façon primitive ou consécutivement à la gastro-entérite, à l'entérite chronique et à l'état cachectique produit par les maladies du tube digestif.

Dans la seconde enfance, cette lésion ne se montre que dans des conditions particulières, que je crois spéciales, en quelque sorte indispensables, et qui n'ont pas encore été bien étudiées. Ces conditions sont la phlébite et la thrombose des sinus de la dure-mère et des veines méningées.

Dans toutes les cachexies de l'enfance et même de l'adulte, à la fin de leurs maladies chroniques, il y a une tendance à la coagulation du sang veineux qui produit les accidents les plus variés, selon le lieu où elle s'établit.

Dans les membres inférieurs elle engendre la *phlegmatia alba dolens*, c'est-à-dire la douleur et l'œdème du membre; dans la veine porte elle occasionne l'hémorrhagie intestinale. Dans la veine cave supérieure, elle entraîne l'hémoptysie; enfin, dans les sinus du crâne, elle provoque soit l'infiltration séreuse de la pie-mère ou l'œdème cérébral, soit l'hémorrhagie méningée et l'hématome de la dure-mère.

Le fait primordial est le même et les conséquences seules sont variables. C'est, comme je l'ai démontré il y a plus de trente ans, l'état cachectique, quelle qu'en soit la cause, tuberculeuse, cancéreuse, intestinale ou autre, qui amène la coagulation du sang veineux (1); puis, d'après le siège de la thrombose, des symptômes différents dus à la nature de l'organe affecté.

Depuis plusieurs années, je m'occupe de la thrombose cachectique des sinus de la dure-mère, et j'ai, plusieurs fois déjà, imprimé que les convulsions ultimes des maladies chroniques de l'enfance étaient le résultat de cette thrombose. C'est un fait constant : à la suite de la coagulation du sang veineux des sinus, il se fait une hyperémie cérébrale passive avec suffusion séreuse de la pie-mère et des ventricules, puis des convulsions se produisent et bientôt après la mort. Dans ces cas, les convulsions révèlent la lésion nouvelle qui vient de se produire, mais sont en même temps une source de pronostic important. Elles sont l'indice d'une mort prochaine.

C'est là le fait ordinaire, mais dans quelques cas ces thromboses des sinus et des veines méningées, au lieu d'amener l'œdème cérébral, déterminent par excès de pression veineuse des ruptures capillaires et des hémorrhagies sus et sous-arachnoïdiennes. Les premières, sus-arachnoïdiennes, forment l'hémorrhagie méningée qui, par ses transformations, produit certains hématomes de la dure-mère.

Chez d'autres enfants, la thrombose, au lieu de se former dans le cours d'une maladie chronique, se produit d'emblée sans cause connue et ses conséquences d'apoplexie séreuse ou d'hémorrhagie méningée sont les mêmes.

Tel est le cas que vous venez d'observer dans mes salles, et l'autopsie vous a montré toute l'exactitude de ma manière de voir.

L'enfant, que nous n'avons pas pu observer à l'invasion du mal, a eu, dit-on, une méningite avec des vomissements, de la constipation, de la somnolence pendant quinze jours; puis elle a guéri, restant aveugle, mais conservant toute son intelligence et l'usage des autres sens. On l'a montrée à différents oculistes, puis on l'a amenée à l'hôpital.

Lors de son entrée, l'enfant était assez grasse, fraîche, intelligente, sans aucune paralysie du mouvement ou de la sensibilité et elle n'avait que de l'amaurose. Sa vue était entièrement abolie et l'ophthalmoscope me permit de constater un commencement d'atrophie papillaire bien caractérisé. La papille était blanche, mais elle n'avait pas encore cet aspect nacré, crayeux, des atrophies complètes.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, l'enfant fut prise de rougeole, bientôt compliquée de pneumonie double, et elle succomba.

Cette mort accidentelle m'a permis de voir ce qu'avait été cette maladie, qualifiée de méningite guérie, et dont la consé-

(1) *Mémoire sur la coagulation du sang veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques*, par E. Bouchut. *Gazette médicale*, 1845.

quence avait été l'amaurose et l'atrophie du nerf optique.

Comme on le verra par les détails de l'autopsie, ce fut une thrombose des sinus de la dure-mère avec rupture des veines méningées, pachyméningite et méningite secondaires. Mais il n'y eut pas là de méningite véritable telle que nous l'observons journellement. Les symptômes constatés au début ont pu y faire croire et tout le monde, je crois, aurait pu s'y tromper. La terminaison heureuse pouvait déjà faire naître des doutes, et l'autopsie a fait voir que ces doutes étaient justifiés.

Voici l'observation :

Pachyméningite. — Atrophie optique. — Rougeole, pneumonie. — Mort, autopsie.

Augustine G..., quatre ans, est entrée le 21 mars 1877, malade depuis six semaines d'une méningite, dit-on, caractérisée par de la fièvre, des vomissements, un peu de diarrhée, et elle a guéri au bout de quinze jours en conservant une cécité complète.

A son entrée, elle est sans fièvre et en bonne santé, sauf l'amaurose; l'intelligence est entière. A l'ophthalmoscope elle présente un commencement d'atrophie des deux nerfs optiques, caractérisé par un éclat blanc nacré du contour interne. Quelques jours après son entrée l'enfant prend la coqueluche, puis la rougeole au 1er avril, et, dans le cours de cette rougeole, une pneumonie se déclare; souffle dans toute la partie postérieure du poumon gauche.

L'enfant est très-accablée, tousse de temps à autre et présente, en arrière à gauche, du souffle très-étendu qui existe également à droite, à un moindre degré.

L'enfant meurt le 20 avril. Autopsie. — La calotte du crâne adhère anormalement à la dure-mère, surtout au niveau des sutures. Les sinus de la dure-mère présentent des caillots décolorés, demi-transparents, et près du sinus transverse ils sont blancs, résistants, très-durs. Des caillots de ce genre existent également dans les veines méningées et sur certains points ils forment des masses blanches, dures, très-résistantes.

Les thromboses de la dure-mère existent dans le sinus longitudinal, dans le sinus transverse et dans le sinus latéral. A l'ouverture de la dure-mère on trouve la pie-mère soulevée par de la sérosité opaline, et sur le feuillet pariétal de chaque côté une teinte rouillée bien évidente, çà et là, avec des plaques hémorrhagiques. Cette teinte et ces hémorrhagies sont dues à une pellicule membraneuse qui adhère au feuillet arachnoïdien que l'on détache aisément et qui se brise, et qui a l'épaisseur d'une toile d'araignée. Au niveau de la faulx cérébrale cette pellicule revient un peu sur la convexité de l'hémisphère et ne va pas plus loin. Là, on y trouve des vaisseaux capillaires de nouvelle formation assez allongés, semblables à ceux de certaines brides de la plèvre au niveau des plaques hémorrhagiques.

L'exsudat est un peu plus épais, formé par des vaisseaux capillaires nombreux, et n'ayant qu'une seule couche homogène; on n'y trouve pas de feuillets membraneux superposés de différents âges. Ces hémorrhagies existent au niveau de la bosse frontale, sur le pariétal, dans la fosse temporale. La pie-mère adhère assez fortement aux circonvolutions cérébrales et la substance du cerveau est partout saine, sans corps étranger. Les couches optiques, les corps striés, les tubercules quadrijumeaux, les pédoncules cérébraux et la bandelette des nerfs optiques jusqu'au chiasma et à l'entrée dans le trou optique, sont sains. Dans toute sa portion intra-crânienne, le nerf optique est blanc et a son volume naturel. Mais dans sa portion orbitaire, il présente un peu d'hydropisie de la gaîne de Schwalbé et à l'ouverture de cette gaîne son tissu paraît jaunâtre, un peu atrophié et un tiers moins gros que dans la portion crânienne.

Dans l'œil, son épanouissement qui forme la papille est blanc, plus distinct que dans l'état habituel et entouré d'une petite zone de pigment noir. Nulle part il n'y a de granulation tuberculeuse ni de tubercule dans le cerveau. Les scissures de Sylvius sont dans l'état normal. Dans la poitrine, les deux poumons sont remplis de noyaux de pneumonie et le cœur offre de l'endocardite végétante initiale et tricuspide. Les autres organes sont sains.

Chez cette enfant il y a donc eu thrombose des veines méningées, hémorrhagie arachnoïdienne et pachyméningite. Quelle a été la lésion primitive? Est-ce la pachyméningite produisant une fausse membrane vasculaire dont les vaisseaux capillaires rompus auraient produit une hémorrhagie arachnoïdienne, puis, comme altération secondaire, la thrombose des sinus? Je ne le crois pas, car la pachyméningite et la vascularité de la fausse membrane n'étaient pas assez marquées pour occasionner l'hémorrhagie.

Était-ce une hémorrhagie arachnoïdienne primitive sans cause appréciable? Il est difficile de le soutenir sans faire quelque hypothèse aventurée. Je crois plus vrai de dire que la thrombose des sinus de la dure-mère et des veines méningées a été le fait primordial, et que c'est de cet obstacle à la circulation veineuse qu'est résultée l'hémorrhagie arachnoïdienne trouvée sur les hémisphères cérébraux et sur la face interne de la dure-mère. Puis, comme l'hémorrhagie n'était pas bien considérable, elle s'est étendue en toile mince sur le feuillet fibreux, d'où nous avons pu la détacher et voir la pachyméningite. C'est à ces accidents qu'il faut rapporter les symptômes de méningo-encéphalite observés chez la malade et qui ont été suivis d'atrophie du nerf optique avec amaurose.

HOPITAL TEMPORAIRE. — M. Duguet.

Mort subite par embolie pulmonaire dans un cas de kyste ovarique volumineux compliqué d'ascite (1).

II

Le grand kyste formant la tumeur gauche n'était du reste lui-même qu'un kyste semblable, mais de proportions gigantesques, se rattachant à cette masse kystique principale reliée à l'utérus par le *ligament large* droit et ses *annexes* formant *pédicule* à l'ensemble de la masse kystique.

A part un développement un peu exagéré des annexes à droite, l'utérus et les annexes de gauche, y compris l'ovaire, sont normaux. Deux phlébolithes, dont un a acquis le volume d'une noisette, se voient sur le trajet des veines du ligament gauche. Il s'agissait donc d'un *immense kyste multiloculaire de l'ovaire droit*, à développement rapide, mais non cancéreux.

La *vessie* n'est point altérée.

Autour de l'*utérus*, et principalement en avant et en bas, existent des magmas fibrineux jaunâtres assez épais. Ces magmas reposent sur de véritables néo-membranes vasculaires, épaisses de plus d'un millimètre, qui tapissent le péritoine du petit bassin, à la face antérieure de l'utérus principalement. D'ailleurs, tous les organes contenus dans l'abdomen, le foie, la rate, les anses intestinales, présentent un aspect chagriné d'un blanc grisâtre, dû au dépôt de parcelles de fibrine adhérente aux organes sur lesquels elle se trouve déposée.

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 juin.

A la coupe la *rate*, le *foie*, les *reins* et le *tube digestif* n'offrent aucune altération.

Cavité thoracique. — Le *péricarde* est sain, sans liquide.

Le *cœur*, d'un volume normal, est un peu mou et flasque.

Le cœur gauche contient un faible caillot cruorique; mais on n'y remarque point d'autre altération que de légères plaques athéromateuses sur la valvule mitrale.

Le ventricule droit renferme une petite quantité de sang noir liquide, mais l'infundibulum est occupé et rempli par un caillot arrondi, recourbé en anse à concavité tournée en haut vers l'éperon de l'artère pulmonaire dans laquelle ses deux branches accolées l'une contre l'autre sont engagées. En incisant le tronc de l'artère pulmonaire et ses branches, on trouve que le caillot se prolonge à droite et à gauche; à droite, la branche moyenne de division est libre, mais la branche supérieure est oblitérée par un caillot arrondi, isolé, ressemblant un peu à une sangsue, terminé en pointe mousse vers la périphérie du poumon, terminé au contraire brusquement par une cassure à son extrémité centrale. La branche inférieure est occupée par un caillot analogue qui se rattache au grand caillot qu'on trouve replié sur lui-même dans l'infundibulum et dans le tronc de l'artère pulmonaire. A gauche, la branche de division supérieure est libre, mais la branche inferieure est occupée dans l'étendue de 4 à 5 centimètres par un caillot arrondi, semblable aux précédents, ressemblant plus à un têtard qu'à une sangsue, dont la tête serait tournée vers l'éperon de l'artère pulmonaire.

Cette extrémité est tronquée par une cassure très-nette. Les poumons ayant été extraits avec difficulté, il est présumable que les manœuvres auront divisé le grand et unique caillot en plusieurs tronçons dont trois principaux.

La longueur que représentent ces caillots réunis est de 34 à 35 centimètres. Ils sont cylindriques, mais renflés de distance en distance, ce qui leur donne un aspect moniliforme, d'une consistance ferme, d'une coloration brune, homogène, rougeâtre et grisâtre par places, d'un volume qui dépasse celui d'un gros crayon, sans atteindre celui du petit doigt. Vus de près, ils présentent des marbrures et un aspect réticulé; ils sont feuilletés, à feuillets plus ou moins épais, et au niveau des renflements ils offrent d'une façon nettement conjuguée des empreintes valvulaires ou mieux des sortes d'appendices latéraux, oviformes et aplatis qui s'unissent par une extrémité au caillot principal avec lequel elles se fondent et qu'elles renforcent. Ces caillots présentent ainsi de dix à douze renflements latéraux tenant à l'adjonction de petits caillots valvulaires.

Le caillot principal qui formait une anse dans l'infundibulum est de plus remarquable par son extrémité libre, engagée dans la branche de division inférieure droite de l'artère pulmonaire; cette extrémité représente assez bien une tête de serpent. De plus, de l'un des côtés du même caillot se détache un caillot secondaire d'un volume moindre des deux tiers et homogène et moniliforme à son tour, ayant une étendue de 10 à 12 centimètres.

Dans les ramifications des diverses branches de l'artère pulmonaire, on ne rencontre plus aucun caillot.

Point d'infarctus. — Les *parois* de l'artère pulmonaire offrent dans toute leur longueur une intégrité parfaite. Il en est de même des *valvules* du cœur droit.

Les deux *poumons* sont légèrement hyperémiés; celui de droite pourtant l'est plus que le gauche.

L'aspect, la forme et la nature des caillots emboliques trouvés dans le cœur droit et dans l'artère pulmonaire indiquaient clairement leur point de départ; ils devaient provenir des veines du membre inférieur.

Après avoir fouillé inutilement les veines du bassin et toutes les veines du membre inférieur gauche, les recherches furent portées à droite où la compression exercée par la tumeur ovarique avait dû être considérable; incisées avec précaution, l'iliaque, la crurale, la poplitée et les saphènes ne sont le siège d'aucun caillot. Les parois veineuses ont le même aspect à droite qu'à gauche; elles sont blanches et lisses. Cependant, en y regardant de plus près, on aperçoit à droite l'embouchure d'une veine honteuse, oblitérée complétement par un caillot fibrinaire rougeâtre, et enfin, en sectionnant les muscles du mollet du même côté, on retrouve la suite du caillot lancé dans l'artère pulmonaire. Quelques veines du mollet sont, en effet, fortement distendues et gorgées de caillots fibrineux, homogènes, d'un brun rougeâtre, identiques comme volume et comme structure avec les caillots emboliques trouvés dans le cœur droit et l'artère pulmonaire. La distance qui sépare les caillots du mollet de l'arcade crurale est d'environ 35 centimètres, ce qui concorde avec l'étendue des caillots arrivés au cœur et engouffrés dans l'artère pulmonaire. De plus, la branche collatérale du caillot principal correspond exactement à la veine fémorale profonde trouvée vide sur le cadavre, et les valvules veineuses concordent parfaitement à leur tour avec les impressions valvulaires si nettement constatées sur les caillots.

En résumé, dans le cas actuel, la mort a été tellement rapide qu'on peut véritablement dire qu'elle a été subite. Cette rapidité tient à ce que l'embolie s'est faite d'un trait par l'arrivée subite dans le cœur droit et l'artère pulmonaire d'un caillot mesurant 34 à 35 centimètres de longueur. Dans les deux cas observés et rapportés précédemment par M. Duguet, la mort s'est faite en plusieurs temps par l'arrivée successive de caillots détachés l'un après l'autre; aussi, dans ces deux cas, la mort a-t-elle été moins rapide.

Ce nouveau fait démontre qu'il faut compter, dans certains cas, avec des thromboses insidieuses que ne révèlent pendant la vie ni l'œdème ni la douleur; les malades sont sous le coup d'un affaiblissement général ou d'une cachexie capable de modifier profondément la constitution du sang.

Quoi qu'il en soit, ce ne peuvent être que des caillots récemment formés et n'occupant pas encore toutes les veines d'un membre qui ne se manifestent ni par de la douleur ni par la plus petite trace d'œdème. Aussi de tels caillots doivent-ils être peu adhérents et par cela même pouvoir être entraînés facilement.

Dans le cas présent, voici comment M. Duguet croit pouvoir interpréter la marche rapide des accidents.

La malade, presque toujours couchée, se lève, marche, se courbe et revient sur ses pas; en se levant, elle diminue ou supprime même momentanément la compression exercée par la tumeur sur la veine iliaque droite; en se courbant et en marchant, elle occasionne une cassure des caillots au niveau du mollet, et, en raison de leur âge récent, ces caillots non adhérents, soumis à la poussée artérielle, *vis a tergo*, par les collatérales sont entraînés d'un bloc et viennent oblitérer d'un trait l'artère pulmonaire et supprimer ainsi brusquement toute circulation.

Il faudra donc désormais songer à la possibilité d'accidents semblables, toutes les fois qu'il s'agira de tumeurs intra-abdominales volumineuses, que ce soient des corps fibreux ou des kystes ovariques.

CLINIQUE LARYNGOSCOPIQUE. — M. Ch. Fauvel.

Étude sur les ulcérations du larynx

Nous nous sommes imposé comme ligne de conduite, au début de cette série d'études, la règle de baser, autant que possible, nos observations sur l'examen anatomo-pathologique des pièces histologiques que nous possédons et sur les préparations que M. J. André a mises à notre disposition. Il nous semble en effet qu'aujourd'hui, trop souvent, les observations de pure clinique ont le pas sur l'anatomie générale. Il devait résulter de cette manière de procéder une confusion complète dans des classifications qui prennent pour point de départ des altérations dont le siège pourra être différent, mais dont le début et le mode de formation pathologique sont incontestablement les mêmes.

Partant de cette idée, notre longue pratique nous a amené à ne plus accorder, comme nous le faisions jadis, une valeur absolue au siège d'une ulcération, à son étendue, à son aspect. Nous recherchons surtout sa cause, et cette cause bien déterminée nous conduit à indiquer et à préciser la marche que suivra telle ulcération et quel sera son traitement le plus rationnel.

Nous diviserons les ulcérations du larynx en deux groupes:

1° Ulcérations propres à la muqueuse de l'organe ;

2° Ulcérations produites sur cette muqueuse par une cause générale originelle ou acquise.

Dans le premier groupe, nous ferons rentrer les ulcérations qui peuvent reconnaître pour cause première les hyperémies de courte durée ou prolongées, catarrhales ou non, et celles qui sont dues aux affections ayant un retentissement non-seulement sur toutes les muqueuses, mais encore et surtout sur la muqueuse laryngée.

Les ulcérations du second groupe sont le résultat d'affections constitutionnelles originelles ou acquises et se rattachent aux questions de l'herpétisme, de la scrofule, de la tuberculose, de la lèpre, de la syphilis, c'est-à-dire aux altérations constitutionnelles, dont nous pouvons tracer le plus difficilement le cadre des manifestations morbides multiples.

Les ulcérations simples appartenant en propre à la muqueuse du larynx ont été niées par plusieurs auteurs ; nous ne saurions nous ranger à leur avis. Sans doute, il est difficile de se procurer des larynx au moyen desquels on puisse histologiquement étudier les altérations dont nous parlons ; il n'est pas non plus facile de les reconnaître et de les démontrer à l'examen laryngoscopique.

Leur anatomie pathologique, au reste, ne diffère en rien de l'anatomie pathologique des autres muqueuses ; leur marche clinique, comparée aux expériences que nous avons commencées à ce sujet sur les animaux, nous conduit par induction à pouvoir affirmer le fait.

Si nous jetons un rapide coup d'œil sur les ulcérations des muqueuses en général, et que nous comparions ces ulcérations à celles du larynx, nous verrons qu'il y a lieu de penser que *les ulcérations simples du larynx existent,* et sont de même nature que toutes les ulcérations simples des muqueuses. Toute muqueuse est sujette à recevoir des impressions qui modifient sa circulation (froid, exanthème fébrile...). Le trouble dans la circulation amène le plus souvent une hypersécrétion désignée sous le nom de catarrhe ; cette hypersécrétion n'a lieu qu'à la suite d'une hyperémie plus ou moins considérable, plus ou moins favorisée par la constitution histologique propre de la muqueuse. Anatomiquement, l'hyperémie est d'autant plus difficile à se produire que cette muqueuse contient plus de fibres élastiques, et d'autant moins que le tissu conjonctif sous-épithélial est plus abondant. Dans le larynx, on sait que les fibres élastiques abondent, excepté au niveau des ligaments aryépiglottiques et des cartilages aryténoïdes; aussi les ulcérations simples ont-elles pour siège particulier et primitif la portion de muqueuse située au niveau de ces ligaments ou de ces cartilages.

Dans les cas les moins complexes, l'hyperémie n'amène que des altérations circonscrites de l'épithélium, et, dans les cas les plus compliqués, des altérations des glandes ; de là, deux sortes d'ulcérations bien différentes : les unes sont simplement *épithéliales*, les autres *glandulaires*.

Je crois qu'il faut ne considérer les premières que comme de simples *érosions*.

Nous allons donc étudier : 1° les érosions catarrhales, et 2° les ulcérations glandulaires.

1° Les érosions se produisent dans le larynx comme elles se produisent ailleurs : sous l'influence d'une hyperémie dont la cause première est souvent difficile à déterminer, la muqueuse laryngée devient rouge, turgescente ; si l'hyperémie se prolonge, la coloration de la muqueuse s'altère de plus en plus, une transsudation de plasma se produit, et les cellules de l'épithélium subissent une série d'altérations dont le résultat est la chute de cet épithélium.

Cette série d'altérations commence par une augmentation du noyau qui paraît vésiculeux, et par une diminution relative du protoplasma, que l'on voit devenir trouble, granuleux, fortement infiltré.

La chute de l'épithélium laisse à nu le chorion muqueux, et l'érosion se produit. Cette érosion est d'abord recouverte d'un enduit blanchâtre formé par des cellules de pus et des débris de cellules épithéliales.

Nous n'avons pas à rechercher l'origine des cellules du pus : qu'elles proviennent de corpuscules du tissu conjonctif sous-épithélial, des globules blancs sortis des vaisseaux, de la division du protoplasma des cellules cylindriques ou autres, ou bien qu'elles naissent par genèse dans un blastème quelconque, le fait importe peu à l'ordre d'idées dans lequel nous nous plaçons.

Le fait certain, c'est que sur des pièces d'ulcérations obtenues artificiellement, nous avons constaté qu'au pourtour des vaisseaux et à la base des ulcérations nous trouvons un grand nombre de globules qui, incontestablement, étaient supérieurs aux globules qui auraient pu être produits par une augmentation des cellules du tissu conjonctif.

L'ulcération étant produite depuis longtemps et les cellules épithéliales détruites, la genèse de ces globules peut difficilement se concilier avec l'idée qui les fait naître de la division du noyau des cellules cylindriques ou autres.

Quant à la diapédèse, nous remarquons qu'au pourtour des capillaires on rencontre peu de globules, et que ces globules se trouvent toujours tassés à une certaine distance diamétrale des parois des capillaires.

Quoi qu'il en soit, les ulcérations produites par desquamation de l'épithélium peuvent être plus ou moins profondes, mais sont généralement *assez superficielles pour ne pas arriver jusqu'à permettre aux vaisseaux capillaires de s'ouvrir et de donner lieu à de légères hémorrhagies.*

Ces érosions durent peu, n'offrent pas de gravité, passent très-souvent inaperçues, et leur siège me semble assez difficile à déterminer d'une manière précise. En tout cas, elles sont peu communes au niveau de la partie papillaire des cordes vocales inférieures.

2° Il en est tout autrement des ulcérations plus profondes de la muqueuse laryngée, de celles qui se localisent dans les *follicules glandulaires* de la muqueuse ou à leur pourtour.

Dans ce cas, il faut noter comme phénomène primitif une augmentation considérable de cellules (dites lymphatiques) au pourtour des glandes ; les culs-de-sac augmentent de volume, leur épithélium formé de cellules pyramidales dont le noyau se trouve à la base de la pyramide se gonfle ; le contenu de ces cellules, clair à l'état normal, se trouble, prend un aspect muqueux. Les cellules cylindro-coniques participent à l'altération ; dans la lumière de ces conduits et dans l'intérieur des culs-de-sac hypertrophiés on rencontre un liquide épais formé de débris de cellules de mucus ; la suppuration s'établit et les ulcérations se produisent. Ces ulcérations deviennent d'autant plus larges et plus profondes que la glande ou les glandes ont moins de tendance à sortir de leur état congestif. Ces ulcérations sont plus petites que les érosions dont elles peuvent être la suite, elles sont plus circonscrites, plus profondes, et plus rebelles aussi ; elles siègent le plus souvent dans la région aryténoïdienne.

Il nous reste à examiner les ulcérations de la muqueuse laryngée, produites par une cause générale, originelle ou acquise.

Dans notre second groupe, nous avons placé les ulcérations du larynx qui sont le résultat d'une altération profonde de l'organisme, passagère, originelle ou acquise.

Les fièvres éruptives (parmi elles quelques-unes plus spécialement) : la syphilis, la tuberculose, la scrofulose, la lèpre, la morve, l'état rhumatismal prolongé, l'arthritisme, peuvent donner lieu à des laryngites simples, suivies ou non d'érosions ou d'ulcérations.

Nous avons déjà étudié les ulcérations tuberculeuses et nous nous sommes longuement étendu sur leur caractère spécial. Les ulcérations de nature syphilitique ne nous semblent pas devoir comporter une étude particulière et ne diffèrent en rien des ulcérations décrites partout, sur toutes les muqueuses ; leur description anatomo-histologique ne nous est pas encore possible pour le moment. Leur siège le plus fréquent nous paraît être le bord libre de l'épiglotte; mais elles sont loin cependant de se borner à cette région ; très-souvent on les rencontre sur les cordes vocales inférieures et supérieures, et jusque dans la trachée.

Les ulcérations simples produites par la scrofule sont assez rares et, quand elles existent, elles se lient le plus souvent à des désordres plus profonds que nous allons examiner bientôt. Sous leur forme la plus simple, elles donnent lieu, comme les ulcérations

catarrhales de courte durée, à des desquamations épithéliales profondes, et le chorion mis à nu sécrète un pus mal lié. D'aspect irrégulier, elles peuvent dans le larynx comme sur les autres muqueuses prendre une forme circonscrite ou diffuse ; mais, contrairement à ce qui se passe dans l'érosion catarrhale, il est très-difficile de constater à leur pourtour un liséré congestif, conséquence de l'hyperémie dont nous avons parlé. De plus, dans les affections invétérées, la muqueuse est plus hypertrophiée surtout au voisinage des vieilles ulcérations. Par suite, en effet, d'un engorgement répété et de la constitution générale, le tissu conjonctif sous-muqueux et ses annexes s'hypertrophient, les cellules de nouvelle formation, produites dans les tissus par quelque mécanisme que ce soit, augmentent les proportions ordinaires des tissus normaux et n'ont pas le temps de passer à l'état granulo-graisseux qui leur permet ou d'être éliminés ou d'être repris par les lymphatiques.

Les ulcérations scrofuleuses siégent rarement au niveau de la portion papillaire de la corde vocale inférieure et semblent affecter surtout la muqueuse ventriculaire. Cette portion contient, outre son tissu réticulé superficiel, un certain nombre de follicules clos, de nature lymphatique probablement, et ces follicules ne sont pas sans avoir une très-grande influence sur le développement des ulcérations scrofuleuses.

Les dernières ulcérations dont nous ayons à faire mention ne sont que le résultat de troubles survenus dans la constitution à la suite de fièvres graves. Elles varient du reste, comme forme et comme gravité, selon la cause dont elles ne sont que l'effet. On les rencontre après la rougeole, la scarlatine, la variole. Dans ce dernier cas, elles n'ont d'autre valeur anatomo-pathologique que la valeur de toutes les pustules de la variole et le mécanisme de leur formation a été bien indiqué par Rindfleisch, Cornil et Ranvier.

Les ulcérations produites par la fièvre typhoïde se rencontrent le plus fréquemment sur l'épiglotte (Louis), les aryténoïdes (Libermann) ; il serait mieux de dire que ces ulcérations peuvent prendre naissance sur toute la muqueuse laryngée et sont d'autant plus nombreuses que la cause générale qui les engendre a plus d'importance. Les muscles ne tardent pas à être atteints eux-mêmes et à subir au voisinage des foyers purulents un ramollissement complet ; les stries disparaissent, les noyaux du myolème se segmentent et la substance propre se granule ou prend un aspect cireux.

Jusqu'à présent, nous avons passé en revue les différentes ulcérations du larynx et, pour éviter de compliquer la question, nous n'avons pas cru devoir étudier les lésions du voisinage qu'elles entraînent quelquefois.

Les ulcérations laryngées, quelle que soit leur cause ou leur nature, et en allant de la plus simple à la plus complexe, peuvent être la cause ou le résultat d'altérations du voisinage. En d'autres termes, une ulcération simple peut gagner en profondeur, dénuder les cartilages du larynx, ou n'être que le résultat d'une altération de ces mêmes cartilages.

Incontestablement, il nous serait difficile, au point de vue pathologique général, de trouver une raison mathématiquement exacte de ces ulcérations, qui tantôt sont des causes, tantôt sont des effets ; le mieux est de constater ce que nous voyons en attendant que les lois intimes qui président au développement des tissus, à leurs altérations, soient mieux connues, c'est-à-dire en attendant que la physiologie expérimentale et le microscope lui-même soient parvenus à nous révéler des lois dont nous constatons tous les jours, en clinique, les effets, mais dont les causes sont encore problématiques.

Une simple érosion produite par une cause légère, et sans tendance à la guérison, peut conduire à des ulcérations profondes qui, elles-mêmes, conduisent à des inflammations du périchondre des cartilages du larynx.

Les périchondrites qui en sont la suite sont caractérisées, ainsi que nous le voyons sur une de nos préparations, par un épaississement du périchondre, par la multiplication de ses éléments cellulaires, par son décollement et la formation des globules du pus au-dessous de sa face interne et par sa mortification ; de là la formation d'abcès plus ou moins nombreux. Le cartilage lui-même est atteint dans ce cas, mais ne s'ossifie pas. A la périchondrite suppurative vient se joindre une chondrite de même nature.

En général, les choses ne se passent pas ainsi, et le plus souvent, sous l'influence d'une altération générale de l'organisme, l'ulcération de la muqueuse est un résultat et débute par la chondrite et la périchondrite.

Alors le cartilage subit des altérations ; les cellules cartilagineuses prolifèrent ; les capsules augmentent de volume ; la substance fondamentale se trouble, se granule, s'infiltre de sels calcaires ; les capsules se détruisent, des vaisseaux naissent et, exception faite pour l'épiglotte, on voit de véritables corpuscules osseux se former. Telles sont les altérations de la phthisie laryngée. L'os de nouvelle formation, doué d'une vitalité insuffisante, ne tarde pas à subir une destruction complète bien que lente.

Cette destruction amène des abcès du tissu sous-muqueux, la suppuration s'établit et les ulcérations de la muqueuse se forment.

VARIÉTÉS.

HISTOLOGIE ET THÉORIE CELLULAIRE (1).

PAR M. LE DOCTEUR ÉDOUARD FOURNIÉ.

VIII.

Nous bornons là nos critiques et nous résumons notre jugement sur M. Virchow en ces termes :

Si M. Virchow se recommande aux savants par quelques travaux exclusivement personnels, il n'en est pas de même de ses idées doctrinales, auxquelles il doit en partie sa notoriété. Ces idées appartiennent, sans remonter plus haut, à Schwann, Remak, Goodsir, Broussais, et, malgré le cachet d'originalité qu'il a cherché à leur donner, il n'a pas su faire qu'elles ne fussent erronées, comme nous croyons l'avoir démontré.

Si nous jetons à présent un coup d'œil rétrospectif sur l'exposé historique et critique que nous venons de donner au sujet de la *théorie cellulaire*, nous sommes conduits à faire ressortir les propositions suivantes :

1° Toutes les idées qui sont le fondement de la théorie cellulaire avaient été déjà publiées par les auteurs français dont les noms suivent : de Mirbel, Turpin, Raspail, Royer-Collard, Prévost et Dumas, Coste, Dujardin, etc. ;

2° Par des recherches très-patientes, très-minutieuses, très-étendues, les auteurs allemands ont donné à ces idées une grande importance ; ils les ont réunies en corps de doctrine et les ont publiées sous le nom de *théorie cellulaire* ;

3° La théorie cellulaire est fausse dans son principe *omnis cellula a cellula* ; elle est fausse également dans la plupart des idées avec lesquelles on a prétendu la constituer. En un mot, la théorie cellulaire est l'hypothèse nécessaire avec laquelle on a marché à la recherche du nouveau monde des infiniment petits.

Le moment est venu d'abandonner cette hypothèse et de renouer les liens de la tradition scientifique. Dans ce but, on devra revenir à l'étude de la physiologie générale, et s'appliquer à soumettre à ses lois tout ce qui est du domaine des éléments anatomiques. Ce jugement n'exprimerait pas la vérité tout entière si nous n'ajoutions pas aussitôt que, à côté de l'hypothèse, se dressent des notions innombrables qui se sont révélées à son souffle. Nous aurons à nous occuper bientôt de ces notions.

Pour le moment, nous devons examiner quelle direction la théorie cellulaire a imprimée aux esprits qui se sont adonnés aux recherches anatomo-physiologiques, et indiquer le port où elles les a conduits.

Bichat, dès le commencement de ce siècle, avait donné une analyse savante de l'anatomie et de la physiologie de l'homme, et son génie avait synthétisé, dans quelques formules restées célèbres, les principales lois qui président à la constitution et au fonctionnement de

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23, 25, 28, 30 mai, 4 et 6 juin.

nos tissus. Cette œuvre, immense pour l'époque, devait servir de guide et de soutien aux investigateurs de l'avenir, et c'est ce qui eut lieu pour tous ceux qui ne se laissèrent pas entraîner par les exagérations de l'anatomie microscopique. Il n'en fut pas de même pour les promoteurs et pour les adeptes de la théorie cellulaire. Ceux-ci, éblouis par les découvertes faciles d'un monde tout nouveau, séduits par la perspective d'une solution possible à l'endroit des problèmes les plus ardus de la physiologie, oublièrent bien vite les principes et les lois formulés par les générations précédentes, et, munis de leur microscope, ils essayèrent d'élever à nouveau, et de toutes pièces, l'édifice anatomique et physiologique. Comme nous l'avons vu, cet édifice repose sur la notion de la cellule comme point de départ de tout le système organique. Cette base fondamentale de la théorie cellulaire était fausse, nous le savons déjà ; mais, comme une science ne peut pas reposer sur un simple fait, les partisans de la théorie durent faire intervenir des principes, des lois, destinés à donner à leur système un semblant de raison d'être. Ce sont ces principes et ces lois que nous devons examiner.

A un moment où tout était à trouver dans le domaine des infiniment petits, rien n'était plus facile que de découvrir un fait nouveau ; mais il n'en était pas de même pour formuler les principes et les lois qui régissent les relations des faits entre eux; on n'invente pas tous les jours, quoi qu'en pensent certains esprits faciles, des principes et des lois. C'est pourquoi les fauteurs de la théorie cellulaire empruntèrent leurs principes et leurs lois à la science traditionnelle. Mais hâtons-nous de dire que l'application qu'ils en firent fut désastreuse. On sait, par exemple, que ce que Bichat désignait sous le nom de *propriétés organiques* et de *propriétés vitales*, c'était des propriétés inhérentes aux *tissus organisés*, vivants ou morts. Or, les histologistes, ayant découvert que les tissus sont composés de *particules élémentaires*, s'avisèrent de négliger l'organe, le tissu, et ne voulurent considérer désormais que les propriétés des *éléments anatomiques*.

Cette innovation n'exigeait pas un grand effort d'esprit ; elle est d'une simplicité accessible à tous. Malheureusement, elle constitue une application injustifiable. Prétendre que, les organes et les tissus étant constitués par des éléments caractéristiques et semblables entre eux, il s'ensuit que les propriétés des organes et des tissus ne sont que la résultante des propriétés des éléments, c'est exprimer un fait relativement vrai. Mais, de ce que les cellules biliaires et les fibres-cellules concourent à la constitution anatomique et à la manifestation des propriétés organiques du foie et des muscles, il ne s'ensuit pas que l'on soit autorisé à désigner les propriétés de ces éléments anatomiques sous le nom de *propriétés organiques*. L'organe, ou, si l'on veut, l'agglomération des éléments anatomiques, représente un tout défini, délimité. — La cellule isolée ne saurait tenir lieu et place d'un organe; il lui faut du sang pour vivre; il lui faut un milieu favorable à son existence; il est nécessaire, enfin, qu'elle soit dans les conditions que réalisent les divers organes. Bien plus, nous n'arrivons à connaître les propriétés des éléments histologiques que par induction, en les étudiant dans les organes, dans les résultats de leur agglomération. Quel est l'histologiste qui oserait prétendre qu'il a surpris par l'investigation directe les propriétés spéciales d'un élément? quel est celui qui a vu la cellule biliaire former de la bile? quel est celui qui a vu une fibre-cellule se contracter? Assurément aucun.

Ces motifs montrent combien on a tort de confondre les propriétés des organes avec les propriétés des éléments; ils montrent aussi combien sont inconsidérés ceux qui, après avoir étendu le champ de la vision dans le domaine des infiniment petits, s'imaginent qu'ils ont trouvé une voie progressive en appliquant aux éléments les termes physiologiques qui avaient été inventés pour les organes. Non, l'organe est un tout complexe, constitué par des éléments spéciaux, par des nerfs, des vaisseaux, des tissus conjonctifs, et empruntant ses caractères d'organe vivant, ses propriétés, à l'action réciproque de ces divers éléments les uns sur les autres. L'association de ces éléments est indispensable pour qu'il y ait organe. Par conséquent, le nom de *propriétés organiques* n'est applicable qu'à cet ensemble, et nullement à une de ses parties.

Les cellules et les autres éléments jouissent, si l'on veut, des propriétés générales et particulières de la matière vivante, mais en tant seulement qu'ils sont placés dans le milieu des organes. On ne saurait donc dire avec raison qu'ils ont des *propriétés organiques*. Les éléments possèdent la *propriété vitale*. Ils vivent d'une certaine façon, et cette façon de vivre revêt une forme expressive particulière dans les organes.

Le même raisonnement est applicable aux *propriétés fonctionnelles* qu'on accorde aux éléments. Le fonctionnement du muscle, dit-on, représente l'ensemble des unités fonctionnelles représentées par les fibres-cellules. Ce raisonnement est tout à fait spécieux, comme nous l'avons déjà dit. A moins que l'on ne confonde la signification de tous les mots, — et c'est ce qu'on peut reprocher aux histologistes, — le mot *fonction* n'est pas applicable aux éléments. L'élément vit d'une certaine façon et l'*organe* emploie ce mode de vivre particulier, à l'exécution d'une fonction, c'est-à-dire à l'accomplissement d'un acte dans un but déterminé. Une fibre-cellule isolée ne jouera jamais le rôle d'un sphincter. Pour atteindre ce but, il faudra que plusieurs fibres-cellules soient unies entre elles par du tissu conjonctif aréolaire et appuyées sur du tissu fibreux; en un mot, il faut que, par leur association avec d'autres éléments, ces fibres-cellules constituent un organe, seul capable de *fonctionner*.

Après avoir indiqué, dans l'examen critique que l'on vient de lire, les théories défectueuses, les erreurs, les fausses routes dans lesquelles une généralisation prématurée des faits avait jeté les micrographes, nous devrions montrer à présent les acquisitions innombrables dont ils ont enrichi la science anatomique. Mais ces acquisitions sont si nombreuses, que nous sommes forcé de les signaler simplement en renvoyant le lecteur aux traités spéciaux d'histologie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

1. Becquembois. — Des causes de la mort chez les cancéreux.
2. Lecène. — Contribution à l'étude de la pathogénie du genu valgum.
3. F. Prétet. — Contribution à l'étude de la suette miliaire, essai sur la suette miliaire dans la vallée de l'Ognon.
4. E. Decaudin. — Concomitance des maladies du foie et des reins, et en particulier des reins, dans l'ictère.
5. Dziewonski. — Étude sur les injections hypodermiques de bromhydrate et de sulfovinate de quinine.
6. Ch. Duroux. — Essai sur l'assainissement des champs de bataille.
7. Castaneda y Campos. — Du phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius ou phlegmon péri-vésical.
8. P. Oulmont. — Étude clinique sur l'athétose.
9. Sabatié. — De l'atrophie musculaire consécutive aux fractures.
10. G. Lamoure. — De l'abaissement de la température dans la lypémanie avec stupeur.
11. Ch. Baudet. — Articulation temporo-maxillaire, mécanisme de sa luxation, cause de sa permanence.
12. L. Roulin. — De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf.
13. Grenouiller. — Étude sur la syphilis cardiaque.
14. Choquart. — Considérations sur la pathogénie de la glucosurie.
15. Bongrand. — Réflexions à propos de trois cas d'agoraphobie.
16. Fatome. — Contribution à l'étude des périarthrites du genou.
17. Walsdorff. — Du chondrome malin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nos lecteurs ont pu relever parmi les lauréats de l'Académie de médecine le nom de notre éminent et cher collaborateur M. le docteur Legrand du Saulle.

Vendredi dernier avait lieu la réunion de la Commission générale de l'Association des médecins de la Seine. Dans cette réunion, le président de l'Association a donné lecture de la lettre suivante que nous publions sans commentaires :

Paris, le 5 juin 1878.

Monsieur le Président,

Depuis huit ou neuf ans, j'ai fait presque constamment partie de la Commission générale de l'Association des médecins de la Seine. J'ai été, de la sorte, le témoin et le collaborateur d'une infinité d'actes secourables.

Je m'étais toujours promis de contribuer autrement à la prospérité sans cesse croissante de l'œuvre d'Orfila et j'attendais une occasion.

L'Académie de médecine m'a décerné hier le prix Godard. Je ne veux retenir pour moi que le souvenir de ce grand honneur, et je vous adresse ci-joint le billet de mille francs que je viens de recevoir.

En attendant que je puisse faire mieux encore, en faveur des membres deshérités de notre chère famille médicale, je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de mes sentiments respectueux et dévoués.

LEGRAND DU SAULLE.

— Par décret en date du 5 juin 1878, M. le docteur Delacour, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire du Taxim, à Constantinople, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 juin, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : — 1° Élection d'un membre titulaire et d'un associé libre national. — 2° Constitution médicale du mois de mai, Policlinique. — 3° La législation anglaise contre les maladies zymotiques, par M. Adolphe Smith, rédacteur de la *Lancette* de Londres. — 4° Rapport sur l'usurpation des titres *médicaux*; discussion et vote sur les conclusions de ce rapport. — 5° Des accouchements qui se font à Paris chez les femmes indigentes, patronnées ou non par l'Assistance publique et des réformes à apporter dans l'enseignement comme dans l'exercice général de l'obstetrique, par M. Matteï. — 6° Modification au bulletin statistique de la société.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les signes physiques des folies raisonnantes (état mental de Sandon). Étude clinique, par le Dr LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, in-8° de 76 pages. Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50. — Ad. Delahaye, éditeur.

Traité élémentaire de pathologie externe, par les docteurs E. FOLLIN et Simon DUPLAY, avec figures dans le texte. Tome Ve, fasc. IV. Maladies de la région mammaire. Maladies de l'abdomen. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

La séance avait commencé, bien calme, par deux lectures sur des opérations vraiment délicates et rares, que M. Denucé (de Bordeaux) et M. Cazin (de Boulogne) ont pratiquées avec succès. Puis M. Marey est venu lire un mémoire sur les services qu'a déjà rendus et que pourra rendre par la suite l'application de sa méthode d'enregistrement des actes vitaux. Ses appareils, perfectionnés peu à peu pendant vingt années de persévérantes recherches, permettent maintenant d'appliquer les procédés graphiques à l'étude d'un très-grand nombre de fonctions, et cela sans vivisection, sans opération préalable, directement, sur l'homme lui-même, sain ou malade. C'est un très-grand progrès, mais trop récent encore pour qu'on en ait pu apprécier toutes les conséquences pratiques, particulièrement au point de vue du diagnostic médical. En effet, il faudra d'abord que les cliniciens s'habituent au maniement des nouveaux instruments qui sont ainsi placés à leur disposition, et ce n'est pas chose aussi facile qu'on serait tenté de le croire. Tous les jours, on constate dans les divers services des hôpitaux de Paris combien il faut parfois de longs tâtonnements avant d'obtenir un bon tracé à l'aide du plus ancien et mieux connu de tous, du sphygmographe. Or l'idéal pour des appareils enregistreurs serait un mode de fonctionnement absolument automatique et qui ne pourrait être influencé en rien par l'habileté plus ou moins grande de ceux qui en feraient usage. C'est alors que, leurs résultats étant également certains entre les mains de tous, il ne serait permis à personne de se priver de leur emploi ; car les sens de l'homme ont leurs illusions, leurs obtusions, leurs défaillances, ce que de tels appareils n'auraient pas. Aujourd'hui le tableau brillant présenté par M. Marey était surtout riche d'espérances.

M. Colin, dont l'habitude est de réagir toujours vivement contre l'enthousiasme de tout novateur, a même prétendu que les procédés graphiques n'avaient jusqu'ici réalisé aucun progrès ; les découvertes qu'on leur attribue ne seraient que des confirmations de faits connus et de théories courantes. C'est évidemment aller bien trop loin. D'ailleurs certaines démonstrations équivalent à une découverte. Celui qui parvient à mettre hors de doute un fait contesté n'est souvent pas moins méritant que celui qui, le premier, a entrevu ce fait. Autrement, à qui donc attribuer le mérite de la plupart des découvertes? Sait-on jamais qui eut la première intuition d'une vérité quelconque? Il suffit de parcourir les ouvrages des anciens pour être frappé de tout ce qu'on y trouve de vrai, mêlé à des erreurs grossières, et révélé, pour ainsi dire, par une sorte de seconde vue, mais qui, restant dépourvu de preuve, n'était pas entré dans la science proprement dite. La science a toujours besoin de preuves ; ce qui n'est pas démontré n'existe pas pour elle, autrement que comme hypothèse, c'est-à-dire comme objet de recherches futures. Plus la démonstration acquiert un caractère impersonnel, en devenant toute mécanique, toute automatique, plus elle est complète et convaincante. A ce point de vue, l'application des appareils enregistreurs a déjà été très-féconde, et leurs perfectionnements font beaucoup espérer.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

—

De l'artérite et de la gangrène sèche dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Nous avons actuellement dans le service un malade sur lequel je désire arrêter un instant votre attention. C'est un jeune garçon qui est couché au n° 6 de la salle Saint-Luc, où il est entré le 2 novembre dernier pour une fièvre typhoïde dont le début remontait à quelques jours déjà.

A ce moment, le diagnostic n'offrait aucune difficulté : le corps était le siège de taches lenticulaires rosées très-apparentes, le ventre ballonné, etc. Joignez à cela de la fièvre et quelques signes de congestion pulmonaire, peu prononcés d'ailleurs.

Aucune complication cardiaque.

La maladie suivit son évolution naturelle, et le malade fit sa défervescence au vingt-troisième jour. Mais ce jour-là même, le soir, il commença à avoir une légère recrudescence et eut une petite rechute. Celle-ci ne fut pas une récidive à courte échéance, car il n'existait alors ni taches, ni aucun symptôme qui pût faire croire à un renouveau de la maladie. La fièvre ne tarda pas, d'ailleurs, à disparaître de nouveau, à la suite d'un purgatif qui fit cesser la constipation qui existait alors.

Mais les battements du cœur qui, jusque-là, n'avaient rien présenté d'anomal, devinrent irréguliers. Cette irrégularité n'offrit d'abord aucun caractère particulier, mais bientôt les mouvements cardiaques se rhythmèrent de telle sorte que, de temps en temps, à un battement précipité succédait un battement normal, comme chez ces malades atteints d'affection cardiaque, auxquels on a administré de la digitale. Cette succession de battements, tour à tour précipités et normaux, se traduisait au pouls par une longue suspension de l'ondée sanguine, par une véritable intermittence résultant d'une pulsation très-faible, incapable de donner lieu à une sensatisn radiale susceptible d'être perçue par le doigt. Cette irrégularité des battements du cœur ne s'accompagnait d'ailleurs d'aucune modification appréciable dans le caractère des bruits, et jusqu'alors il n'y avait aucun motif de supposer une endocardite, complication fréquente, ainsi que vous le savez, dans la fièvre typhoïde.

Les choses restèrent dans cet état du vingt-cinquième au vingt-septième jour, et le malade était en convalescence confirmée quand, le 22 décembre, il commença à éprouver des douleurs vives dans le membre inférieur gauche. Elles étaient limitées à la face interne du membre, sur le trajet des vaisseaux fémoraux, et se faisaient également sentir, mais d'une manière plus modérée, au niveau de la fosse iliaque. D'autre part, le membre de ce côté était un peu plus gros que l'autre. A la mensuration, l'augmentation de volume se traduisait, pour la cuisse, par une différence de trois centimètres à l'avantage du côté malade, qui mesurait 38 centimètres, tandis que le membre opposé n'en donnait que 35. Elle était un peu moindre à la jambe, où l'on constatait 26 centimètres à droite et 27 à gauche.

La température était également modifiée; elle était évidemment plus élevée du côté malade que du côté sain : ce phénomène était non-seulement très-appréciable à la main, mais même par l'application pure et simple, à la surface de la peau, du thermomètre, qui accusait un écart de 2/10 entre la température des deux côtés. Celle-ci était, en effet, de 34,1 à gauche et 33,9 à droite. Même différence au mollet, où l'on constatait au côté malade 33,9 et au côté sain 33,7 seulement.

Le lendemain, 23 décembre, même état; la différence de périmétrie n'avait pas changé non plus que l'écart de température, mais on constatait que les battements de la pédieuse étaient complètement supprimés.

Le 24, les choses commencèrent à se modifier; la chaleur baissa à gauche et le membre diminua de volume. A partir de ce moment, les douleurs devinrent également moins vives dans le côté malade. Les battements reparurent dans l'artère pédieuse, et, quelques jours plus tard, tout avait définitivement disparu.

Avec ces symptômes, tels que je viens de vous les décrire, il existait, au début de cette seconde phase de la maladie, un peu de tuméfaction à la partie supérieure de la cuisse. D'autre part, les veines du membre inférieur étaient assez notablement dilatées, mais point dures, et, nulle part, on ne sentait sous le doigt de cordon induré correspondant au trajet de ces vaisseaux. Mais ce qui diminuait encore considérablement la valeur de ce symptôme, c'étaient les commémoratifs que, questionné à ce sujet, le malade nous a fournis. Autrefois, en effet, il avait eu une fracture de la jambe gauche, et, depuis ce temps, les veines étaient toujours restées très-apparentes. Ce phénomène, nous a-t-il dit, devenait surtout très-appréciable toutes les fois qu'il se fatiguait un peu.

Telle est l'histoire de ce jeune garçon. En ce qui concerne sa fièvre typhoïde, elle ne nous a présenté, comme vous venez de le voir, rien de particulier, si ce n'est la petite rechute dont je vous ai parlé. Quant aux irrégularités cardiaques c'est un phénomène qui n'a rien de spécial non plus et qui se rencontre fréquemment dans la maladie qui nous occupe.

Mais ce qui est un fait bien plus exceptionnel, et sur lequel j'appelle toute votre attention, c'est de voir chez un individu atteint de fièvre typhoïde le paquet vasculaire de l'un des membres inférieurs devenir douloureux dans une étendue plus ou moins grande, et les battements se supprimer dans l'artère pédieuse. Ce phénomène est tellement rare que c'est la seconde fois seulement, dans ma pratique, qu'il m'a été donné de l'observer.

C'est cette année même que nous en avons constaté ici le premier exemple; et, comme dans le cas présent, il nous a été fourni par un jeune homme de dix-huit ans qui, si vous vous le rappelez, était couché au n° 1 de la salle Saint-Luc, où il est entré en août 1877 pour une fièvre typhoïde des plus caractéristiques. Jusqu'au vingt-quatrième jour de la maladie, les choses s'étaient très-bien passées, et le malade était entré dans la période de la convalescence confirmée, quand il commença à accuser, dans l'un des membres inférieurs, des douleurs tellement vives qu'il lui était impossible de poser le pied par terre. En l'examinant, nous constatâmes que les douleurs étaient exclusivement limitées, comme chez le malade précédent, au trajet du paquet vasculaire; seulement, au lieu d'être, comme chez celui-ci, localisées dans une partie de la cuisse, ces douleurs se faisaient sentir jusque sur le trajet de la poplitée, dans la tibiale postérieure, et même en haut, dans la fosse iliaque, au niveau de l'iliaque externe. En même temps, il existait un peu de gonflement du membre inférieur, mais appréciable seulement à la mensuration qui donnait, pour le mollet gauche, 29 cent. 1/2 et, pour le droit, 28 centimètres. A la cuisse, on trouvait également une différence assez notable : 33 centimètres d'un côté, 32 de l'autre. D'ailleurs, pas d'œdème, pas de cyanose ni de refroidissement du membre. Au contraire, la température, à la main, paraissait un peu plus élevée à gauche que du côté opposé; toutefois cette différence n'était pas appréciable au thermomètre.

Ces phénomènes durèrent huit jours, puis ils disparurent complètement, et le malade put se lever et marcher sans difficulté.

Voilà donc deux faits identiques, dont les points de ressemblance ne sauraient être méconnus. Quelle est leur signification?

Tout d'abord, il est évident que nous avons assisté, chez l'un et chez l'autre de ces malades, à une lésion particulière qui a eu son siége au niveau des vaisseaux fémoraux ; mais lequel de ces vaisseaux a été atteint? Est-ce l'artère? Est-ce la veine?

Il est hors de doute que la veine ne saurait être mise en cause, attendu que les affections veineuses, qui surviennent à la suite d'une maladie fébrile ou autre, s'accompagnent de coagulations dans la cavité veineuse, qui transforment le vaisseau en un cordon induré, appréciable à la palpation, et, conséquemment, d'œdème du membre auquel cette veine se distribue. C'est ainsi que les choses se passent dans la *phlegmatia alba dolens*, et même dans la fièvre typhoïde, pendant la convalescence.

Ici, rien de semblable; et si, chez l'un de ces malades,

nous avons constaté l'existence d'un cordon veineux appréciable, ce fait trouve son explication toute naturelle dans l'état antérieur du membre qui a été le siège d'une fracture.

Reste l'artère. L'artérite est une maladie peu commune. On la connaît cependant sous la forme chronique et sous la forme aiguë ; on sait également qu'elle existe après certaines affections, et notamment dans les maladies chroniques, mais je ne sache pas qu'on en ait constaté d'exemple dans la fièvre typhoïde. On a seulement cité, dans cette maladie, des cas de gangrène du membre inférieur, sèche, accompagnée de thrombose dans les artères de ce membre et même d'inflammation des parois de ces vaisseaux, mais on n'a jamais cité de cas dans lesquels celle-ci eût précédé la mortification des parties.

Et d'ailleurs les cas de gangrène du membre inférieur, à la suite de la fièvre typhoïde, sont eux-mêmes peu nombreux. La première observation de ce genre date de 1857 : elle est due à M. Fabre, qui constata, dans le cours de cette maladie, une gangrène sèche de l'un des pieds. Mais il n'y eut pas d'autopsie et l'état des vaisseaux ne put être constaté.

A quelque temps de là, M. Bourgeois (d'Étampes) rapporta à son tour deux observations de gangrène sèche du membre inférieur survenues dans les mêmes circonstances : l'une, chez une fille de seize ans; l'autre, chez un garçon de quinze ans. Ces faits, qui furent portés devant la Société de médecine, donnèrent lieu à une discussion assez vive entre M. Bourgeois et M. Béhier. Celui-ci discuta la question de l'artérite, nia l'influence de la fièvre typhoïde et émit l'opinion qu'il s'agissait simplement d'une oblitération artérielle.

En 1861, M. Bourguet (d'Aix) rapporte également un autre fait de gangrène du pied. Cette fois, l'autopsie ayant été faite, on constata, dans la poplitée et la tibiale postérieure, un caillot qui occupait toute la longueur du tronc artériel.

Deux ans plus tard, un médecin d'Angoulême, M. Pâté, accrut la liste des cas de gangrène survenue dans le cours de la convalescence de la fièvre typhoïde, de trois cas analogues aux précédents. Dans deux de ces observations, l'autopsie fut faite et montra qu'il existait des coagulations dans la fémorale et la tibiale; de plus, les parois de ces vaisseaux étaient congestionnées, épaissies et injectées; elles avaient, en outre, perdu leur élasticité.

De son côté, il y a quelques années, un médecin allemand, du nom de Wasserel, fit paraître une observation de gangrène des deux tiers inférieurs de la jambe droite chez un typhique. Le malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie une coagulation qui occupait toute la longueur de l'iliaque secondaire. La veine était elle-même oblitérée au même niveau.

Un autre médecin allemand a rapporté également quatre cas de gangrène sèche des orteils survenue dans la convalescence de la fièvre typhoïde, mais sans donner sur ces observations de détails suffisants.

Enfin il convient de joindre à cette énumération un fait analogue, qui a été signalé par Canoy (de Montpellier), et dans lequel la gangrène du pied était occasionnée par l'oblitération complète des artères tibiales.

Nous pouvons donc conclure, de l'ensemble de ces faits, que la gangrène survient quelquefois dans la fièvre typhoïde, à l'époque de la convalescence, et que, dans tous les cas où l'autopsie a pu être faite, il existait une oblitération des vaisseaux avec inflammation des parois artérielles. Mais cette oblitération est-elle embolique ou autochthone?

La première de ces opinions n'est pas admissible. D'abord, dans aucun des cas qui ont été observés, la maladie n'a affecté cette allure brusque ni donné lieu à ces douleurs intenses, occupant toute l'étendue du membre, qui attestent la présence d'une embolie dans un des troncs artériels qui parcourent le membre inférieur. Enfin, dans aucun de ces cas, non plus, l'auscultation n'a révélé, du côté du cœur, l'existence d'une altération quelconque qui ait pu être le point de départ d'une embolie.

Ceci prouve donc, d'une manière incontestable, qu'il s'agit ici d'une oblitération autochthone. Mais, dans ce cas, l'oblitération est-elle primitive ou secondaire? Résulte-t-elle de l'inopexie, c'est-à-dire de l'augmentation de la fibrine contenue dans le sang et de sa tendance plus grande à la coagulation, comme cela se voit dans les maladies cachectiques? Ou bien est-ce une maladie locale qui a déterminé, dans le point même où elle a siégé, la coagulation et l'oblitération du vaisseau? Dans l'état actuel de la science, cette question est impossible à résoudre; ce que l'on sait seulement, d'une façon positive, c'est que c'est l'artère seule qui est malade, et non la veine.

Abordant maintenant la seconde partie de la question, nous sommes conduits naturellement à nous demander, et c'est là que j'en veux venir, quels rapports il y a entre les faits que je viens de vous rapporter et ceux que nous avons observés. Pour moi, il n'est pas douteux que nous avons eu affaire à des cas identiques; que, dans ceux-ci comme dans ceux-là, la maladie a eu pour siège les artères; qu'enfin, la seule différence qui existe entre eux, c'est que, dans les premiers, elle a été poussée assez loin pour déterminer la gangrène, tandis que dans les seconds nous n'avons assisté qu'à la première période de la maladie, période qui, jusque-là, nous a paru avoir échappé à l'observation, et qui précède la mortification des tissus. Tel est l'enseignement que, à mon avis, on doit retirer de ces deux faits : ils nous montrent que, chaque fois que, pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, l'on voit survenir, dans l'un des membres inférieurs, les symptômes que nous avons observés chez nos deux malades, on doit regarder comme imminente l'oblitération d'un des vaisseaux artériels et, comme conséquence rationnelle, la gangrène des parties auxquelles ce vaisseau se distribue.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juin. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique adresse ampliation d'un arrêté nommant M. Hardy chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine, en remplacement de M. Bouis, démissionnaire.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1877 dans les départements des Basses-Alpes, du Gers, du Cantal, de l'Aisne, de la Garonne, de la Vendée et des Hautes-Alpes ;

2° Les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales de Mortigny (Vosges), Gamarde (Landes), Eugénie-les-Bains (Landes), Béchaux (Landes), pour l'année 1876.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. Cazin de Boulogne (accepté).

2° Un pli cacheté sur un *nouveau signe d'urémie chronique* déposé par M. Régnier, lauréat de la Société médico-chirurgicale de Liège (accepté).

3° Une lettre de M. Maurice Raynaud, qui se porte candidat, à la place vacante, dans la section de pathologie médicale.

4° Des lettres de remercîments de MM. Dauvergne, Emmerique, Puech, Marvaud, Bussard et Devals, lauréats de l'Académie.

5° Un mémoire intitulé *Recherches de l'arsenic en chimie légale et différences caractéristiques des anneaux et des taches de l'arsenic et de l'antimoine,* par le docteur Charles Brame de Tours.

6° Deux mémoires intitulés *Considérations sur l'étiologie de la fièvre typhoïde dans les campagnes*, par M. le docteur Alison de Baccarat (commission des épidémies).

7° Un mémoire intitulé *Étude sur les eaux minéro-thermales de la vallée de Barèges,* par M. Barelli, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Barèges (commission des eaux minérales).

COMMUNICATION.

M. DENUCÉ communique une *observation de ligature de l'artère carotide primitive* qu'il résume dans le sous-titre suivant :

« Otite suppurée. — Phlegmon consécutif de la région temporo-faciale. — Incisions multiples. — Hémorrhagies primitives de la région temporale, faciles à réprimer. — Hémorrhagies secondaires considérables, au bout de quinze jours. — Transformation de la cavité du phlegmon en un vaste anévrysme diffus. — Hémorrhagies formidables par les diverses ouvertures. — Impuissance des moyens hémostatiques ordinaires. — Ligature de la carotide primitive. — Guérison. »

Il s'agit d'un jeune sous-officier du 18e dragons qui entra le 22 août dernier à l'hôpital de Libourne, près Bordeaux, pour une otite suppurée et un rhumatisme articulaire aigu. Le rhumatisme céda, mais l'otite persista, une tuméfaction considérable envahit toute la région, et, les 15, 17 et 20 septembre, il fallut pratiquer trois incisions profondes dont la dernière détermina une petite hémorrhagie qui fut réprimée par la compression. Le 10 octobre, survint une hémorrhagie formidable qu'on parvint à peine à arrêter à l'aide de charpie imbibée de perchlorure de fer. Le 12, l'hémorrhagie reparut, et, devant l'inutilité des autres moyens, on se décida à recourir à la ligature de la carotide primitive. Elle fut pratiquée le 13 octobre par M. le docteur Denucé. L'abcès mastoïdien fut largement ouvert. Les suites furent très-simples. Le fil de la ligature tomba, le 3 novembre. Trois jours après, la plaie du cou était complètement fermée, et dès le 20 novembre le malade sortit guéri de l'hôpital.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre :

1° C'est un exemple de plus des complications graves qui peuvent survenir à la suite des otites. Ici l'inflammation a gagné le tissu cellulaire de la région temporale, la région maxillaire et la région mastoïdienne, et cet accident déjà grave a failli devenir mortel par la production d'une hémorrhagie.

2° Cette hémorrhagie, quel est son point de départ? M. Denucé pense que ce doit être l'artère temporale profonde attaquée pendant la période éliminatoire du phlegmon.

3° Quant à la ligature de la carotide primitive, elle a donné ici les meilleurs résultats. Elle n'a déterminé aucuns symptômes cérébraux, ce qui a peut être tenu à l'anémie préexistante. Les accidents inflammatoires ont été absolument nuls. Enfin l'hémostase a été obtenue malgré les nombreuses anastomoses.

LECTURE

M. CAZIN de Boulogne, lit un mémoire sur *la coexistence des kystes ovariens et de la hernie ombilicale dans l'ovariotomie.*

M. Cazin a vu deux malades atteintes à la fois de kystes de l'ovaire et de hernie ombilicale.

La première, une femme de soixante-douze ans, est morte sans avoir été opérée, mais par l'examen *post mortem*, M. Cazin a pu s'assurer qu'il existait des adhérences calmes et nombreuses entre les viscères herniés et les parois de la poche.

La seconde, une femme de trente-quatre ans, réglée à quatorze ans, mariée à vingt ans, ayant eu trois enfants, s'est aperçue, vers l'âge de trente ans, lors de sa seconde grossesse, de sa hernie ombilicale, laquelle augmenta notablement, deux ans plus tard, lors de la troisième, Lorsque cette malade fut adressée à M. Cazin, elle avait un ventre énorme, était très-amaigrie, avait par excellence le faciès spécial des femmes atteintes de kystes ovariens, et, en réduisant la hernie, ce qui était très-facile, M. Cazin put faire pénétrer dans l'abdomen l'extrémité de ses doigts et constater l'existence probable de plusieurs kystes. L'opération fut pratiquée le 20 juin 1877. M. Cazin incisa sur le sac depuis le collet jusqu'à quatre centimètres au-dessus du pubis, puis il dut agrandir l'ouverture, pour pouvoir retirer de l'abdomen les paquets de kystes ovariques qui s'y trouvaient et le liquide qui s'était répandu de ceux qui s'étaient rompus pendant l'exploration. Le tout pesait 29 kilogrammes. La toilette du péritoine étant achevée, la base des lambeaux ombilicaux produits par l'incision du sac herniaire fut traversée par quatre points de suture entortillée. Puis, quand les deux surfaces péritonéales furent mises en contact, M. Cazin incisa largement les lambeaux, qui avaient près de dix centimètres de hauteur, à deux centimètres de la ligne d'affrontement préalablement obtenue : un fil métallique fut passé à la partie médiane des deux surfaces cruentées, traversant les deux parois en totalité, s'appliquant sur la surface épidermique dans l'étendue de trois centimètres, traversant de nouveau les deux parois, et ainsi de suite. Ce pansement fut achevé par des sutures superficielles en grand nombre. Le pédicule, gros comme un poing d'adulte et très-court, avait été fixé vers la partie inférieure de la place, et des tubes en verre de Kœberlé furent placés dans l'angle inférieur.

La guérison fut obtenue sans accident, mais le pédicule fut très-long à se détacher. A son niveau seulement se reproduisit une petite éventration. Plus haut, au niveau de l'ancien sac herniaire, aucune reproduction de la hernie.

M. Cazin dit que de tels faits sont très-rares. On peut citer des succès de Kœberlé, de Spencer Wells et de Boinet, procédant de même dans les mêmes circonstances. Mais la plupart des opérateurs, y compris Kœberlé, préféraient en général, en cas de hernie ombilicale, lorsqu'ils pratiquaient l'ovariotomie, éviter le sac et faire l'incision de côté. Mieux vaut guérir du même coup la maladie et l'infirmité.

COMMUNICATION

M. MAREY lit une note sur *l'importance, au point de vue médical, des signes extérieurs des fonctions de la vie.*

Il commence par rappeler les grands progrès réalisés déjà dans la science du diagnostic, d'une part au moyen de l'application directe et intelligente des sens de l'observateur dans l'auscultation, la percussion, etc., et d'une autre part à l'aide des données fournies par les vivisections et appliquées par analogie à l'étude des fonctions humaines. Mais, si le champ des vivisections est pour ainsi dire illimité, il n'est pas toujours sans péril de conclure de ce qu'on observe chez l'animal à ce qui doit se passer chez l'homme, car l'expérimentation nous montre qu'entre deux mammifères d'espèces différentes, comme le chien et le lapin, il existe sur certains points d'importantes différences fonctionnelles, et cela suffit pour se tenir en défiance contre une assimilation complète de la physiologie animale à la physiologie humaine. Il faudrait donc que physiologistes et médecins disposassent des mêmes moyens d'études, qu'on pût analyser avec la même précision les fonctions humaines et les fonctions animales, et qu'on pût étudier directement chez l'homme la physiologie humaine. D'une façon générale ce résultat peut être obtenu. En effet, la plupart des fonctions de la vie se traduisent par certains signes extérieurs que nos sens n'apprécient pas d'une façon précise, mais qui, délicatement analysés, donnent des renseignements précieux et signalent parfois les plus légers dérangements. Cette analyse délicate, on l'obtient au moyen de la méthode graphique, dont l'application semblait d'abord limitée à un petit nombre de phénomènes et s'est rapidement étendue. Cette

méthode donne aujourd'hui sur la fonction des muscles, sur celle des nerfs, sur la respiration, sur la circulation du sang, sur la température animale, etc., des renseignements d'une extrême importance.

A titre d'exemple, M. Marey se propose d'indiquer brièvement ce que la méthode graphique peut révéler sur la manière dont s'accomplit la fonction musculaire sur un homme, sain ou malade, et ce qu'elle nous apprend relativement à la circulation du sang dans les cavités du cœur.

Étude graphique des phénomènes de motricité. — La myographie a montré que chaque excitation appliquée à un muscle ou à un nerf moteur provoque un mouvement bref et d'une forme déterminée qu'on appelle secousse. Deux phases sont à considérer dans cet acte : l'une de raccourcissement, elle est très-courte ; l'autre de retour du muscle à sa longueur, elle est beaucoup plus prolongée. Lorsqu'on trace successivement, au moyen d'un myographe, deux secousses d'un même muscle, on obtient deux courbes tellement identiques que l'on pourrait les superposer l'une à l'autre comme on fait de deux figures géométriques égales. Mais, en répétant plusieurs fois l'expérience, on s'aperçoit que peu à peu le type du mouvement change, que l'amplitude diminue tandis que la durée augmente ; c'est la fatigue qui intervient. Le myographe montre encore que l'absorption de certaines substances modifie la forme graphique des secousses ; la vératrine, par exemple, donne à la courbe musculaire un redoublement tout à fait caractéristique.

Elle a montré que le tétanos électrique, le tétanos traumatique, la contracture musculaire elle-même, résultent de la fusion intime d'une série de secousses musculaires extrêmement courtes et rapprochées.

Les premiers myographes exigeaient une mutilation et n'étaient pas applicables à l'homme. Mais une fois qu'on a reconnu que dans sa fonction le muscle ne fait que changer de forme, qu'il garde un volume constant et gagne constamment en diamètre transversal ce qu'il perd dans le sens de sa longueur, on a pu construire des instruments basés sur la mesure du diamètre et qui n'exigent pas de vivisection. On constata ainsi que la secousse musculaire de l'homme en santé a une forme semblable à celle des muscles des animaux, mais qu'elle présente, au point de vue de sa durée absolue, des caractères en quelque sorte spécifiques. Elle est quatre ou cinq fois plus longue que celle des muscles de l'oiseau ; elle est dix fois environ plus brève quecelle de la tortue et des mammifères.

Le jour où la pathologie humaine voudra utiliser la myographie pour analyser certains troubles de la fonction musculaire, convulsions, tétanos, tremblement, paralysies partielles, elle y trouvera un puissant secours. On verra, par exemple, que les troubles de la motilité, désignés sous le nom de convulsions et distingués en deux formes, l'une clonique et l'autre tonique, ne sauraient à l'avenir se plier à cette classification, car la présence ou l'absence de saccades perceptibles n'est qu'une question de fusion plus ou moins parfaite des secousses, qui sont toujours multiples et se produisent par groupes plus ou moins nombreux dans tous les actes musculaires.

Le tremblement sénile et celui qui succède à certains empoisonnements se rattachent à l'état physiologique des muscles et paraissent constitués par une série de secousses incomplètement fusionnées.

Quels sont les caractères graphiques des actes musculaires dans les maladies aiguës, les fièvres graves, celles qui entraînent à leur suite des dégénérescences des muscles? Les médecins le sauront bientôt.

Le myographe fournit et fournira également des renseignements relativement aux nerfs moteurs et à la vitesse avec laquelle l'agent nerveux en traverse une longueur déterminée, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie.

Étude graphique des maladies du cœur. — Les expériences de myographie de MM. Marey et Chauveau ont prouvé que le battement du cœur coïncide avec la systole, ainsi que l'avait dit Harvey. Elles ont prouvé que ce battement n'était pas un choc proprement dit, c'est-à-dire un acte de très-courte durée, mais une poussée qui, débutant d'une manière brusque, se prolonge avec plus ou moins d'intensité pendant toute la durée de la systole.

Une fois appliquée à l'homme en dehors de toute vivisection, la cardiographie a donné d'abord des courbes semblables à celles qu'elle donnait sur les animaux. Puis elle a permis d'étudier les modifications que certains actes l'arrêt de la respiration, la course, un effort prolongé, etc., imprimaient à la pulsation, ou battement cardiaque, modification caractéristique pour chaque sorte d'acte.

Sur le cœur d'animaux inférieurs détaché du corps on avait pu faire la part de ce qui revient dans la pulsation à ces deux éléments distincts : changement de volume et durcissement du cœur.

Un cas d'ectopie naturelle du cœur observé chez une femme a permis de constater les mêmes faits, par exemple, que la pulsation du cœur garde toujours la même forme quel que soit le point de la surface ventriculaire où on la recueille, que les deux ventricules ont une action parfaitement synergique, etc.

D'après les données ainsi obtenues, M. Marey a reproduit dans un appareil schématique de son invention tous les phénomènes mécaniques de la circulation du sang : pulsation du cœur, bruits valvulaires, pouls artériels, variations de la pression et de la vitesse du sang, souffle des artères, etc. C'est une sorte de contrôle synthétique, très-démonstratif. Quant aux formes pathologiques de la pulsation cardiaque, leur nature s'éclaire beaucoup par les expériences faites sur les animaux chez lesquels on avait produit artificiellement soit l'insuffisance aortique, soit l'insuffisance mitrale.

Les lésions complexes du cœur se caractérisent graphiquement avec plus de netteté que par l'auscultation. Mais c'est surtout lorsqu'on inscrit à la fois la pulsation du cœur et celle des artères qu'on arrive à des résultats tout à fait saisissants.

La forme graphique des pulsations, traduisant la façon dont le cœur et les vaisseaux se remplissent et se vident, exprime directement l'état de la fonction constitutive. Sur un cœur qui donne un bruit de souffle intense la courbe est parfois très-peu modifiée, montrant ainsi que la fonction cardiaque est peu troublée. D'autres fois des lésions extrêmement graves, des insuffisances aortiques arrivées à la destruction presque complète des valvules, échappant presque à l'auscultation, la pulsation du cœur présente alors une altération caractéristique ; la réplétion est d'une extrême brusquerie, ce qui provient du reflux du sang artériel dès que finit la systole ventriculaire. Le diagnostic des anévrysmes de l'aorte et des gros troncs artériels emprunte à l'emploi de la méthode graphique une pareille précision.

DISCUSSION

M. COLIN, dans la communication de M. Marey, cherche en vain ce que la méthode graphique nous a appris de neuf.

M. Marey nous a dit que la contraction musculaire se composait d'une série de secousses pendant lesquelles les muscles augmentaient transversalement et se raccourcissaient : mais cela se voit très-bien sans qu'on ait besoin pour cela de tracé graphique.

Seulement, quand M. Marey veut, en s'appuyant sur ces bases, supprimer toute distinction entre la convulsion et le tétanos, il a tort, car le tétanos n'est pas la convulsion au point de vue clinique. Si la méthode graphique nous avait appris à quelle cause tiennent, à quelle lésion nerveuse répondent les états tétaniques ou les convulsions, elle aurait vraiment fait faire un progrès. Mais jusque-là, non.

Quant au second exemple choisi par M. Marey, l'application de la méthode graphique aux mouvements du cœur, on ne voit pas non plus ce qu'elle a fait connaître de nouveau. La coïncidence du choc du cœur avec la systole? Mais tous les grands physiologistes : Harvey, Haller, Magendie, avaient professé et prouvé qu'il en était ainsi. Ce n'est que depuis Beau qu'on avait commencé à avoir des doutes. MM. Marey et Chauveau sont venus confirmer l'opinion classique. Ce n'est point là une découverte. Du reste, M. Marey lui-même a soutenu à ce sujet une erreur grave. Il a attribué à la déformation du cœur, qui tend à prendre une forme globulaire, son battement. Or, il se fait de plus un mouvement de totalité qui porte tout l'organe de droite à gauche. Ce mouvement, qui commence depuis la base, devient surtout très-fort à la pointe. Si les appareils de caoutchouc

de M. Marey étaient bien faits, ils devraient reproduire ce déplacement qui est très-facile à voir dans les vivisections.

M. COLIN a pratiqué des fenêtres thoraciques chez un très-grand nombre d'animaux; c'est ainsi qu'il a fait une ouverture sur le thorax d'un jeune porc. Or, cet animal une fois remis sur ses pieds, on pouvait voir par cette fenêtre (il avait le sternum très-large) un déplacement de deux à trois centimètres, de droite à gauche de la pointe du cœur. Cela tient à la disposition sphéroïdale des fibres musculaires du cœur. Il y en a plus à gauche qu'à droite, de là ce mouvement de torsion. M. Marey a aussi prouvé que la contraction des oreillettes précède celle des ventricules. Mais c'était connu depuis longtemps. Harvey, Haller, Magendie le croyaient, et, en choisissant convenablement les animaux qu'on sacrifie à cet effet, il est facile de s'assurer qu'il en est ainsi. Pour ces expériences les oiseaux ne valent rien. Leur cœur bat très-rapidement (de 100 à 120 fois par minute); mais les grands animaux, le cheval, le bœuf, n'ont qu'une quarantaine de pulsations, et il est facile de voir chez eux la succession de la contraction des oreillettes, puis des ventricules. Quant aux insuffisances aortiques produites artificiellement par MM. Chauveau et Marey, ce n'est point une nouveauté.

Les Américains en avaient produit longtemps avant eux, ainsi que le raconte Bérard dans son traité de physiologie. En résumé M. Marey n'a fait que confirmer des faits déjà constatés. Aujourd'hui il donne la fleur du panier de ses travaux et on n'y trouve rien de vraiment neuf. Du reste, il en est également de même pour ce qu'il ne mentionne pas.

Ainsi il a voulu étudier avec ses appareils l'allure du cheval, et, pour le pas, pour le trot, pour le galop, il n'a fait que confirmer ce que d'autres avaient dit.

M. MAREY ne s'étonne pas que M. Colin attaque ses travaux, car il s'est constamment montré hostile aux instruments enregistreurs et ne s'en est jamais servi. Il est bien heureux s'il peut se passer de tout appareil et se contenter de ses sens; s'il voit à l'œil nu, par exemple, les globules du sang. Mais tous n'ont pas les sens aussi déliés, et c'est aux moins bien partagés à ce point de vue que M. Marey, après de longues années de travail modeste et de silence, est venu dire que les résultats étaient encourageants et qu'on pouvait trouver de nouveaux moyens de diagnostic dans l'emploi de ses procédés.

A cinq heures moins dix, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er juin 1878. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Tremblement réflexe chez certains hémiplégiques. — M. DÉJÉRINE fait une communication sur l'existence d'un tremblement réflexe dans les membres inférieurs du côté sain chez certains hémiplégiques. On connaît depuis plusieurs années l'existence du tremblement réflexe du membre inférieur du côté paralysé; on sait que, pour produire ce phénomène chez certains malades, il suffit de fléchir fortement le pied sur la jambe. Ce tremblement a été décrit sous le nom de tremblement réflexe des hémiplégiques. Mais il n'a jamais été observé jusqu'à présent que dans le membre paralysé. M. Déjérine a fait une série de recherches qui démontrent que ce tremblement peut se présenter assez fréquemment avec des caractères tout à fait semblables, dans le membre inférieur du côté sain. Il a pu le constater cinq fois sur une quinzaine d'hémiplégiques. Il est assez difficile de donner une explication de ce phénomène, les autopsies faisant défaut jusqu'ici. M. Déjérine pense que, dans ces cas, la sclérose latérale, constante du côté paralysé dans les hémiplégies anciennes, a fait irruption dans le cordon latéral du côté sain.

M. GUBLER dit que le tremblement est un phénomène d'inconduction. Chez les alcooliques, les saturnins, qui sont en imminence de tremblement, on peut le produire dans des conditions telles qu'il y ait compression des cordons nerveux. Il se passe la même chose dans les courants électriques lorsque le courant éprouve quelque difficulté à passer un point du circuit.

M. MAREY partage l'opinion de M. Gubler qu'il trouve conforme aux faits physiologiques. Ainsi, dans le tétanos strychnique, si on ralentit la vitesse de l'action nerveuse, le tremblement s'accuse par suite de la mauvaise conduction.

Les glandes sudoripares avant et après le mouvement. — M. MALASSEZ lit, au nom de M. RENAUT, une note sur l'épithélium des glandes sudoripares chez le cheval au repos et après le mouvement. La diaphorèse modifie la constitution des cellules; mais, chez l'homme, les recherches faites après la diaphorèse agonique ne donnent pas la structure de l'épithélium à l'état de repos.

Nouveaux caractères des urines dans la néphrite interstitielle. — M. ALBERT ROBIN indique deux caractères non connus des urines dans cette maladie: ce sont, d'une part, la présence dans ce liquide d'une quantité notable d'urohématine, et, d'autre part, l'existence au microscope d'amas pigmentaires cristallins ou amorphes et de masses grenat, vraisemblablement formées d'hématoïdines.

Des rapports des maladies du pharynx avec celles de l'oreille. — M. GELLÉ met sous les yeux de la Société 54 planches dessinées d'après nature, sorte d'*atlas iconographique* des maladies du pharynx, dans leurs rapports avec celles de l'oreille.

La plus grande partie des maladies de l'organe de l'ouïe ont leur origine et leur point de départ et d'union dans une lésion de la gorge primordiale: de là la surdité le plus souvent; car les otites d'origine pharyngée sont bilatérales, soit simultanément, soit consécutivement.

On comprend l'intérêt qui s'attache à l'étude des pharyngites en otiatrique.

Les planches de M. Gellé mettent en présence la lésion auriculaire et la lésion pharyngienne; tel est le plan de l'ouvrage. Le lecteur conclut.

Dans une 1re division, on voit l'angine *a frigore*, l'angine catarrhale aiguë simple, l'angine pultacée, la diphthéritique, celle des fièvres éruptives, de l'érysipèle et du pemphigus. Puis viennent les pharyngites chroniques. Avec la suppuration chronique de l'oreille, avec l'otorrhée ancienne, coïncide, du même côté dans la gorge, une lésion remarquable; ce sont de grosses granulations de plus en plus adhérentes et tassées en plaques épaisses et rouges qui se postent vers les pavillons des trompes, au-dessus du voile du palais et derrière lui, dans l'un des angles supérieurs ou dans les deux quelquefois.

Le même aspect, mais dans une forme aiguë, a plusieurs fois été observé par l'auteur, avec une névralgie faciale pour tout symptôme.

Certains malades offrent ces grosses granulations isolées, rouges, saillantes, en forme de lentille. Chez d'autres le tissu muqueux est finement granulé; il ressemble à un tapis semé de points rose vif. Dans certaines conditions morbides, chez les hémorrhoïdaires, chez les sujets atteints de lésions cardio-pulmonaires ou des gros vaisseaux, on ne trouve pas de granulations, mais une vascularisation veineuse intense et tout à fait spéciale.

M. Gellé a trouvé chez certaines femmes sujettes aux pertes rectales et utérines et chez quelques arthritiques une forme hypertrophique très-remarquable. La membrane muqueuse bourgeonne; elle prend un aspect inégal, montagneux, mûriforme, et la vascularisation est extrême.

On trouve aussi dans cette collection une série de pharynx syphilitiques avec les vues rhinoscopiques des pavillons des trompes d'Eustache.

Les lésions ulcératives chez les cachectiques, chez les tuberculeux, figurent aussi dans l'atlas de M. Gellé.

M. FRANÇOIS FRANCK est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée à six heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Quatrième trimestre de l'année scolaire 1877-78. — 1° Inscription. Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 1er juillet, et sera clos le jeudi 18 juillet, terme de rigueur. Passé ce délai, nulle inscription ne sera reçue sans une autorisation rectorale ou ministérielle, qui ne pourra être accordée que pour des motifs graves. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de neuf heures à onze heures du matin, et de une à quatre heures du soir.

2° Examens de fin d'année. — Les examens de fin d'année commenceront le lundi 1er juillet. MM. les étudiants, actuellement pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions et qui n'ont pas subi les examens de fin d'année réglementaires ou qui ont échoué à ces examens, devront consigner pour ces examens pendant le mois de juin, les vendredis et samedis de une à quatre heures du soir.

Les élèves porteurs de 3 ou 7 inscriptions devront consigner pour leur 1er ou 2e examen de fin d'année, du 1er au 6 juillet, en prenant leur 4e ou 8e inscription.

Les élèves porteurs de 11 inscriptions devront consigner pour leur 3e examen de fin d'année, du 8 au 13 juillet, en prenant leur 12e inscription.

Le doyen rappelle à MM. les étudiants de 1re, 2e et 3e année, qu'ils sont obligés de subir leur examen de fin d'année à la session de juillet.

Le doyen rappelle également à MM. les étudiants que le stage est obligatoire pour la prise de la 9e inscription (doctorat), ou de la 5e inscription (officiat de santé). MM. les étudiants peuvent accomplir ce stage à partir du 1er juillet. A cet effet, ils devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration générale de l'assistance publique, 3, avenue Victoria.

— M. Ed. Becquerel, professeur au Muséum, a ouvert le cours de physique appliquée aux sciences naturelles, mercredi 12 juin, à une heure dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants.

Le professeur traitera de l'électricité dans ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques, atmosphériques, géologiques, et s'occupera spécialement de l'électro-chimie.

— Le docteur Auguste Pellarin, médecin principal de la marine en retraite, officier de la Légion d'honneur et médecin du bureau de bienfaisance du 14e arrondissement, vient de succomber aux suites d'une albuminurie survenue après un long séjour aux îles Marquises et aux Antilles. M. A. Pellarin a publié, en 1872, un volume in-8° sur l'*Hygiène des pays chauds* et sur l'*Épidémie de choléra de la Guadeloupe*, ouvrage couronné par l'Académie de médecine et par l'Académie des sciences. Il est aussi l'auteur d'une monographie de la *Fièvre hématurique*, qui a paru en 1875. Cet honorable et distingué confrère était dans sa soixante-deuxième année. Il laisse une veuve et six enfants.

— M. le docteur Pierre Bouland a commencé des conférences pratiques d'orthomorphie (scoliose, cyphose, lordose, torticolis, main et pied bots), le mardi 11 juin, à huit heures du soir, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure, à la clinique de la rue Christine, 3.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 69. — SAMEDI 15 JUIN 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 15 JUIN 1878. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysies variables et momentanées dans les lésions de la région motrice de la substance grise corticale du cerveau.

L'étude du cerveau, de ses maladies et de leurs localisations, naguère encore dans un état embryonnaire, pour ainsi dire, s'est singulièrement développée depuis quelque temps, grâce à des notions fournies à la fois par la médecine expérimentale et par la clinique.

Quoiqu'il reste beaucoup à faire, quoiqu'on soit bien loin de tout savoir et de pouvoir tout expliquer, il est pourtant déjà des cas dans lesquels on peut approcher d'un diagnostic différentiel précis et déterminer pendant la vie, d'après les symptômes, sinon le point exact et limité, du moins la zone et la région principalement affectées dans l'un ou dans l'autre des deux hémisphères.

En effet, la physionomie d'une paralysie, par exemple, sera tout à fait différente selon le siége que la lésion occupera.

Si la destruction porte sur les fibres motrices ou antérieures de cette couche de substance blanche, presque centrale, très-voisine des pédoncules, qu'on a nommée *capsule interne*, la paralysie sera permanente, invariable et incurable.

Tandis que, s'il s'agit, au contraire, de cette couche de substance grise qui enveloppe les circonvolutions, en d'autres termes de la *couche corticale*, non loin de la scissure de Rolando, la paralysie qu'on pourra noter sera essentiellement variable et parfois même très-passagère, disparaissant au bout de quelques jours.

Cette variabilité, ce peu de persistance des paralysies qui se rattachent à des altérations de la substance grise superficielle dans ses régions motrices, MM. Carville et Duret, dans leurs expériences de vivisection, les avaient remarquées, et ils les ont expliquées par la suppléance possible d'une portion détruite par les portions intactes de cette même couche corticale.

Ainsi l'expérimentation sur les animaux avait servi à poser les premiers jalons sur cette voie : puis sont venus les faits cliniques, confirmant ces observations.

Un fait de ce genre s'est produit chez un homme de trente-deux ans, entré le 30 novembre dernier dans le service de M. Empis, où il occupait le n° 5 de la salle Saint-Michel et où il est mort de phthisie le 23 mai dernier.

Nous allons reproduire à son sujet la note que nous a communiquée l'obligeant interne de M. Empis, M. Mercklin :

« Ce malade était entré dans le service pour une tuberculose pulmonaire chronique compliquée d'un pneumothorax ; il était atteint, de plus, d'une tumeur blanche du coude du côté droit. Malgré ces lésions multiples, l'état général du malade était assez satisfaisant, quand survinrent des phénomènes particuliers, qui immédiatement firent songer à l'existence de tubercules du cerveau. Plusieurs attaques épileptiformes généralisées, ne laissant à leur suite aucun trouble particulier, ne s'accompagnant ni de fièvre, ni de vomissements, ni de céphalalgie, furent d'abord les seules manifestations d'une lésion cérébrale ; ces attaques, éloignées les unes des autres, revenaient du reste sans régularité. Après la troisième, le malade fut pris d'une paralysie complète du membre supérieur gauche. Cette monoplégie brachiale se produisit le 18 avril, et le premier accès épileptiforme avait été observé trois semaines auparavant. Cette paralysie partielle fit immédiatement penser à une lésion corticale.

« En effet, les autres caractères de la paralysie corticale, et d'abord la variabilité, ne tardèrent pas à se manifester. Deux jours après, le malade, qui la veille ne pouvait imprimer le moindre mouvement à son bras, le soulevait sans trop de difficulté, bien que ses mouvements fussent lents à se produire et sans énergie. Le soir du même jour, la paralysie était aussi absolue que la veille. Cette variabilité dans les phénomènes paralytiques fut encore observée les jours suivants. L'intelligence, pendant ce temps, était intacte ; les douleurs céphaliques, nulles.

« Le membre inférieur gauche, d'abord indemne, présentait, quelques jours après l'apparition de la monoplégie brachiale, un certain degré de parésie ; mais ces phénomènes paralytiques furent de courte durée. Enfin, au même moment, l'on constatait l'existence d'une paralysie du facial supérieur.

« La paralysie du bras était chez ce malade le symptôme le plus apparent.

« Elle présenta tous les caractères d'une paralysie corticale : elle fut, en effet, partielle et nettement limitée pendant un certain temps à ce membre, variable, et, enfin, transitoire. En effet, quinze jours environ après l'apparition de sa mono-

plégie, le malade se servait de son membre supérieur gauche, bien qu'il lui restât toujours de ce côté un certain degré de parésie. A aucun moment, l'on n'a constaté de troubles de la sensibilité. »

Telle est, dans ses traits principaux, l'histoire clinique de ce malade. Les lésions trouvées à l'autopsie confirmèrent pleinement le diagnostic de *paralysie corticale*. En effet des amas de tubercules, autour desquels la substance cérébrale était ramollie, formaient une large traînée qui s'étendait, le long du bord supérieur de l'hémisphère droit, à peu près sur toute la longueur du lobe pariétal, et qui venait déborder, en avant de la scissure de Rolando, sur la circonvolution frontale ascendante, au niveau où l'on a placé le centre moteur du membre supérieur. A ce niveau, surtout, la masse tuberculeuse occupait toute l'épaisseur de la substance grise, sur une assez grande largeur. Un tubercule, gros comme une noisette, se trouvait aussi dans le cervelet, près de son bord supérieur.

Ce fait répond, on ne saurait mieux, aux expériences de vivisection de MM. Duret et Carville. De même que, chez un animal vivant sur lequel on détruit à ce niveau une partie de la couche corticale du cerveau, on voit se produire des paralysies qui durent seulement quelques jours et qui même dans cet intervalle peuvent s'atténuer ou s'accentuer à plusieurs reprises, de même chez ce malade la destruction d'une très-notable partie de la zone motrice eut pour résultat une hémiplégie incomplète, très-variable en intensité, et qui se dissipa au bout de quelques jours, laissant seulement après elle de la faiblesse dans les parties qu'elle avait atteintes.

Quant aux attaques d'épilepsie, très-espacées, qui précédèrent la paralysie, elles sont également explicables par les données que les vivisections avaient fournies. On sait, en effet, qu'en excitant sur les animaux, au moyen de l'électricité, la couche corticale du cerveau, préalablement mise à nu et dépouillée de sa dure-mère, on a obtenu non-seulement la contracture d'un groupe musculaire ou des convulsions localisées, mais de vraies crises épileptiformes généralisées, soit à une moitié du corps, soit au corps entier.

Ici, les crises d'épilepsie ont été trop rares pour qu'on ait pu étudier leur type. Y a-t-il eu prédominance des convulsions dans une moitié du corps, et point de départ bien déterminé, toujours le même, comme dans ces épilepsies hémiplégiques, dues également à des lésions de la couche corticale du cerveau dans sa région fronto-pariétale, et que M. Charcot propose d'appeler épilepsies jaksoniennes? Ou bien l'attaque avait-elle bien le type de l'épilepsie ordinaire? Quoi qu'il en soit, le fait certain, c'est que l'épilepsie, comme la paralysie, a eu pour cause la présence de tubercules dans la zone motrice de la substance grise superficielle. On trouvera plusieurs faits semblables dans l'excellente thèse de Landouzy (1) et dans un bon travail de vulgarisation que le docteur Grasset, agrégé de la Faculté de Montpellier, vient de faire paraître sous le titre : *Des localisations dans les maladies cérébrales* (2).

Ainsi la question en est arrivée à ce point où les praticiens ne peuvent plus la négliger comme une simple vue théorique.

Il faut savoir au lit du malade que les paralysies dues à des lésions de la superficie du cerveau dans les régions fronto-pariétales peuvent s'amender et disparaître dans un espace de temps court, sans que la lésion soit guérie, et alors même qu'elle continue à s'aggraver et à s'étendre.

Il faut s'habituer à reconnaître ces phénomènes hémiplégiques, d'une intensité variable, symptôme souvent passager d'une maladie qui persiste.

Enfin il faut bien reconnaître que, si tout n'est pas encore très-clair dans les résultats obtenus par ceux qui se sont occupés de localisations cérébrales, ils ont mis du moins hors de doute l'existence d'une zone spéciale à la surface du cerveau, zone dont les lésions entraînent le plus souvent certains troubles locomoteurs, tels que convulsions ou paralysies; tandis qu'il en est tout autrement de tout le reste de la couche corticale du cerveau, dont les altérations ne paraissent pas avoir le moindre effet sur la motricité.

(1) *Contribution à l'étude des convulsions et paralysies dans les méningo-encéphalites fronto-pariétales*, Paris, 1876.

(2) Paris, Delahaye, éditeur, 1878.

Conférences cliniques de M. Laboulbène. — Valeur des vibrations locales sur le cou et sur le thorax comme moyen de diagnostic.

M. Laboulbène vient de commencer à la Charité une série de conférences cliniques hebdomadaires.

Ce matin, il a pris pour sujet de sa leçon les vibrations vocales et leur importance pour le diagnostic.

Je dis les *vibrations vocales*, car on ne saurait nommer *vibrations thoraciques* celles que l'on perçoit, par exemple, sur les vertèbres cervicales, ou sur le sommet de la tête, d'un malade qu'on fait parler à haute voix.

Or M. Laboulbène a montré, par un exemple très-frappant, que, même aussi loin du thorax, l'étude des vibrations vocales peut éclairer le diagnostic.

Une malade était entrée dans son service, alors qu'il se trouvait encore à l'hôpital Necker, avec une tumeur considérable à la partie postérieure du cou. Qu'était cette tumeur? Il était difficile de le déterminer. Les uns penchaient pour un sarcome; d'autres pour une tumeur liquide, probablement un abcès froid tenant à une carie des os. Ce fut en vain que M. Laboulbène consulta sur ce point presque tous ses collègues du même hôpital : ni médecins ni chirurgiens ne purent éclaircir ses doutes. Il restait donc dans cette incertitude quand l'idée lui vint de s'assurer, en faisant parler la malade, si les vibrations seraient, ou non, transmises comme à l'ordinaire, d'avant en arrière, jusqu'à la main placée sur la partie postérieure du cou.

Il ne sentit pas de vibrations. Dès lors la question fut jugée pour lui; il ne pouvait être question que d'une collection liquide. En effet, une tumeur solide aurait vibré à l'unisson et transmis jusque sous les doigts les vibrations, toujours très-fortes, dont les vertèbres cervicales, comme un appareil de renforcement de la voix, sont toujours le siége. Il ne s'agissait plus que de savoir à quelle espèce de liquide on avait affaire. M. Laboulbène plongea un trocart dans la tumeur. Il en sortit un liquide limpide sans le moindre globule purulent. La tumeur était constituée par des hydatides, chose très-rare à cette région, et qui n'avait pas été prévue.

Ainsi l'étude des vibrations avait donné au cou le même genre de service qu'on peut en obtenir alors qu'on s'en sert pour le diagnostic différentiel des maladies thoraciques.

En effet, c'est pour discerner dans le thorax un épanchement liquide d'une tumeur solide qu'on y a le plus souvent recours. Les vibrations deviennent nulles dans la pleurésie quand l'épanchement a refoulé le poumon loin du point qu'on explore. Elle est, au contraire, augmentée dans une très-large proportion quand le poumon, hépatisé, changé pour ainsi dire en une tumeur solide, transmet jusqu'aux parois costales les fortes vibrations des gros tuyaux bronchiques. Monneret

avait insisté sur ce moyen de diagnostic; Grisolle, qui s'était brouillé avec Monneret lorsqu'il écrivit son *Traité de pathologie*, en a contesté la valeur. D'autres ont fait comme Grisolle, en se servant de nouveaux arguments. Ces arguments, M. Laboulbène les discute l'un après l'autre, pour se rallier entièrement à l'opinion de Monneret. Grisolle avait dit que souvent, dans la pneumonie la plus franche, les vibrations thoraciques pouvaient n'être pas plus perçues que dans la pleurésie elle-même. Mais c'est qu'il s'agissait alors de pneumonie se compliquant de pleurésie, comme c'est assez fréquemment, le cas suivant les propres observations de Grisolle lui-même. On a dit que, dans la pleurésie, les vibrations pouvaient persister et acquérir même une intensité exagérée. Le fait est vrai dans certains cas exceptionnels; mais c'est qu'alors des tractus fibrineux unissent le poumon aux parois thoraciques et transmettent les vibrations, comme les vibrations d'une boîte en carton sont transmises au moyen d'un fil à une autre boîte semblable dans ce petit appareil que l'on vend dans les rues sous le nom de téléphone ou de phonographe. Or le poumon, refoulé par un épanchement, contenant moins d'air, se rapprochant de l'état qu'on appelle *atélectasique*, vibre plus fortement qu'à son état normal; il vibre moins sans doute que s'il s'agit d'hépatisation inflammatoire, ou d'induration tuberculeuse, ou surtout de néoplasme, d'une tumeur cancéreuse ou de toute autre tumeur solide intrapulmonaire, mais enfin il vibre beaucoup.

Cet accroissement des vibrations dans le poumon ainsi refoulé peut même être mis à profit avec un certain avantage pour le diagnostic des pleurésies aréolaires. Dans celles-ci, par une recherche très-attentive, faite exclusivement du bout des doigts, on peut arriver à discerner sur le thorax des zones vibrantes, alternant avec d'autres zones absolument muettes. Les unes correspondent aux tractus pseudo-membraneux qui s'appuient d'une part sur le thorax et de l'autre sur le poumon, ou à des adhérences unissant le poumon par quelques points à la paroi costale, les autres aux loges liquides. Si l'on veut faire une ponction, il faut éviter avec soin les points sur lesquels les vibrations sont bien perçues.

M. Laboulbène ne veut pas qu'on s'exagère l'importance de ce moyen de diagnostic au point d'y recourir à l'exclusion de tout autre. Mais il le regarde comme aussi sûr, dans certains cas, que l'auscultation et la percussion elle-même, et il insiste pour qu'on y recoure plus fréquemment qu'on ne le fait aujourd'hui, toutes les fois qu'il est applicable, c'est-à-dire chez les sujets dont la voix est assez sonore et la poitrine assez vibrante. Chez les enfants, les femmes, les vieillards, c'est à peine si d'ordinaire à l'état de santé il se produit des vibrations thoraciques perceptibles. Mais à l'état de maladie, dans la pneumonie, la phthisie avec indurations étendues, ces vibrations peuvent devenir assez fortes pour constituer chez eux un signe positif d'une grande importance.

La leçon de M. Laboulbène était très-bien faite, remarquable par la méthode et la clarté. Le professeur a commencé par tracer d'une manière rapide, mais assez complète, l'historique de la question. Puis il s'est attaché surtout à en faire saisir tous les côtés pratiques.

Les auditeurs se sont promis de se retrouver tous à la Charité, à neuf heures, jeudi prochain.

Dernière réflexion. — En entendant M. Laboulbène nous raconter l'histoire de cette femme chez laquelle l'absence de toute vibration à la région postérieure du cou lui a permis de diagnostiquer une tumeur kystique, je me suis demandé si le même procédé ne pourrait pas être également utile pour discerner des hypertrophies, etc., des kystes du corps tyroïde. Le larynx et la trachée étant, de toutes les régions du corps, celles qui vibrent le plus, la non-transmission de vibrations si fortes à travers une tumeur du corps tyroïde devrait être un très-bon indice de la présence d'un liquide dans cette tumeur. C'est à essayer : d'autant plus que le diagnostic est souvent loin d'être facile en pareil cas. Dr Victor REVILLOUT.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE NANCY

M. MONOYER.

Conjonctivite purulente membraneuse, avec infiltration purulente des cornées. — Guérison (1).

Le 3 avril 1877, la veuve D., âgée de cinquante-trois ans, exerçant la profession de femme de ménage à Nancy, dit s'être exposée à un vif courant d'air pendant une partie de la journée : le soir, la douleur est assez vive dans l'œil droit. Le lendemain matin, cet œil droit était tuméfié : paupières gonflées, impossibilité d'ouvrir l'œil, sensation de grains de sable, douleurs lancinantes et intenses. Dès le premier jour, écoulement d'une grande quantité de sérosité, et le lendemain écoulement purulent.

Le 4 avril, cette femme alarmée va consulter un médecin de la ville qui prescrit un traitement purgatif répété, qui n'améliore pas la situation. La malade entre à la clinique ophthalmologique le 9 avril.

Elle est de bonne constitution, ordinairement bien portante, n'accusant aucune maladie antérieure, sauf une fièvre typhoïde à l'âge de vingt ans.

État local. Aux deux yeux nous constatons une conjonctivite purulente, très-avancée pour l'œil droit, où l'infiltration du pus a envahi presque complétement la cornée. Sur la paupière supérieure surtout, à la partie moyenne de son étendue, on remarque des taches blanches assez adhérentes représentant des fausses membranes.

Quoique ce ne soit pas exactement l'aspect diphthéritique, on reconnaît facilement une forme membraneuse.

La cornée est complétement infiltrée à l'œil droit. Du côté gauche la conjonctivite purulente existe également : mais la cornée est saine.

La suppuration est très-abondante aux deux yeux, mais surtout à droite. L'œil gauche a été atteint trois jours après le premier. M. le professeur Monoyer pratique la cautérisation des conjonctives des deux côtés, avec le crayon de nitrate d'argent mitigé (moitié nitrate d'argent, moitié nitrate de potasse).

Cette cautérisation se fait de la façon suivante : après avoir bien lavé les yeux avec de l'eau tiède, on renverse les paupières; le pus ayant été enlevé avec soin, on passe le crayon sur la surface conjonctivale, puis, aussitôt après, on la lave avec une solution de sel marin, pour neutraliser l'excès de nitrate qui resterait sur la conjonctive.

La douleur est très-vive : la malade n'a pas dormi depuis le début de la maladie.

La malade est placée dans une salle isolée : on lui applique des cataplasmes de farine de lin renouvelés très-fréquemment : puis des fomentations sont faites pendant une demi-heure, plusieurs fois par jour. Instillation d'atropine et de laudanum.

(1) Observation recueillie par le docteur Albert René, ancien interne du service.

Le 10. — Même état. Cautérisation.

Le 11. — La suppuration a diminué; à l'œil droit staphylome antérieur : la cornée cède et proémine en avant; vers sa portion centrale elle est très-amincie, ainsi qu'à son point d'insertion vers la sclérotique. Cautérisation.

Le 12. — Nuit assez bonne, douleur moins vive à l'œil droit, mais très-intense à l'œil gauche. Même traitement.

Le 13. — Aujourd'hui matin, on trouve à l'œil gauche la cornée infiltrée de pus dans son quart inférieur. La malade se plaint aussi de trouble de la vue de ce côté.

La conjonctive tuméfiée fortement dans toute son étendue produit un chémosis assez notable qui amène la suppuration de la cornée en empêchant sa nutrition. Même à la conjonctive palpébrale et orbitaire inférieure, on aperçoit encore de ce côté des taches blanchâtres qui caractérisent cette forme membraneuse. M. Monoyer pratique des scarifications de la conjonctive du côté gauche.

Le sang qui s'écoule se coagule sur place en longs filaments fibrineux; ce qui explique la formation de ces fausses membranes. On reconnaît l'infiltration profonde de la conjonctive par le pus à côté de ces membranes qui sont disséminées et superficielles. L'infiltration purulente est encore indiquée par l'absence de sensibilité de la conjonctive lors des scarifications.

A l'œil droit, la cornée s'allonge en un cône plus mince et plus pointu : mais elle résiste encore. L'écoulement du pus est beaucoup moins considérable. Même traitement : application constante de cataplasmes et de fomentations à l'œil gauche.

Le 14. — A l'œil gauche, la cornée paraît tout à fait blanche dans son quart inférieur, puis le reste de son étendue paraît moins transparent : léger trouble de la vision aussi constaté par la malade. Même état de la cornée à l'œil droit.

Pas de cautérisation OD; cautérisation OG.

A l'œil droit, la cornée résiste, mais il n'y a plus que la membrane de Descemet pour s'opposer à la sortie de l'humeur aqueuse et du contenu du globe oculaire.

Vin de quinquina 100 gr. Vin de Malaga 100 gr.

Le 15. — La nuit a été mauvaise : agitation morale et douleurs vives. La cornée OD résiste; on aperçoit près de sa jonction avec la sclérotique une série de lignes bleuâtres dues à sa minceur et à sa transparence OG. On aperçoit, au-dessus du premier foyer purulent, un autre foyer aussi blanchâtre qui envahit le tiers supéro-externe. Au-dessus du foyer inférieur, où la cornée sphacélée est blanche, on aperçoit des stries grisâtres formant une petite zone qui sépare la portion sphacélée de la seule portion saine qui ne s'étend plus qu'au tiers supérieur et interne de la cornée. Cette portion reste transparente et nette : mais la malade voit à peine le jour. Le champ pupillaire est en effet encore restreint à ce niveau par le chémosis qui forme un bourrelet recouvrant une portion de la périphérie de la cornée.

On prescrit un régime tonique et reconstituant, au contraire de ce qu'on fait ordinairement dans les cas de maladies inflammatoires, parce qu'ici il faut activer la nutrition. Le traitement local agit dans le même sens : on prescrit, au lieu des antiphlogistiques habituels, des fomentations et des cataplasmes : l'eau chaude appliquée sur l'œil active la circulation locale; c'est le seul moyen de sauver la cornée qui n'a pas des vaisseaux suffisants et ne se nourrit que par la conjonctive. Il est donc rationnel d'exciter la circulation de cette membrane.

L'état général est assez satisfaisant; appétit bon. Pas de réaction fébrile. Température = 37° 2.

Le gonflement de la conjonctive est un peu moindre qu'hier, mais elle a toujours son aspect blanc grisâtre, et non la teinte franchement rouge de la conjonctivite ordinaire.

La néo-formation pseudo-diphthéritique persiste. Cautérisation des deux côtés, toujours avec le crayon mitigé.

La journée est assez bonne, sauf la préoccupation morale de la malade. Les fomentations ou les cataplasmes bien chauds sont en permanence appliqués sur l'œil gauche.

Le 16. — Douleur peu intense aux deux yeux pendant la nuit. Pas de réaction fébrile. La cornée OG est envahie de plus en plus par la suppuration. La portion supérieure et externe qui, hier, était simplement infiltrée, est aujourd'hui complètement envahie : elle présente un aspect blanchâtre, et est complètement opaque comme la portion occupant le quart inférieur. Il ne reste de sain que le quart supéro-interne et encore y voit-on aujourd'hui quelques stries un peu moins transparentes, partant des points détruits pour gagner cette portion saine.

La conjonctive est toujours infiltrée de pus : l'écoulement purulent est beaucoup diminué. M. Monoyer pratique encore des scarifications de la conjonctive; mais le sang s'écoule moins abondamment que lors des scarifications du 13. Les incisions donnent issue à la sérosité qui remplit tout le tissu de la conjonctive : elle se coagule immédiatement en longs filaments fibrineux. Pas de cautérisation, l'écoulement du pus étant peu considérable, et d'ailleurs la suppuration n'étant pas actuellement le danger le plus important.

T° 37°. Pouls 75. Même traitement.

Le 17. — Nuit assez bonne, peu de douleurs; suppuration peu considérable. T° 36° 9. P = 72. Pas de cautérisation.

La cornée OG reste dans le même état; la portion saine à la partie supérieure et interne est transparente. Le deuxième foyer de suppuration a pris un aspect blanc plus mat.

Pas de nouvelles traînées blanchâtres. Continuation des fomentations et cataplasmes.

Le 18. — Douleur assez vive pendant la nuit aux deux yeux. La cornée OG reste saine au point indiqué ci-dessus. La malade a vu assez nettement des objets de la chambre. Du côté droit, la cornée résiste encore par la membrane de Descemet. A cet œil droit, il reste au bord supérieur de la cornée une zone étroite d'environ deux millimètres de largeur et de quatre de longueur, qui est restée transparente.

On insiste pour que les fomentations soient appliquées bien chaudes.

Le 19. — Douleurs moindres; nuit assez bonne : la cornée gauche reste nette dans la portion indiquée précédemment.

Le 20. — La malade a vu plus distinctement ce matin : la cornée paraît définitivement conservée; la maladie semble arrêtée. La malade voit et ne se plaint plus que de trouble dans le champ visuel.

OD, la membrane de Descemet continue à résister : même aspect du staphylome.

Les douleurs ont cessé : la suppuration est arrêtée.

OG. Le chémosis est beaucoup moins considérable.

Le 21. — Même état.

Le 23. — Les douleurs n'ont plus reparu; il n'y a plus d'écoulement : toutefois la résolution des exsudats paraît arrêtée. On insiste de nouveau sur la nécessité de maintenir les compresses bien chaudes et peu exprimées sur les yeux, et en permanence.

Le 27. — La cornée OG est toujours aussi trouble : pas de

changement appréciable depuis huit jours. La cornée OD est aussi stationnaire : la membrane de Descemet a résisté ; le cône a diminué d'acuité, et la cornée s'aplatit. Il n'y reste de partie transparente que la très-mince zone supérieure.

La malade continue à bien dormir et à bien manger. On ajoute au traitement (vin de Malaga et vin de quinquina) une demi-bouteille par jour de vin de Champagne.

Le 30. — La malade voit et distingue les objets mieux que les jours précédents, quoique le temps soit couvert et pluvieux.

A l'éclairage oblique, on constate une amélioration *très-remarquable* et qui ne date que des trois jours précédents. OD, la cornée est beaucoup plus transparente et a repris un aspect poli en plusieurs points de son étendue. OG, la cornée est aussi beaucoup plus transparente : il n'y a plus d'opaque que les centres des trois foyers purulents.

Ce résultat obtenu en trois jours est très-frappant. M. Monoyer dit n'avoir jamais vu une cornée, dans l'état où elle se trouvait, revenir à une pareille amélioration. Toujours même rigueur pour les fomentations et le régime excellent auquel on doit sans doute ce succès.

Le 3 mai l'amélioration continue.

Le 7. — La cornée OD reprend toujours un peu plus de transparence. OG, on ne voit plus dans la cornée que les trois foyers purulents primitifs qui produisent chacun une tache blanche : mais actuellement ces foyers sont bien isolés et séparés par une substance demi-transparente.

La malade se plaint de ne pas aller à la selle : on lui administre trois pilules de Bontius.

Même régime. Même traitement.

Le 9. — L'amélioration est lente, mais elle continue. On fait alors quatre séances de fomentations par jour.

L'atropine est aussi toujours instillée à fortes doses quatre fois par jour (0 gr. 10 sur 10 gr.), et le laudanum deux fois par jour.

— On remarque du côté gauche que la conjonctive est devenue rouge en certains points et qu'elle suppure encore ; le linge est taché de pus depuis deux jours. On remplace le laudanum par la solution de nitrate d'argent (0 gr. 10 sur 10 gr.).

Le 12. — La cornée gauche se répare moins vite que la cornée droite, qui présente une bonne apparence.

Les retards dans la guérison pourraient tenir à l'état nerveux particulier que détermine chez cette malade un alcoolisme chronique incontestable.

Le 14. — Même état de la conjonctive gauche.

Le 23. — La cornée OD forme un staphylome antérieur dans presque toute son étendue ; elle s'allonge en cône régulier, et sa circonférence seule conserve la courbure régulière. Pour diminuer cette projection de la cornée en avant, en diminuant la tension intra-oculaire, M. Monoyer pratique la paracentèse de la chambre antérieure. Une assez grande quantité d'humeur aqueuse sort, et la cornée s'aplatit un peu.

Le 28. — La tension a été notablement diminuée par la ponction précédente. La cornée s'aplatit. Le centre de la cornée s'est éclairci d'une façon remarquable ; la zone externe est encore blanchâtre en certains points. M. Monoyer pratique une nouvelle ponction : issue d'une assez grande quantité d'humeur aqueuse.

Le 1er juin. — Du côté gauche, tous les accidents ont disparu. Du côté droit, une nouvelle paracentèse.

Le 3. — Paracentèse de la cornée droite. Insufflations de calomel dans les deux yeux.

Le 8. — Il ne reste que les taies qui sont le résultat de la suppuration. La malade voit bien des deux yeux, sauf des nuages produits par les cicatrices des cornées. Sortie.

En résumé, cette observation nous paraît intéressante à cause des magnifiques résultats obtenus par le traitement. Nous n'insistons pas sur les cautérisations : tous les praticiens connaissent l'emploi des crayons de nitrate d'argent mitigés avec 1/4 ou 1/2 de nitrate de potasse. Nous signalerons seulement le changement notable survenu du 27 au 30 avril, après l'administration du vin de Champagne. Mais nous pensons que c'est surtout aux fomentations qu'on a dû le salut de la cornée. A ce propos, nous ferons remarquer que, pour donner de bons résultats, les fomentations doivent être surveillées avec soin, car elles sont très-généralement mal faites.

Voici le procédé employé : faire une infusion de fleurs de camomille (5 grammes pour un demi-litre d'eau bouillante). Y tremper une petite compresse pliée en quatre, sans en exprimer complètement le liquide, et l'appliquer sur l'œil aussi chaude que le malade pourra la supporter. Pendant qu'une compresse est appliquée sur l'œil, une autre est plongée dans le liquide qui est maintenu chaud, sur la table de nuit auprès du lit, au moyen d'une lampe à alcool, d'un réchaud, etc. La compresse doit être renouvelée au moins chaque demi-minute. Chaque séance de fomentations dure une demi-heure.

Il faut surtout insister, auprès des personnes chargées de faire les fomentations, pour que les compresses soient bien chaudes et qu'elles ne soient pas trop exprimées.

DE LA NATURE

ET DU RÔLE PHYSIOLOGIQUE DES PEPTONES (1)

Par le Dr A. Henninger

Préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Paris.

Conclusions. — Aux diverses matières albuminoïdes correspondent des peptones douées de propriétés très-voisines, qui forment un groupe de composés assez bien définis. D'après leur composition et leurs propriétés, les peptones constituent des matières albuminoïdes modifiées par hydratation ; elles possèdent les propriétés des acides amidés. On peut transformer inversement la fibrine-peptone, par déshydratation, en une matière se rapprochant par ses réactions des matières albuminoïdes. Les peptones forment le produit important de la digestion des matières albuminoïdes ; absorbées dans l'intestin, elles sont rapidement assimilées, et fournissent aux besoins de la nutrition.

VARIÉTÉS.

HISTOLOGIE ET THÉORIE CELLULAIRE (2)

Par M. le docteur Édouard Fournié.

Avant les recherches micrographiques, on ne connaissait des organes et des humeurs que ce que les sens peuvent en recueillir directement. Aujourd'hui, c'est-à-dire soixante ans après le commencement de ces travaux, on peut dire pour chaque organe, pour chaque humeur, quel est l'élément anatomique qui le constitue et qui lui donne ses propriétés particulières. Ce résultat, qui décuple en quelques années le bilan des notions anatomiques recueillies dans une longue suite de siècles, est dû au labeur de quelques hommes,

(1) In-8°. — Paris, F. Savy.

(2) Fin. — Voir les numéros des 21, 23, 25, 28, 30 mai, 4, 6 et 8 juin.

parmi lesquels nous citerons Wilson Phillips, Thompson, Goodsir, Müller, Purkinje, Valentin, Henle, Kolliker, Remak, Giesker, Wagner, Gerber, Rosenmüller, Budge, Vogel, de Theile, Melsens, Berres, Emmeri et Ehremberg, Retzius, Raspail, Donné, Lebert, Michel, Ch. Robin. Grâce aux efforts de ces travailleurs illustres et de beaucoup d'autres, il n'est pas de tissu, il n'est pas de liquide dans l'organisme dont on ne connaisse exactement l'élément fondamental, l'élément histologique.

Un seul petit nuage plane à l'horizon des histologistes, mais il est bien petit et il se dissipera d'ailleurs dès qu'ils le voudront. Nous voulons parler d'une bonne classification des tissus.

Bichat admettait vingt et un tissus élémentaires : tissu cellulaire, tissu nerveux de la vie animale, tissu nerveux de la vie organique, tissu artériel, tissu veineux, tissu des vaisseaux exhalants, tissu des vaisseaux absorbants et de leurs glandes, tissu osseux, tissu médullaire, tissu cartilagineux, tissu fibreux, tissu fibro-cartilagineux, tissu musculaire de la vie animale, tissu musculaire de la vie organique, tissu muqueux, tissu séreux, tissu synovial, tissu glandulaire, tissu cutané, tissu épidermique, tissu pileux.

Après Bichat, il en advint du nombre de tissus élémentaires ce qui est arrivé pour les corps simples en chimie, à savoir qu'il fut considérablement diminué. En 1809, Rudolphi admet seulement huit tissus simples avec trois tissus composés. (*De corporis humani partibus similaribus.*) En 1815, Meckel admit onze tissus élémentaires. Puis vinrent les classifications basées sur les recherches microscopiques, et particulièrement sur l'histogenèse : Schwann, Henle, Kolliker, Müller, Leydig, ont donné chacun une classification différente basée sur l'origine cellulaire de tous les tissus.

Mais d'où vient qu'on n'est pas encore parvenu à établir une division vraiment scientifique des tissus? La raison pour nous est évidente. Bichat, privé de microscope et trompé par ses vues théoriques, n'avait pas, d'un côté, poussé assez loin son analyse, et, de l'autre, il l'avait poussée un peu trop loin, en admettant des tissus spéciaux pour la vie organique et pour la vie animale. Quant aux successeurs de Bichat, le microscope, en leur montrant les infiniment petits, leur fit perdre de vue les grandes idées de l'organisation et les véritables principes de la science. Dominés par ce fait, qu'une cellule se trouve à l'origine de tous nos tissus, ils n'ont eu d'autre préoccupation que de constater les transformations des cellules, et de classer les tissus d'après les caractères morphologiques de ces transformations.

Vains efforts! Certaines cellules, il est vrai, sont le siège d'une évolution incontestable, qui, de l'état de corps globulaire, les transforme en fibres ; mais combien d'autres cellules ne subissent aucune évolution et conservent jusqu'à la mort le caractère morphologique qu'elles ont eu dès le début! Remonter trop haut dans l'évolution de la matière organisée pour y trouver la caractéristique fondamentale des divers tissus, c'est aller au-devant de la confusion, car dans cette voie on doit aboutir à l'unité cellulaire, c'est-à-dire à l'ovule, et dès lors toute investigation sérieuse devient impossible.

La curiosité scientifique est une excellente chose, mais à condition qu'elle soit dirigée par de bons principes. Que se propose-t-on dans une classification des tissus? On se propose de caractériser anatomiquement des substances qui jouissent de propriétés physiologiques spéciales. Or ces propriétés physiologiques sont différentes selon le degré d'évolution auquel est parvenu l'élément anatomique qui leur donne naissance. De même que, pour classer les divers instruments de la chirurgie, on n'ira pas chercher dans l'arrangement des molécules d'acier avec lesquelles on les construit le secret de leur destination, de même on ne doit pas remonter trop haut dans l'évolution ou la transformation organique pour y trouver la caractéristique d'un tissu particulier. Ce tissu, d'ailleurs, ne jouit de ses propriétés physiologiques complètes que lorsque les éléments qui le composent sont arrivés à un développement complet. Il est donc logique de rechercher les caractères anatomiques d'un tissu dans les éléments qui le constituent à l'état de développement complet sans se préoccuper outre mesure des conditions histogénétiques qui ont précédé ce développement.

C'est pour avoir méconnu ce principe que les histologistes ne sont point encore parvenus à s'entendre, et à adopter une classification unique. Les uns, en effet, sont montés un peu plus, les autres un peu moins haut dans la période évolutive de la matière organique, et, selon le degré auquel ils s'étaient arrêtés, ils ont naturellement trouvé des caractères différents qui les ont conduits à des classifications différentes.

Bichat s'était borné à distinguer les tissus élémentaires par leurs caractères sensibles, et il en avait admis un peu plus qu'il n'y en a réellement, parce qu'il n'avait pas mis suffisamment de soin dans son analyse ; mais rien n'était plus facile que de rectifier cette énumération. Les histologistes, emportés par le zèle et l'enthousiasme, n'ont pas su se borner à cette unique rectification. A la place d'une simple *énumération* des tissus, ils ont prétendu mettre une *classification* basée sur la provenance et la filiation des éléments histologiques. C'est là une grave erreur. L'histogenèse est, sans contredit, utile pour établir les diverses phases qui, de l'état de simple devenir, ont conduit l'élément organique à son type complet, c'est-à-dire doué de propriétés physiologiques spéciales ; mais elle ne saurait servir de base à une détermination scientifique des tissus. Cette base, il faut la chercher dans les tissus eux-mêmes et dans leurs éléments constitutifs, parce que là, seulement, on trouve l'élément complet et jouissant de toutes ses propriétés caractéristiques. En agissant ainsi, on arrive à cette notion générale que l'organisme est constitué par un certain nombre de tissus élémentaires, et que chaque tissu, ayant une destinée physiologique particulière, est anatomiquement caractérisé par des éléments histologiques distincts. Mais, précisément parce que chaque tissu présente des caractères anatomiques tout à fait particuliers, on ne saurait songer à établir parmi eux une *classification*. Les tissus élémentaires sont susceptibles d'être *énumérés*, mais non *classés*.

Une des gloires de l'anatomie microscopique, c'est d'avoir fourni les véritables caractères sur lesquels doit reposer cette énumération, et nous permettre ainsi de rectifier l'énumération de Bichat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 12 juin 1878, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale s'ouvrira le 9 décembre 1878, à l'École préparatoire de médecine de Rennes.

— *Faculté de médecine de Paris.* MM. les docteurs en médecine qui désirent faire des cours à l'École pratique pendant le premier semestre de l'année scolaire 1878-79, doivent en faire la demande avant le 15 juillet prochain.

Cette demande doit être remise au doyen de la Faculté, qui la transmettra à M. le ministre de l'instruction publique, après délibération de la Faculté.

— *Conférences de cérébroscopie et d'ophthalmologie médicale.* — M. le docteur Bouchut continuera ces conférences à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, les mardis 18 juin, 15 juillet et 7 août, à neuf heures du matin.

— La Société de médecine légale de France, qui est reconnue d'utilité publique et qui tient, comme on sait, ses séances au Palais de Justice, a décidé qu'elle aurait, cette année, à l'occasion de l'Exposition universelle, une session extraordinaire dans laquelle pourront être traitées toutes les questions afférentes à la médecine légale.

La Société n'a pas voulu arrêter de programme, laissant le choix des questions à traiter à l'initiative de chacun de ses membres ; mais elle a indiqué un certain nombre de questions qui lui paraissent plus particulièrement dignes d'attirer l'attention.

Les communications des personnes étrangères à la Société seront également acceptées, à la condition qu'elles consisteront en de simples lectures et que le manuscrit sera déposé à l'avance au secrétariat général.

Les séances de cette session auront lieu les lundi 12, mardi 13 et mercredi 14 août 1878.

— Dans le numéro du 25 avril, la *Gazette des hôpitaux* a publié une très-remarquable note de M. le docteur Passant sur les *modifications à apporter dans le service des accouchements des indigeents à domicile.*

Cette note a été envoyée par la Société médicale des bureaux de bienfaisance au directeur général de l'Assistance publique qui lui a fait le meilleur accueil. On nous affirme que M. Michel Morings'e st mis immédiatement à étudier la question et qu'il entre entièrement dans les vues du projet présenté par M. Passant.

Depuis bien des années déjà M. Passant réclame ces mêmes modifications. Nous espérons qu'il les obtiendra cette fois et que bientôt le service des accouchements des indigentes à domicile sera remanié d'après les bases indiquées par le sympathique secrétaire général de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, à qui l'on doit déjà d'utiles améliorations dans le service de l'assistance à domicile.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation, le dimanche 16 juin, à la forêt de Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord, où l'on prendra, à huit heures cinq minutes, le train pour Montmorency.

— M. Bureau, professeur au Muséum, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 16 juin, à Saint-Léger. Rendez-vous à la gare du Perray, par le train qui part de Paris (gare Montparnasse), à huit heures du matin.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera sa prochaine excursion géologique, le dimanche 16 juin, à Vitry-sur-Seine, Chevilly et Fresnes. Rendez-vous à la gare d'Orléans, pour prendre à dix heures trente du matin le train pour Vitry.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du Froid en thérapeutique, par le docteur Labadie-Lagrave, lauréat des hôpitaux de Paris. Paris, 1878, in-8°, 284 pages avec 26 pl. de tracés de température et fig. intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr. — J.-B. Baillière et Ce.

Du Mercure, action physiologique et thérapeutique, par le docteur H. Hallopeau, médecin des hôpitaux. Paris, 1878, gr. 8°, 275 p. — Prix : 5 francs. — J.-B. Baillière et Ce.

Des Ictères chroniques, par le docteur Isidore Straus, médecin du bureau central des hôpitaux. Paris, 1878, in-8°. 176 pages. — Prix : 3 fr. 50. — J.-B. Baillière et Ce.

De la Valeur thérapeutique des courants continus, par le docteur L.-J. Teissier, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Paris, 1878, in-8°, 176 pages avec pl. intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — J.-B. Baillière et Ce.

Étude clinique sur la peur des espaces (agoraphobie des Allemands), névrose émotive, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre, in-8° de 76 p. Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50. — Ad. Delahaye, éditeur.

De la Nature et du rôle physiologique des peptones, par le docteur A. Henningen. In-8° de 68 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1878, F. Savy.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Solution Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie; deux cuillerées à chaque repas.— Dans toutes les pharmacie.

Coton iodé préparé par **J. THOMAS**

pharmacien de 1re classe,

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de er impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*



Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris

Maladies de la peau.

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le Dr Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. Fournier, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. Labélonye, 99, rue d'Aboukir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT-ALIMENT, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Établissement orthopédique

DE LYON

dirigé par le docteur Pravaz, 46, route des Étroits.

Consacré au traitement des *déviations de la colonne vertébrale, maladies osseuses et articulaires, torticolis, pieds-bots, paralysies infantiles.* — Vaste gymnase, piscines, bains médicamenteux douches diverses, appareils pour l'application de électricité, etc.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement gros : 20, place des Vosges, Paris.

Sel purgatif granulé de Sedlitz

se prescrit toutes les fois que les purgatifs salins sont indiqués, préparé pour être avalé sans le dissoudre, peut être continué plusieurs jours sans amener le dégoût; action sûre dans les diarrhées bilieuses, maladies de peau, éruptions, migraines, vertiges, affections putrides, épidémiques, etc., etc. Exiger le nom GARNIER-LAMOUREUX et Cie, Vié-Garnier, successeurs, fabricants tous les médicaments, sous forme de granules et dragées. Maison de vente 2, r. Tiron; angle de la r. de Rivoli 13, Paris.

Vin anti-dyspeptique

ET RECONSTITUANT

A L'IGNATIA AMARA ET AU FER

de **T. F. PAPON**, *ancien professeur suppléant de chimie et de pharmacie à l'École de médecine de Limoges.*

Ce médicament, rigoureusement dosé à 1 milligrammed'alcaloïdes par cuillerée à bouche, est d'une efficacité incontestable dans la *dyspepsie* et l'*anémie*. Stimulant puissant des *fonctions digestives*, il est souverain dans les *pneumatoses.*

Prix du flacon : 3 fr. 50.

Dépôt : Paris, 42, rue Neuve Saint-Augustin, ph. Leroy. Vente en gros à Chalus (Haute-Vienne).

Salicylates de soude

(Rhumatismes).— SALICYLATES DE LITHINE (Goutte, Gravelle). — Élixirs, 1 gr. p. cuiller. — Pilules, 20 cent. par pilule. Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.— FREYSSINGE, pharm., 97, r. de Rennes.

Pilules du Brésil

(AU JÉQUITIBA).

Contre les accès de **Goutte** et les **Rhumatismes**. Cet agent spécifique (laxatif) élimine vite les produits de ces affections. 4 pilules par jour, à jeun.

Capsules de Hollande

(A L'ÉTHÉROLÉ DE GENIÈVRE)

Contre la **Gravelle**. Cet agent délite les calculs, guérit et prévient les crises néphrétiques. 2 à 4 par jour, matin ou soir.

10 fr. le flac. Ph. Moppert, r. du Temple, 51, *Paris.*

Bain Pennès, reconstituant,

stimulant et résolutif des plus efficaces.

Expérimenté avec succès dans **15 Hôpitaux**. — Prix : 1 fr. 25. — *Se garantir des contrefaçons en exigeant le* TIMBRE DE L'ÉTAT *sur l'étiquette*. — **Vente en gros**, à la Fabrique, 2, r. de Latran, Paris. — **Dépôt**, dans les pharmacies.

Bains de Salins du Jura

eaux chlorurées sodiques bromurées

Ouverture de l'établissement le 1er juin.

DÉPOT DES SELS D'EAUX-MÈRES

A Paris, 33, rue Saint-Jacques.

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermittentes « sujettes à récidive. — Bouchardat. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

Fondants au Lactophosphate

DE CHAUX, de Louis Boulé, pharmacien, à Bourges (Cher). — Ces Bonbons, de saveur exquise et variée, contiennent chacun 0,50 centigr. de médicament. Ils suppléent les solutions, sirops, etc., qui répugnent souvent aux malades et aux enfants. Boîte de 30 fondants : 3 fr., dans toutes les pharm.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure,

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. — REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

PHTHISIE PULMONAIRE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS

contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,02.

Exiger la signature du Dr G. Fournier, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux.

Pharm. de La Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

Élixir du Dr Dufau

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAIS

MALADIES AIGUES ET CHRONIQUES DE LA VESSIE :

Diathèse urique — Gravelle — Cystite — Catarrhe vésical — Dysurie.

3 francs le flacon dans les principales pharmacies.

Nota. — La pharmacie Lagnoux, 19, rue des Missions, à Paris, tient à la disposition de MM. les médecins qui voudraient essayer ce nouveau médicament, les quantités qui pourraient leur être nécessaires.

Eau de Luchon.

La plus active de toutes les *eaux sulfureuses* (0 gr. 078 de mono-sulfure de sodium par litre).

L'EAU DE LUCHON transportée se conserve indéfiniment et sans altération. Elle s'expédie par bouteilles entières, demi-bouteilles et quarts de bouteille.

Applications. — Affections rhumatismales chroniques, Dartres, Scrofules. Maladies chroniques de la gorge et du larynx. Catarrhe bronchique. Phthisie sans excitation, etc., etc.

Dépôt : à Paris, 46, boulevard Haussmann, et chez les principaux pharmaciens et marchands d'eaux minérales.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gallard.

Des vices de conformation des organes génitaux de la femme.

I.

Les vices de conformation trouvent leur explication dans l'étude du développement des organes chez l'embryon: les faits qui paraissent les plus bizarres deviennent très-compréhensibles lorsqu'on les rapporte à l'arrêt de développement; c'est une règle de tératologie qui se confirme tous les jours. Ainsi, lors même qu'on trouve double un organe qui doit exister unique, cette anomalie devient toute facile à comprendre; en étudiant le développement de cet organe chez l'embryon, on verra qu'au début cet organe était double, que les deux portions symétriques doivent se réunir sur la ligne médiane pour former ensuite un organe unique, médian. Que la suture ne se fasse pas, ou que l'accolement des parois se fasse sans résorption de la paroi commune, et l'on aura un vice de conformation dont la production s'explique aisément.

Vous voyez donc qu'il est indispensable de chercher l'origine des vices de conformation dans l'étude du développement des organes; c'est ce que nous allons faire pour cette étude au point de vue des organes génitaux de la femme. Mon but n'est pas assurément d'exposer ici l'histoire de l'embryologie des organes génitaux; je veux seulement en esquisser à grands traits et très-brièvement les points qui nous sont indispensables pour nous rendre compte des vices de conformation dont nous nous occupons.

A une certaine période du début de la vie embryonnaire la cavité abdominale et thoracique est occupée par un corps particulier, essentiellement transitoire, le *corps de Wolff*, qui est constitué par deux conduits situés de chaque côté de la ligne médiane en avant des protovertèbres et étendus du cœur à l'extrémité pelvienne. Très-apparent au trente-cinquième jour de la vie embryonnaire, chez l'homme, il disparaît au soixantième jour. (Nous ne nous occupons que de son développement dans l'espèce humaine et ne nous intéressons pas ici à son histoire chez le poulet ou les autres animaux qui ont surtout servi de sujets de recherches aux embryologistes.)

Au début, ces cordons ne sont pas encore glanduleux ; plus tard, ils reçoivent de petits tubes transversaux qui deviennent flexueux et constituent un organe glandulaire. Les deux conduits sont placés à la partie antérieure et externe de ces glandes et viennent s'aboucher à la partie inférieure de la cavité pelvienne dans le *cloaque*.

Vers la fin du deuxième mois, on voit le rein se détacher au-dessus de la portion supérieure du corps de Wolff qui, dans les premières semaines, a remplacé la glande rénale et a sécrété un liquide analogue à l'urine.

En dedans et en haut du corps de Wolff, on voit se développer un petit filament blanchâtre qui deviendra la *glande génitale*. Cette glande est destinée à se développer de plus en plus à mesure que le corps de Wolff s'atrophiera, et elle deviendra l'ovaire.

En même temps que la glande génitale se développe, en dehors du corps de Wolff, se forme un autre conduit, dit conduit de Müller, qui se place en avant du conduit de Wolff, le longe et va, à la partie inférieure, rejoindre son congénère, s'adosser à lui et s'ouvrir ensuite dans le cloaque. Les deux conduits de Wolff aboutissent aussi à ce cloaque, mais d'une façon différente des conduits de Müller; ils entrent séparément dans le cloaque, sans s'adosser l'un à l'autre.

C'est vers le début du troisième mois de la vie intra-utérine que va se passer une modification qui mettra fin à l'état indifférent et d'où résultera le sexe de l'embryon, selon que le type masculin ou le type féminin va prédominer. A ce moment, l'un des deux organes de Wolff ou de Müller s'oblitérera; si l'organe de Wolff se développe, celui de Müller s'atrophie, le type masculin se déclare, et il ne reste du conduit de Müller que ce qui donnera, plus tard, l'utricule prostatique. Occupons-nous plus spécialement du type féminin : le corps de Wolff s'oblitère, la glande génitale devient l'ovaire. Le conduit de Müller reste dilaté et vient se juxtaposer à son congénère auquel il est relié par un tractus transversal, *cordon génital*, qui se creuse lui-même d'une cavité: la cloison disparaît bientôt et on n'a plus qu'un conduit unique aboutissant au cloaque. L'extrémité supérieure du conduit de Müller, primitivement oblitérée, s'épanouit, s'ouvre et s'évase; c'est elle qui donne le pavillon de la trompe.

Nous venons de voir qu'à l'extrémité inférieure les canaux de Müller, après s'être adossés, finissent par se confondre en

un seul canal qui s'ouvre dans le cloaque et qui donnera l'utérus et la partie supérieure du vagin.

Pendant que le sexe se détermine ainsi et que le type féminin s'affirme par l'atrophie du corps de Wolff et l'évolution du conduit de Müller, l'impulsion retentit sur les organes génitaux externes et y provoque l'évolution des organes correspondants au sexe féminin. Nous ne savons si le sexe est déterminé, chez l'embryon, dès le moment de la conception; pour nous, il n'est manifeste qu'après la cessation de l'état indifférent et l'évolution des organes de Wolff ou de Müller. Il y a là, assurément, un secret difficile à arracher à la nature; mais ce qui est très-remarquable, c'est que, pendant le développement des organes génitaux internes aux dépens du feuillet correspondant du blastoderme, nous voyons, presque simultanément, un autre feuillet du blastoderme, l'externe, fournir de son côté l'évolution des organes génitaux externes du même type sexuel.

A la partie inférieure du corps, on trouve une fente unique, communiquant avec le cloaque.

Vers le milieu du deuxième mois, il se produit dans cette cavité une cloison transversale qui la divise en deux cavités secondaires : l'une, *ouverture anale;* l'autre, *ouverture uro-génitale*. Cette dernière se cloisonnera plus tard, à son tour, en deux conduits.

La cloison qui se forme au périnée va se développer de bas en haut de façon à rejoindre la cloison que nous avons vue se développer provisoirement entre les deux conduits de Müller, et les conduits se réuniront de façon à ne former qu'un seul canal, dont la portion supérieure, la portion moyenne et la portion inférieure auront été formées chacune aux dépens d'une partie différente du blastoderme. Il se passe là un phénomène analogue à ce qui arrive lorsqu'on veut percer une montagne; après avoir établi un puits central médian, on se dirige de chaque extrémité vers ce point central. Et, quoique l'on soit parti d'extrémités opposées, on se rencontre au centre et l'on a tracé une voie droite et unique. Qu'on me pardonne cette comparaison: quoique vulgaire, elle traduit assez exactement ce qui arrive dans le cas qui nous occupe.

En même temps que le cloisonnement, les organes génitaux externes s'accusent. Au-dessus de l'ouverture unique apparaît une petite végétation, le *tubercule génital*, qui s'entoure vers le deuxième mois de replis cutanés et présente à sa partie inférieure un *sillon* qui se creuse de plus en plus.

Chez la femme, les parties latérales se séparent et forment les petites et les grandes lèvres; le tubercule génital forme le clitoris.

En résumé, on voit donc que, pour le développement normal et régulier du type féminin, il faut trois conditions indispensables : 1° que le canal de Müller se développe de chaque côté de la ligne médiane; que les deux conduits se rejoignent, s'adossent l'un à l'autre et constituent un canal unique, la cavité utérine; que la glande génitale devienne un ovaire; 2° pour les organes génitaux externes, il faut que les parties se développent conformément au type féminin; 3° toutes ces phases de l'évolution doivent être simultanées, et les canaux, se réunissant exactement, doivent être parfaitement continus.

Mais qu'il survienne un trouble quelconque dans l'une ou l'autre de ces opérations, un vice de conformation sera inévitable; la connaissance de ces détails nous l'expliquera immédiatement. Or, en présence d'un travail si compliqué, entouré de tant de difficultés, la seule chose qui doive nous étonner, n'est-ce pas la rareté des vices de conformation dont nous sommes pourtant menacés à chaque processus de l'évolution?

Après avoir établi ces considérations tout élémentaires d'embryogénie, nous pouvons maintenant aborder l'étude spéciale des vices de conformation qui peuvent se rencontrer chez la femme.

Le premier, le plus considérable, se produit lorsque les deux conduits de Müller, au lieu de se souder en un seul canal, s'adossent l'un à l'autre plus ou moins irrégulièrement et continuent à rester indépendants; il y a alors deux utérus au lieu d'un. (Chez les animaux, certaines espèces ont normalement des utérus bicornes, etc.) Cette disposition n'est pas très-rare chez la femme. Je puis vous mettre sous les yeux plusieurs pièces anatomiques présentant cette anomalie; dans un cas, le fond de l'utérus porte une dépression cordiforme, un sillon qui marque la trace de la bifidité; cette division peut quelquefois n'être qu'apparente, n'être que marquée sur la paroi extérieure de l'utérus, la cavité utérine étant unique. Dans d'autres cas, la cloison intermédiaire des deux conduits de Müller ne s'est pas résorbée, et l'on observe deux cavités permanentes, deux utérus. Parfois, l'un des côtés reste atrophié, tandis que l'autre s'est développé et fonctionne comme une matrice unique. J'en ai pour exemple cet utérus que j'ai recueilli à l'hôpital Saint-Antoine, en 1864, chez une femme morte en couches par suite de la rupture de l'utérus. Cet utérus porte à l'extérieur une dépression de sa paroi, et à l'intérieur j'ai pu retrouver un cloisonnement le divisant en deux portions inégales.

En un mot, les variétés de cloisonnement sont infinies, dérivant toutes d'une malformation unique. D'ailleurs, elles n'apportent pas, en certains cas, d'obstacle à la conception, voire même à la gestation.

Il peut arriver que la division soit complète dans toute la hauteur de l'utérus jusqu'au col lui-même, et qu'à partir de là le vagin soit simple. Ou bien, le vagin peut aussi être double, divisé dans toute sa longueur par une cloison verticale. Ce fait est certain, et cependant nous n'avons pas ici son explication comme pour l'utérus où, dans la vie embryonnaire, on a eu d'abord deux conduits adossés. Pour le vagin, il n'y a pas deux conduits symétriques se juxtaposant l'un à l'autre : c'est là une difficulté considérable que l'embryologie n'a pas encore pu expliquer.

Quoi qu'il en soit, étudions la conséquence pratique qui peut résulter de cette malformation utérine, dans ses diverses variétés.

Signalons, en passant, les faits cliniques assez bizarres qu'on a pu observer dans les cas de vagin double. Les femmes ignorent assez souvent qu'elles sont atteintes de cette difformité; parfois même elles ont été examinées plusieurs fois au spéculum par des médecins qui n'ont pas remarqué cette anomalie. Dans nos hôpitaux, nous avons vu une femme atteinte de vaginite, traitée et guérie. Quelque temps après, elle revient avec la même vaginite, quoique protestant énergiquement qu'elle ne s'est pas exposée à une nouvelle contamination. Un examen attentif fait découvir un deuxième vagin, lequel n'avait pas été soumis au traitement et avait conservé l'infection blennorrhagique qui avait facilement pu se transmettre de nouveau au vagin primitivement guéri. (Voir thèse agrég. de M. Léon Le Fort.) Tout le monde connaît aussi l'histoire triviale de cette femme qui, ayant un vagin double, consacrait un des conduits à la fidélité conjugale et prostituait l'autre côté à tous ses adorateurs.

Abordons maintenant l'étude si controversée de la *superfétation.*

S'il y a deux utérus et deux vagins et que la fécondation soit possible, on comprend facilement qu'il y ait possibilité de *superfétation*. Mais la question de la superfétation doit être étudiée dans des conditions moins restreintes que celle-là. Il faut considérer si la superfétation est possible *dans un même utérus*. En nous plaçant à ce point de vue, éliminons encore cette fameuse considération, à savoir qu'une femme, ayant des rapports à quelques heures d'intervalle avec un nègre et avec un blanc, puisse concevoir des deux et accoucher d'un blanc et d'un nègre. C'est une grossesse gémellaire tout simplement plutôt qu'un exemple de superfétation.

Réservons le nom de superfétation à ce fait de la conception d'un deuxième germe, quelques semaines ou quelques mois après la conception d'un premier individu. La question, ainsi posée, n'a pas encore été résolue affirmativement, d'une manière incontestable, malgré toutes les recherches entreprises dans ce but. Aujourd'hui, si l'on n'a pas le droit de la repousser, on n'est pas suffisamment éclairé pour l'accepter. Ainsi, Marquet rapporte une autopsie, après quatorze grossesses, dont aucune n'avait été menée à terme; l'utérus était simple: cette femme aurait accouché d'un fœtus de quatre mois et demi à un moment donné et un mois plus tard d'un fœtus de six semaines à deux mois.

De même, à Lyon, on aurait observé qu'une femme avait accouché d'un enfant de sept à huit mois, puis, après quelques mois, d'un deuxième enfant du même âge. L'autopsie démontra que l'utérus était simple: on conclut à la superfétation ayant eu lieu au quatrième mois de la première grossesse. On le voit, ces indications ont des limites trop incertaines pour servir de base à une telle affirmation, d'autant plus qu'on sait que, dans les grossesses gémellaires, comme l'a bien signalé Velpeau, il arrive que, des deux fœtus conçus en même temps, l'un se développe magnifiquement, pendant que l'autre est étouffé pour ainsi dire et s'atrophie. De sorte qu'à la naissance le premier a les apparences normales, tandis que le second paraît avoir trois ou quatre mois de vie utérine.

Un cas de superfétation, signalé par Mme Boivin, ne peut être pris en considération, parce qu'il n'y a pas eu autopsie, et que, par conséquent, on ne sait pas s'il y avait une seule cavité utérine, condition indispensable à la solution de la question.

L'étude du placenta peut donner des indications utiles; s'il n'y a qu'un placenta, la conception a été unique. Mais, s'il y a superfétation dans deux cavités utérines, on aurait un placenta double.

D'ailleurs, l'intérêt de la solution de la question est beaucoup plus physiologique que médical, sauf la question médicolégale qui concerne la possession d'état. On a, d'ailleurs, d'autres données pour la résoudre.

Un autre vice de conformation des organes génitaux de la femme consiste dans l'*absence de l'utérus*. L'utérus peut manquer en qualité d'organe susceptible de recevoir un produit de conception; au moment de l'adossement des canaux de Müller, il se forme régulièrement; mais, à partir de cette époque, il ne se développe plus; il ne devient pas utérus adulte. C'est l'utérus *infantile* décrit par A. Puech. Mais cette apparence d'utérus peut même ne pas exister; il peut ne rester, à la place de l'utérus, qu'un simple cordon, creusé quelquefois d'une petite cavité. Les anatomistes ont retrouvé, dans ces organes, des fibres musculaires analogues à celles de l'utérus. Je puis vous mettre sous les yeux une pièce anatomique montrant cette variété: le développement s'est arrêté au moment où devait se creuser la cavité utérine; il n'y a pas d'utérus. Il est remplacé par ce simple cordon. Et cependant les organes génitaux externes sont complètement développés; leur examen ne pourrait faire soupçonner l'absence d'un organe aussi important que la matrice.

MÉTHODE

POUR L'ÉTUDE DES ORGANES A UN MOMENT DONNÉ D'UN EMPOISONNEMENT.

Par M. le professeur P. PICARD.

Dans un très-grand nombre d'études physiologiques, on se trouve en face du problème suivant:

Quel est, à un moment bien déterminé symptomatiquement, l'état des organes de l'animal en expérience?

Pour la solution de cette question, on a l'habitude de mettre l'organe à nu et de regarder, l'être étant vivant, comment les choses se passent.

Cette méthode a évidemment des avantages quand elle est praticable: elle permet de comparer un organe donné dans deux moments consécutifs distincts; elle permet aussi de conserver l'animal; mais je ferai observer qu'elle n'est pas toujours applicable, et qu'en outre elle introduit dans l'expérience des influences spéciales dont la part n'est pas facile à faire dans les observations.

Pour écarter ces difficultés dans l'étude pratique et d'autres encore que je passe sous silence, je me suis efforcé d'arriver au résultat par une méthode différente de celle que je viens de rappeler et qui a des raisons d'être employée de préférence quand on veut faire un examen rigoureux.

Elle est applicable en outre à tous les cas, sans exception, des actions toxiques, et permet de faire l'anatomie pathologique d'un état passager et fugitif comme on fait celle d'une maladie qui a entraîné la mort chez l'homme.

Je ferai aujourd'hui connaître le procédé sans les applications que j'en ai faites, notamment à des recherches en cours de publication.

Je prendrai seulement, comme exemple et pour faciliter la description, un sujet de recherche où le problème se trouve posé dans une expérience simple et connue de tous.

Je rechercherai dans quel état est le poumon à la période d'anesthésie dans l'empoisonnement par les inhalations de chloroforme.

On comprend que l'ouverture du thorax, nécessaire à la constatation directe sur le vivant, introduirait là une condition spéciale d'influence considérable, puisqu'il faudrait pratiquer la respiration artificielle, et on conçoit par là que la solution de la question ne peut pas être obtenue convenablement par cette méthode et qu'il faut la chercher d'une autre façon.

Voici comment je suis arrivé à procéder et à faire cet examen dans des conditions, je crois, irréprochables.

Je mets d'abord une canule dans le bout central de la veine jugulaire de l'animal et le laisse reposer quelque temps pour laisser disparaître toutes les influences réflexes qui ont pu résulter de la douleur pendant cette opération, insignifiante chez le chien.

Puis je pratique l'anesthésie par la méthode actuelle des inhalations.

Quand l'animal est tout à fait insensible, je pousse par la canule quelques centimètres cubes d'une solution concentrée d'un sel de potasse.

En faisant ainsi, on tue l'animal par arrêt immédiat du cœur: la circulation se suspend et chaque organe reste sensiblement dans l'état où il était au moment de l'injection; en particulier, le sang cessant de revenir du poumon et d'y entrer, cet organe continue à renfermer dans sa masse la quantité de sang qui y existait pendant la période d'anesthésie de l'empoisonnement chloroformique. Il ne reste alors qu'à faire l'examen du poumon comme on a l'habitude de le faire pour le cadavre.

En ouvrant le thorax avec les précautions convenables, on constate que cet organe est fortement congestionné ; il reste gonflé par le sang au lieu de s'affaisser comme dans l'état normal ; la surface et celles des coupes sont colorées fortement au lieu d'être d'un blanc grisâtre, à peine rosé.

Il ne donne plus au doigt cette sensation d'un corps flasque et souple qui lui est habituelle et colore l'eau en rouge beaucoup plus que ne ferait un poumon normal.

Quand on veut observer un état congestif moins prononcé que celui du cas actuel, quand on veut notamment voir bien l'état réel de la circulation intestinale pendant la digestion, il faut tenir compte d'une cause d'erreur possible et l'éviter. Cette cause d'erreur existe quand on ouvre l'abdomen immédiatement après la mort, car on laisse alors arriver l'air au contact des petits vaisseaux et des parois intestinales.

Ce fluide joue le rôle d'excitant et fait contracter les fibres musculaires de ces parties, chassant ainsi une portion du sang vers les veines de gros volume.

Pour éviter cette cause modificatrice, il faut faire l'autopsie seulement quelque temps après la mort, quand les fibres musculaires sont mortes.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur Lœwenberg.

Les symptômes que nous venons de décrire ne donnent par eux-mêmes *aucune certitude* ; nous ne devons donc établir *le diagnostic exact* qui devra nous guider dans le traitement opératoire de la maladie *que sur la constatation directe de la présence des tumeurs adénoïdes*.

Si nous insistons, néanmoins, sur la séméiologie des premiers stades de l'affection, c'est que nous voudrions faire passer dans l'esprit de nos lecteurs la conviction qu'il ne faut pas se contenter de mettre ces symptômes sur le compte d'une cause générale, du tempérament lymphatique par exemple, ce que nous voyons faire journellement. Journellement aussi, on a le tort de se contenter d'un traitement général, tandis que ces symptômes indiquent qu'on est en présence d'une affection *locale*, d'un obstacle matériel. Il est nécessaire, dès lors, de procéder à un examen spécial pour parvenir à connaître cet obstacle et à le supprimer *manu armatâ*.

Une fois cette nécessité reconnue, l'examen digital ou rhinoscopique nous fera vite reconnaître l'existence des végétations caractéristiques. La dernière de ces deux méthodes nous donnera aussi l'explication de la sécrétion abondante : on verra sourdre des gouttelettes, ou même de véritables gouttes, des ouvertures nombreuses qu'on trouve dans ces cas à la tonsille pharyngienne, aux pavillons des trompes et dans la fosse de Rosenmüller, surtout lorsqu'on exerce une pression ou que le malade contracte les muscles de cette région.

2° *Symptômes des tumeurs adénoïdes aux périodes avancées de l'affection.* — Arrivées à un certain développement, les tumeurs adénoïdes donnent lieu, par les désordres qu'elles causent dans le pharynx nasal et dans les organes voisins, à une multitude de symptômes, variables d'après le siège des végétations. Suivant leur implantation, elles intéressent tantôt la respiration et la phonation quand elles viennent à supprimer le passage naso-pharyngien ; tantôt, par une action directe sur les trompes d'Eustache, elles compromettent la fonction, l'intégrité même de l'organe de l'ouïe.

Dans les cas où ces végétations remplissent la totalité du pharynx nasal, tous les symptômes se montreront réunis et poussés à leur maximum.

Pour procéder méthodiquement, nous considérerons d'abord l'abolition du passage naso-pharyngien avec ses conséquences directes ou éloignées, et ensuite seulement les désordres que subit l'organe de l'audition.

A. *La suppression de la respiration nasale et ses conséquences.* — Dans les cas où les tumeurs adénoïdes atteignent un volume suffisant pour oblitérer les ouvertures postérieures des deux fosses nasales, l'air est obligé de passer, pendant l'acte de la respiration, par la bouche ; celle-ci, dès lors, reste continuellement béante. Une obstruction même incomplète des passages nasaux suffit souvent pour les rendre impropres à leur fonction physiologique ; car, quelle que soit la rapidité avec laquelle les molécules d'air traversent alors l'endroit rétréci, elles n'arrivent plus en quantité suffisante aux poumons dans les cas où la lumière des deux fosses nasales est trop petite.

Cette substitution de la voie buccale aux fosses nasales pendant la respiration entraîne une série de conséquences fâcheuses que nous allons étudier l'une après l'autre.

a) La première est le *changement de la physionomie* que nous avons exposé à la page 475.

b) Dans la plupart des cas, cette substitution d'un passage aérien à un autre n'a pas lieu sans porter préjudice aux deux voies respiratoires.

Action sur le pharynx. — En ce qui concerne la *voie buccale*, lorsqu'on respire normalement, c'est-à-dire par le nez, l'air inspiré subit un double changement physique en traversant les méandres longs et étroits des fosses nasales : d'une part, il s'élève, aux dépens de leurs parois, à une température plus voisine de celle de l'intérieur du corps que ne l'est généralement celle du milieu ambiant ; d'autre part, il commence, pendant son passage, à se saturer d'une plus grande quantité de vapeur d'eau, conformément à ce réchauffement, attendu que la quantité de vapeur aqueuse que l'air peut renfermer augmente avec la température. Par conséquent l'air inspiré par le nez arrive dans le pharynx échauffé et plus ou moins saturé d'eau.

Il en est tout autrement quand l'inspiration se fait par la bouche : après avoir effleuré une partie de la face supérieure de la langue et de la voûte palatine, l'air frappe alors, pour ainsi dire, d'emblée la paroi postérieure du pharynx buccal, et emprunte de la chaleur et de l'eau aux parties qui forment l'isthme et le fond du gosier et le commencement de la voie laryngo-trachéale : en d'autres termes *il les refroidit et les dessèche*. C'est surtout le revêtement muqueux de la paroi postérieure du pharynx buccal qui est atteint, non-seulement dans son épithélium, mais jusqu'aux couches superficielles de la muqueuse même.

L'état d'irritation chronique, ainsi provoqué et entretenu par la respiration buccale, a déjà été apprécié par plusieurs auteurs (1). Il nous semble cependant qu'on va un peu trop loin en imputant à cette respiration vicieuse l'origine même de la *pharyngite granulo-adénoïde*, et nous pouvons nous prévaloir ici de l'appui du savant auriste de Glasgow, notre excellent ami le docteur James Patterson Cassells, qui, lui aussi, exprime des doutes à ce sujet. Pour notre compte personnel, nous pensons qu'il y a là une certaine confusion entre la cause et l'effet, la pharyngite granulo-adénoïde provoquant la respiration buccale (par l'occlusion des ouvertures postérieures des fosses nasales), plutôt qu'elle n'en saurait être le résultat. Personne n'ignore, d'ailleurs, que cette affection s'observe journellement chez un très-grand nombre de personnes qui respirent par le nez, ce qui diminue singulièrement la probabilité de l'hypothèse susmentionnée.

Toutefois nous ne contestons pas que le dessèchement et le refroidissement de la muqueuse du pharynx buccal, conséquences de la respiration par la bouche, ne puissent, dans une certaine mesure, aggraver une pharyngite granuleuse déjà existante, en entravant la circulation sanguine dans les couches superficielles de la muqueuse.

Il nous semble même qu'il peut se présenter en ce cas un véritable cercle vicieux sur lequel on n'a pas encore dirigé l'attention : « Pharyngite granulo-adénoïde, conduisant à la formation de tu-

(1) Suite. — Voir les numéros des 23, 25 mai et 4 juin.

(1) Voir entre autres l'excellent compte-rendu des transactions de la section otologique du congrès international de Bruxelles, 1875, par MM. les docteurs Delstanche fils et Ledegauck.

meurs adénoïdes dans le pharynx nasal; celles-ci interceptant la respiration par le nez et provoquant celle par la bouche; de là, nouvelle irritation du gosier et aggravation de la pharyngite, etc. »

c) Influence sur les fosses nasales. — Ce n'est pas impunément qu'un organe est soustrait d'une manière durable à l'exercice de sa fonction; ce principe, qui régit l'organisme entier, se confirme également pour les fosses nasales, dans les cas où un obstacle quelconque les a privées pendant longtemps du passage de l'air atmosphérique. On note, dans ces circonstances, une dégénération considérable de la membrane pituitaire. Voici ce que dit à cet égard notre ami le professeur Stoerk de Vienne (1): « Lorsque le nez a cessé depuis longtemps de participer à la respiration, la membrane de Schneider devient hydropique et perd sa structure normale; ses follicules muqueux, ainsi que leur contenu, subissent la métamorphose colloïde. Le revêtement des cornets finit par ressembler à des sacs colloïdes, jaunâtres, auxquels la médication la plus énergique ne saurait plus rendre leur structure normale. » Quant à notre point de vue personnel, nous ne cachons pas que quelques auteurs nous semblent pousser un peu trop loin ces tentatives d'explication; nous pensons qu'on a pu, ici aussi, faire une confusion de cause à effet, en envisageant l'obstacle apporté à la respiration comme étant primaire, et l'hypertrophie ou la dégénérescence de la pituitaire comme étant secondaire dans des cas où celle-ci a, au contraire, causé l'oblitération nasale au lieu d'en être la suite.

On a déjà noté que, dans les cas de tumeurs adénoïdes, le nez se présentait extérieurement comme peu volumineux, mince, à dos tranchant et à ailes comme pincées (cf. Robert, sur les suites de la respiration buccale dans l'hypertrophie des amygdales) (2).

Nous devons dire que nous n'avons pas observé ce symptôme d'une façon constante.

Dans un grand nombre de cas de végétations adénoïdes, il y a *rhinite chronique* avec augmentation de la sécrétion. La muqueuse se trouve tuméfiée; celle qui revêt les cornets inférieurs est quelquefois tellement grossie que les extrémités postérieures de ces organes forment de véritables tumeurs faisant saillie dans le pharynx nasal et nécessitant des opérations spéciales. Le gonflement de la muqueuse complique encore l'expulsion des masses si abondamment sécrétées dans ces cas.

d) L'odorat. — L'odorat est généralement affaibli, et souvent même aboli dans les cas très-avancés. Nous pensons que deux causes agissent ici conjointement: la dégénération de la muqueuse et l'occlusion naso-pharyngienne. Point n'est besoin d'insister sur l'obstacle que l'épaississement de la membrane de Schneider et de son épithélium doit apporter à l'action des substances odorantes sur les terminaisons du nerf olfactif. Il en est de même d'une sécrétion trop abondante, ou bien de l'état contraire, d'une sécheresse prononcée de la pituitaire dans la région olfactive.

Quant à l'occlusion postérieure des fosses nasales, la physiologie nous apprend qu'il faut une certaine impulsion, un courant d'air qui amène la substance volatile sur la région où s'épanouissent les ramifications terminales du nerf spécial. Ce courant d'air est fourni par l'inspiration nasale, et ne peut, par conséquent, être établi quand celle-ci est devenue impossible. Sans posséder ces connaissances spéciales, chacun sait que, pour se soustraire à l'impression d'une odeur quelconque, il suffit de retenir sa respiration ou de respirer exclusivement par la bouche.

Il est donc évident que les deux causes que nous venons d'énumérer, l'affection de la muqueuse et l'occlusion naso-pharyngienne concourent, dans l'affection adénoïde pour suspendre l'exercice du sens de l'odorat. Nous n'avons pas besoin d'énumérer les dangers auxquels nous expose la privation de ce sens.

Il faut rappeler ici également les rapports étroits, mais encore obscurs, des *impressions gustatives* et olfactives, en raison desquels tout affaiblissement de l'odorat porte préjudice au goût.

(1) Discours prononcé au congrès de Gratz (1875); dans les *Archives d'otologie)*, X, p. 281.

(2) Alph. Robert, Mémoire sur le gonflement chronique des amygdales chez les enfants, *in Bull. général de Thérapeutique*, 1843; t. XXIV, p. 343.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 juin 1878. — Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

Recherches physiologiques sur les fonctions de l'intestin. — M. Leven fait une communication sur ce sujet. L'étude des fonctions de l'intestin a été rendue difficile par les procédés expérimentaux qui ont été employés jusqu'à ce jour. M. Leven rappelle les principales expériences qui ont été faites sur ce sujet et s'applique à démontrer que l'ouverture de l'abdomen, pratiquée par les physiologistes dans ces cas, est une source d'erreurs. C'est pourquoi il s'est appliqué à éviter toute espèce de traumatisme et a eu recours à l'emploi des substances purgatives et à l'examen des produits d'excrétion et de sécrétion. Le sulfate de magnésie produit l'excrétion, mais non la sécrétion; on ne trouve pas d'albumine dans les produits excrétés. Les purgatifs, improprement appelés mécaniques, tels que l'huile de ricin, donnent un liquide chargé de chlorure de sodium et d'albumine en assez grande quantité. Les drastiques donnent un liquide aqueux chargé de chlorure de sodium, d'albumine en quantité double ou triple que l'huile de ricin et, en outre, d'une quantité énorme de leucocytes.

M. Bochefontaine fait les communications suivantes:

1° Au nom de M. Mourrut et au sien, il donnera les résultats de quelques expériences entreprises dans le but d'étudier les propriétés physiologiques d'un certain nombre de plantes envoyées à M. Mourrut par M. le docteur V. Bruland, vice-consul de France à Tucuman (République argentine). Il indique seulement aujourd'hui les faits observés avec la plante connue sous le nom d'El Nio.

L'extrait hydro-alcoolique de cette plante a donné, chez les grenouilles, des effets analogues à ceux du curare, c'est-à-dire que les grenouilles sont devenues inertes parce que les excitations des nerfs moteurs avaient cessé d'être transmises aux muscles. Le même extrait n'a produit aucun phénomène paralytique chez les cobayes ou chez les chiens.

2° M. le docteur Nachtel a observé, sur un chat curarisé pour une expérience, au laboratoire de M. Vulpian, un fait qui a dû être vu bien des fois par les physiologistes et qui cependant ne se trouve signalé nulle part.

Sur ce chat, chaque insufflation d'air dans les poumons produisait une dilatation manifeste des orifices pupillaires. M. Bochefontaine se demande si cette dilatation est le résultat d'une irritation des terminaisons de fibres sympothiques dans le poumon ou d'une excitation des fibres centripètes déterminant de la douleur et par suite la mydriase.

3° M. Bochefontaine met sous les yeux de la Société des calculs trouvés dans les reins d'un chien. Un de ces calculs, de forme irrégulière, est large et long de deux centimètres environ, sur quatre à cinq millimètres d'épaisseur. L'urine recueillie dans la vessie de ce chien était trouble, jaunâtre, chargée de sable.

Au microscope, on a constaté que le sable de l'urine était formé de cristaux d'oxalate de chaux, d'acide hippurique et d'urates. Les mêmes cristaux ont été retrouvés dans les calculs. M. E. Hardy a bien voulu faire l'analyse chimique de ces cristaux, et il y a trouvé de l'acide oxalique, de l'acide urique, de la chaux et de l'ammoniaque.

Si les urines riches en sédiments se rencontrent quelquefois chez le chien, il n'en est pas de même pour les calculs du chien qui ne paraissent pas encore avoir été signalés. Le fait est intéressant au point de vue de la pathologie comparée.

M. Bochefontaine a pu observer chez des embryons de chat, plus de vingt minutes après leur extraction des cornes utérines, des mouvements respiratoires du thorax et des mâchoires ainsi que des vomissements de méconium produits par la favorisation du tronc. Les excitations des membres produisaient sur ces embryons des mouvements réflexes automatiques.

4° M. Bochefontaine met sous les yeux de la Société des parties

d'intestin et de foie remplies de vers. Le mésentère, l'épiploon, le foie, les poumons, sont farcis de ces vers enroulés, vivants, dont quelques-uns sont devenus crétacés. On en trouve encore dans le diaphragme, sur l'estomac, les reins, la vessie ; il n'y en avait pas dans les autres parties du corps de l'animal (chien). Ces vers, annelés, non aplatis, sont à une extrémité armés de quatre crochets rétractiles placés autour d'un orifice quadrangulaire à angles arrondis; l'autre extrémité, brusquement atténuée, est aussi pourvue d'un orifice. Ces vers ne ressemblent pas aux linguatules (pentastome denticulé, pentastome tænioïdes, etc.), que l'on rencontre ordinairement chez le chien.

Ablation de la rate chez les animaux. — M. POUCHET présente plusieurs petits chats parmi lesquels il s'en trouve quelques-uns qui ont été dératés à leur naissance. Ces chats ne diffèrent en rien de ceux qui n'ont pas subi cette opération; l'examen de leur sang a montré que l'ablation de la rate n'exerçait aucune influence sur la morphologie du sang. On a dit que les ganglions lymphatiques pouvaient remplacer la rate chez ces animaux; mais M. Pouchet a dératé des animaux qui n'ont pas de ganglions lymphatiques, tels que des tritons, et ces animaux n'ont présenté non plus aucun phénomène particulier. Enfin l'examen du sang des deux opérées de M. Péan, qui a été fait par M. Charles Robin, n'a rien présenté de particulier.

M. MALASSEZ a examiné le sang des animaux dératés au point de vue de la diminution des globules rouges. Ses chiens dératés ont demandé plus d'un an pour récupérer leur quantité normale de globules rouges. On pouvait se demander si cette diminution des globules ne tenait pas au traumatisme pratiqué pour permettre l'ablation de la rate plutôt qu'à cette ablation elle-même; M. Malassez a fait subir à des chiens ce même traumatisme sans pratiquer l'ablation de la rate, et il a pu ainsi constater que cette diminution des globules n'était pas due à la perte de sang, mais bien à l'ablation même de la rate. L'augmentation des globules blancs tient, au contraire, à l'opération et non à l'ablation de cet organe.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 juin 1878. — Présidence de M. LABRIC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Anesthésie obstétricale. — M. DUMONTPALLIER fait une communication sur ce sujet (sera publié).

M. HERVIEUX lit un travail sur le même sujet. Il est partisan de l'anesthésie obstétricale et proteste contre l'exclusion dont elle a été frappée en France, mais à la condition que l'on posera nettement les indications et contre-indications de son emploi et que l'accoucheur surveillera toujours en personne l'administration du chloroforme. Il tient à s'inscrire contre l'exagération de plusieurs de ses collègues qui ont déclaré complètement inoffensive l'anesthésie obstétricale.

Il n'y a pas de comparaison à établir entre l'anesthésie chirurgicale et l'anesthésie obstétricale, et celle-ci n'est, comme l'a dit Campbell, qu'une analgésie; le danger est donc réduit aux proportions les plus minimes, mais il n'est point complètement écarté pour cela. M. Hervieux en fournit plusieurs preuves :

1° Il est des sujets dont la sensibilité à l'action du chloroforme est excessive et auxquels il suffit de quelques inspirations pour perdre la faculté de sentir et la conscience du moi. Qu'un accoucheur se trouve en présence d'un cas semblable, s'il procède au début par doses excessives, il pourra déterminer des accidents comateux susceptibles d'entraîner la mort. 2° En opposition avec la sensibilité exagérée de certaines femmes à l'action du chloroforme, il faut citer les organismes réfractaires à cette action. 3° M. Hervieux a rencontré quelques femmes qui, après avoir sollicité le chloroforme, éprouvent une répugnance excessive pour l'absorption de ses vapeurs et se refusent absolument à laisser approcher la compresse. 4° Le chloroforme ralentit le travail; dans certains cas même il y eut cessation complète des douleurs et nécessité d'intervenir par le forceps. Supposez que la poche du cœur soit prématurément rompue, ce n'est plus d'un simple arrêt des contractions utérines qu'il retourne, mais bien de la mort du fœtus par asphyxie. 5° Il est des femmes originellement disposées à la syncope et chez lesquelles l'état de gestation aggrave cette disposition. Supposez que cette disposition reste inconnue à l'accoucheur, l'administration du chloroforme en pareil cas ne constituera-t-elle pas un sérieux danger? 6° A côté de la tendance syncopale, il faut, suivant M. Hervieux et contrairement à l'opinion de M. Lucas-Championnière, mentionner comme autant de dangers pour la parturiente soumise à l'action du chloroforme toutes les maladies du cœur et des voies respiratoires qui prédisposent à l'asphyxie, toutes les maladies des centres nerveux qui engendrent dans l'organisme une tendance aux hyperémies passives, telles que les hémorrhagies cérébrales, le ramollissement du cerveau, etc. M. Hervieux y ajoute, par excès de prudence, certains états physiologiques ou morbides, tels que la grossesse gémellaire, l'hydropisie de l'amnios, et en général toutes les conditions qui auraient pour effet de distendre outre mesure l'abdomen.

En regard de ce tableau, des inconvénients et des dangers de l'anesthésie obstétricale, M. Hervieux passe en revue ses avantages : 1° Le chloroforme atténue les douleurs de la contraction utérine. C'est là un fait d'une grande importance au point de vue de la pratique, quoi qu'en disent les adversaires de l'anesthésie moyenne. L'amoindrissement de la douleur par le chloroforme chez la parturiente n'est pas soumis à une loi inflexible; il peut varier comme les susceptibilités individuelles. 2° Le chloroforme obstétrical procure à la femme en travail, dans l'intervalle des contractions utérines, un calme parfait. Pour méconnaître l'importance de cet avantage, il faudrait n'avoir jamais assisté à un accouchement. Substituer à cet état douloureux que tout le monde connaît un engourdissement salutaire, procurer à la malade un temps d'arrêt qui retrempe ses forces et la met en état de soutenir l'assaut d'une nouvelle contraction, refouler ainsi la douleur dans l'organe utérin, n'est-ce pas réduire la souffrance à sa plus simple expression? 3° La demi-anesthésie aide la parturiente à traverser facilement la phase douloureuse de la période de dilatation. Le premier stade de cette période est généralement très-bien supporté. Mais dans le second stade les douleurs deviennent plus vives et plus rapprochées et les intervalles sont marqués par une agitation croissante. Le chloroforme à petites doses calme cette agitation. M. Danyau est un des premiers qui aient signalé l'application possible de l'anesthésie à la période de dilatation. 4° Le chloroforme rend tolérables les grandes douleurs de la période d'expulsion. S'il est des femmes qui supportent moins impatiemment les douleurs expulsives parce qu'elles en comprennent mieux le sens et la portée, il en est d'autres, surtout parmi les primipares, que ces douleurs jettent dans une agitation extraordinaire. Si le chloroforme ne supprime pas complètement ces grandes douleurs, il les amoindrit dans une proportion considérable. 5° La certitude d'être chloroformée affranchit la primipare des terreurs de l'accouchement. Elle donne aux multipares qui ont déjà éprouvé les bienfaits de l'anesthésie une confiance salutaire. 6° Le chloroforme obstétrical est du plus grand secours chez les femmes nerveuses ou hystériques douées d'une sensibilité exagérée et que les douleurs de l'enfantement jettent dans une extrême agitation. M. Hervieux cite plusieurs cas de nervosisme ou d'hystérie dans lesquels le chloroforme obstétrical a rendu les plus grands services. 7° Le chloroforme obstétrical sera encore très-utile dans tous les cas de ralentissement ou de suspension du travail, soit par épuisement nerveux, soit par une douleur locale, névralgique ou autre, soit par la rigidité ou la rétrocession spasmodique du col, soit par l'effet de contraction partielles ou irrégulières de la matrice. M. Hervieux fait connaître plusieurs cas de sa pratique, analogues à ceux qu'a rapportés M. Dumontpallier, et dans lesquels le travail, ralenti ou suspendu par épuisement nerveux, reprenait ses allures physiologiques sous l'influence de l'anesthésie obstétricale.

Il résulte de toutes ces considérations que, suivant M. Hervieux, le chloroforme obstétrical comporte de nombreuses indications et que la somme de ses avantages l'emporte de beaucoup sur celle des dangers. Plus nous avancerons dans l'étude de cette question, plus nous élargirons le cercle des indications. Je suis de ceux qui pensent, ajoute M. Hervieux, qu'il y aurait imprudence à vouloir appliquer le chloroforme à tous les accouchements naturels, sans distinction. La contre-indication à l'emploi de l'anesthésie moyenne peut émaner non-seulement de certaines conditions anomales et pathologiques, mais de circonstances physiologiques telles qu'un accouchement rapide et indolore. En avançant lentement dans la voie tracée, vous marcherez d'un pas plus sûr et vous ne laisserez pas à vos adversaires le droit de vous reprocher que, pour avoir trop embrassé, vous n'avez rien su étreindre.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

18. Brousse. — Sur le mécanisme de l'ascite et des hydropisies en général dans les maladies du cœur.
19. Rondot. — De la péritonite aiguë généralisée primitive, envisagée spécialement chez l'adulte.
20. Lefranc. — Opérations complémentaires.
21. Roblot. — Contribution à l'étude des lésions de l'appareil cardio-vasculaire dans le saturnisme.
22. Box. — Des ongles, de l'onyxis ulcéreux latéral.
23. Moutard-Martin. — Étude sur les pleurésies hémorrhagiques néo-membraneuse, tuberculeuse et cancéreuse.
24. Trudeau. — Traitement du phlegmon diffus par le fer rouge.
25. Rabère. — Étude sur la mort subite dans la fièvre typhoïde.
26. Rives. — Pathogénie des accidents scrofuleux consécutifs aux maladies infectieuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 14 juin, un congrès international des sciences anthropologiques est autorisé à se tenir dans l'une des salles du palais du Trocadéro, du 16 au 21 août 1878. Le programme des travaux de ce congrès est fixé comme suit :

Étude des riches matériaux réunis au Trocadéro dans l'exposition des sciences anthropologiques.

Discussion des questions que fera naître la comparaison des nombreuses collections qui constituent cette exposition.

Communication et discussion d'une série de rapports présentés dans la séance d'ouverture par la commission d'organisation sur les diverses parties de l'exposition des sciences authropologiques et relatifs à : 1° l'anthropologie anatomique et biologique; 2° l'ethnologie et l'anthropologie linguistique; 3° le préhistorique; 4° la démographie anthropologique et la géographie médicale.

Communications diverses faites par les membres du congrès et mises à l'ordre du jour, conformément au classement qui précède.

— M. Bergh, membre actif de la Société pour la protection des animaux de New-York, déclara publiquement, il n'y a pas longtemps, son incrédulité à l'existence de l'hydrophobie. Dans le but de décider la question, un praticien de cette ville, dans une lettre signée « Rabies » et parue dans le *New-York Herald*, offrit de consigner à la caisse de ce journal la somme de 5,000 francs (1,000 dollars), au bénéfice éventuel de la Société dont M. Bergh était membre, si ce gentleman, après s'être laissé inoculer de la salive d'un chien *enragé*, n'était pas atteint d'hydrophobie dans une période de six mois. M. Bergh, cependant, contre l'attente publique, ne montra pas la moindre disposition à accepter cette offre tout obligeante, et, se renfermant dans un noble silence, ne répondit pas à ce défi. Toutefois, pour calmer un peu l'inquiétude que cette question avait soulevée, il eut une entrevue avec le reporter du *Herald*, à qui il déclara que cette offre ne pouvait être qu'une simple plaisanterie. Le reporter l'ayant assuré que rien n'était plus sérieux que cette proposition et qu'elle émanait d'un des docteurs les plus éminents de New-York, M. Bergh répliqua avec dignité : « Eh bien! s'il en est ainsi, il faut avouer que c'est de mauvais goût; car on ne peut pas s'imaginer que, pour 5,000 francs, je me laisse inoculer de la salive de chien enragé; nous ne sommes pas, ajouta-t-il en souriant, assez dans la *dèche* pour cela! » Comme on ne put rien tirer de satisfaisant de M. Bergh, le reporter s'achemina vers le logis de l'éminent médecin, qu'il trouva assis dans son cabinet, plus déterminé que jamais à inoculer M. Bergh et ayant la chose fort à cœur. « Vous pouvez l'assurer, dit le praticien, que l'opération que je lui ferai sera tout anodine et sans la moindre douleur; je l'éthériserai, ou, s'il le préfère, j'emploierai le gaz oxyde nitrique qui détruira toute sensibilité. » Comme on lui demandait pourquoi il n'expérimentait pas sur un chien, l'éminent hydrophobiste répondit : « Parce que M. Bergh est l'ennemi déclaré de la vivisection, et que je ne voudrais pas froisser ses susceptibilités en expérimentant sur une créature incapable de donner son consentement. » Il alla même plus loin, et offrit, dans le cas où M. Bergh trouverait la somme insuffisante, de l'élever considérablement, si cela pouvait le décider à se faire inoculer. L'affaire en est là pour le moment. (Extrait du *Pall Mall Budget*, numéro du 26 avril.)

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie avait à désigner un de ses membres pour faire partie du Conseil supérieur de l'instruction publique en remplacement de M. Barthe. Les compétiteurs étaient peu nombreux : c'étaient M. Béclard, secrétaire perpétuel, et M. Roger, secrétaire annuel, perpétuellement réélu. Entre les deux, la commission n'avait pas voulu se prononcer. Mais l'Académie a donné la majorité à M. Béclard, qui aura désormais, comme il l'a dit lui-même, « un double titre pour la représenter et une double autorité pour défendre ses intérêts ».

Après cette élection, l'ordre du jour appelait à la tribune M. Lister, le célèbre professeur de clinique d'Édimbourg, dont le nom est si connu en France grâce à sa méthode de pansement. Dans le public, on s'attendait à le voir développer les résultats et les avantages spéciaux de cette méthode, qui compte parmi nous de si chauds partisans, tout en étant loin d'être acceptée et mise en pratique par le plus grand nombre.

Mais il n'en a pas dit un seul mot, et la question dont il s'est occupé a paru généralement d'un intérêt moins actuel et moins vif.

Il s'agit des effets de la position du corps sur la circulation. Ce n'est certainement pas un sujet tout à fait neuf. Chacun sait, par exemple, qu'un membre supérieur, maintenu élevé, perd sa rougeur et devient exsangue. Sur le fait tout le monde est d'accord, les explications seules diffèrent. Les uns voient là le résultat des lois générales de l'hydrostatique ; d'autres, comme M. Félix Guyon, qui a institué sur le cadavre des expériences très-curieuses, croient qu'il interviendrait en outre une compression exercée sur l'artère, probablement par les racines du nerf médian déplacées. M. Lister propose une autre théorie, toute dynamique; la voici :

Suivant lui, l'effet mécanique de la position ne s'exercerait directement que sur les veines. Celles-ci se videraient de sang. Leur déplétion produirait alors sur le tissu contractile des artères une action réflexe, une excitation, analogue à celle du froid, qui en ferait rétrécir activement le calibre. Puis, comme toute action dynamique, celle-ci aurait sa réaction possible. Si, après avoir maintenu, au moyen d'une ligature, le membre exsangue durant un certain temps, on enlève cette ligature, le sang afflue de nouveau, cette fois même malgré la position, contre la pesanteur, et la pâleur fait bientôt place à une rougeur assez vive. Cette expérience, exécutée sur un appariteur de l'Académie, a pleinement réussi.

Que se passe-t-il alors ? Suivant M. Lister, le besoin de circulation, qui devient de plus en plus urgent pour l'entretien de la vie locale, provoque des phénomènes réflexes, éminemment actifs, dans le tissu des artères. Il y aurait donc une excitation d'une nature toute spéciale, dilatatrice et non constrictive, semblable à celle que produit la chaleur, tout opposée par conséquent à celle qui résulte du froid ou de la déplétion veineuse. M. Lister repousse la théorie qui en pareil cas fait intervenir une paralysie des vaso-moteurs. « Et en effet pourquoi, dit-il, les nerfs vaso-moteurs seraient-ils paralysés alors que tous les autres nerfs du même membre conservent leurs fonctions ? La sensibilité n'est nullement abolie, le mouvement non plus. »

Dire que la sensibilité et le mouvement sont intacts après l'application prolongée d'une bande élastique à la racine du bras, c'est peut-être aller un peu loin, car le sujet accuse en cas pareil des fourmillements assez pénibles, et il n'a certainement pas dans ce bras maintenu exsangue la même force musculaire que dans le bras libre. Cet argument de M. Lister n'est donc pas sans réplique.

Il en est de même d'un autre, qu'il déduit de la guérison de la syncope par la position déclive de la tête. Quel serait ici le point de départ d'une action réflexe dilatatrice ? On ne peut pas dire que la syncope soit indirectement produite par la déplétion des vaisseaux veineux et l'action réflexe constrictive résultant de cette déplétion pour les artères. Les veines, au contraire, ainsi que M. Lister l'a remarqué lui-même, se gorgent d'autant plus que les artères se vident, puisque la cavité cranienne garde dans tous les os la même capacité. S'il n'y avait pas eu cette première action, aucune réaction ne devient supposable. Quant au besoin de circulation que le cerveau pourrait éprouver, il est exactement le même dans toutes les positions. Jusqu'après nouvelles explications de M. Lister, on ne voit donc pas comment ce fait pourrait confirmer sa théorie.

Un autre, auquel elle s'applique beaucoup mieux, est celui de la guérison de certaines épistaxis par l'élévation des deux bras. On comprend qu'une action réflexe, ayant pour point de départ les veines, affaissées, de ces membres, puisse s'étendre par voisinage jusqu'aux artères du cerveau, de la face, de la pituitaire et en provoquer la constriction. Mais il ne

faut pas trop y compter, car bien souvent ce moyen échoue.

Bref, cette théorie, toute dynamique, est séduisante; mais elle n'est pas encore complètement hors de doute. M. Lister n'en a pas moins vivement intéressé tous ceux qui assistaient à sa lecture.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Pneumonie traitée par le tartre stibié à haute dose.

I.

Je vais profiter aujourd'hui de la présence. dans nos salles, d'un malade atteint de pneumonie en voie de guérison, pour vous parler de cette affection commune, mais grave, qu'il importe par conséquent que vous connaissiez à fond, car c'est souvent d'un détail que dépend le diagnostic et même le pronostic de cette maladie.

Le malade, qui va faire l'objet de ma leçon, est un jeune garçon de dix-neuf ans, graveur de son état. Voici très-succinctement son histoire.

Cet homme s'était toujours très-bien porté, quand, samedi dernier, sans cause connue, il a été pris d'un sentiment de malaise et en même temps d'une douleur assez vive au côté gauche de la poitrine. Bientôt enfin il s'est mis à tousser; mais, je le dis de suite, à aucun moment de la maladie, la toux n'a été accompagnée d'expectoration. Il est resté dans cet état pendant quelques jours, puis, à bout de forces, il s'est décidé à venir à l'hôpital où il a été reçu mardi.

Quand je l'ai vu pour la première fois, jeudi, j'ai trouvé un garçon jouissant, nous a-t-il dit, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents pathologiques, si ce n'est une fièvre scarlatine qu'il aurait eue vers l'âge de sept ans; ne s'étant pas exposé au froid, mais paraissant extrêmement fatigué. Il présentait alors l'aspect d'un malade sérieusement atteint; il avait le teint extrêmement pâle et les narines agitées de mouvements fréquents, qui indiquaient la gravité des circonstances. L'orifice des narines, la lèvre supérieure, étaient de plus recouvertes d'une croûte noirâtre, traces d'un herpès qui s'était développé le dimanche et était arrivé très-promptement à la dessiccation.

Outre cela, on voyait que la respiration était extrêmement gênée; le nombre des mouvements respiratoires oscillait, en effet, entre 40 et 50 par minute, et, de plus, ce malade accusait un étouffement considérable dont il avait la sensation. En un mot, il y avait de la dyspnée.

Avec ces phénomènes, il se plaignait, au côté gauche de la poitrine, d'une douleur assez vive qui avait toujours persisté depuis le début de la maladie; enfin la fièvre était intense, et, ce jour-là, le thermomètre placé dans l'aisselle marquait 40° le matin. Il avait atteint jusqu'à 40,4 le soir précédent. Le pouls était à 120.

Pas de délire, mais le malade ne dormait pas.

En face de cet état, caractérisé par une toux sèche, par de la douleur au côté et une fièvre intense, nous avions à nous demander quelle était la maladie à laquelle nous avions affaire. Au premier abord, en l'absence de crachats, nous avions pensé que ce garçon était atteint de pleurésie, quoique, pour une pleurésie simple, la température fût très-élevée, la chaleur, dans cette maladie, se maintenant ordinairement entre 39° et 40° sans dépasser cette limite.

Les signes physiques, du reste, vinrent bientôt éclairer notre diagnostic. D'abord, l'examen de la poitrine nous démontra que les vibrations thoraciques étaient conservées des deux côtés de la cage thoracique, excepté à gauche; dans le cinquième inférieur, elles étaient tout à fait supprimées.

De plus, de ce même côté, dans la moitié inférieure de la poitrine, nous trouvions à la percussion une matité relative, c'est-à-dire que, dans cette région, il y avait un son plus mat qu'à droite, sauf dans le point correspondant à l'absence des vibrations thoraciques où il existait une matité plus considérable.

A l'auscultation, on entendait des râles crépitants parfaitement caractérisés par des bulles fines, sèches, également nombreuses, qui arrivaient à l'oreille sous forme de bouffées et qu'on percevait à la partie supérieure de la région où siégeait la matité, c'est-à-dire à peu près au milieu de la poitrine, vers la partie médiane du poumon gauche.

Un peu plus bas, on constatait l'existence d'un souffle tubaire extrêmement caractérisé par un souffle rude, existant aux deux temps de la respiration, mais surtout à l'expiration. Enfin, en cet endroit, il y avait une bronchophonie parfaitement marquée, c'est-à-dire qu'en ce point la voix était transmise à l'oreille appliquée sur la paroi thoracique, avec un timbre bourdonnant.

En descendant à la partie inférieure, c'est-à-dire au niveau du cinquième inférieur de la poitrine, les signes fournis par l'auscultation étaient un peu modifiés. Le souffle tubaire était bien moins marqué, nul même en certains endroits; là, la respiration était très-éloignée, et, au lieu du timbre bourdonnant qu'elle affectait un peu plus haut, la voix était légèrement chevrotante. Ce n'était pas une égophonie type, mais un mélange de bronchophonie et d'égophonie.

En face de ces signes physiques, nous avions évidemment un diagnostic qui s'imposait à nous. Ceux-ci suffisaient, en l'absence de toute espèce de symptômes, pour nous permettre d'affirmer que la maladie que nous avions à combattre n'était autre qu'une pneumonie, ou mieux une pleuro-pneumonie, consistant, dans le cinquième inférieur de la poitrine, en un léger épanchement rendu parfaitement évident par la matité qui existait à ce niveau ainsi que par l'éloignement de la respiration et par l'égophonie; et, plus haut, dans une hépatisation du poumon arrivée au second degré dans la partie située immédiatement au-dessus de l'épanchement, ainsi que le démontrait le souffle tubaire et l'égophonie; enfin, au premier degré seulement, à la partie supérieure où la lésion pulmonaire était indiquée par l'existence de râles crépitants nombreux. En d'autres termes, il y avait, de ce côté de la poitrine, une pneumonie ascendante qui, après avoir débuté par la partie inférieure du poumon, avait fini, ainsi que cela se voit d'ailleurs ordinairement quand la maladie n'est pas enrayée dans sa marche, par envahir l'organe tout entier.

Il y avait donc là, comme vous le voyez, un diagnostic absolu, mathématique; mais quel était le pronostic?

Nous avions quelques raisons de penser qu'il était grave.

En effet, ainsi que je vous l'ai déjà dit, la figure était extrêmement pâle, la constitution profondément altérée, et, de plus, il y avait chez ce malade un symptôme qui, lorsqu'il survient dans la pneumonie, est ordinairement fâcheux: c'est l'herpès facial. En effet, contrairement à ce qui existe pour les autres maladies, il faut augurer de la présence de ce signe que la pneumonie a un caractère grave, sans toutefois aller jusqu'à en conclure que celle-ci doive avoir une terminaison funeste.

En outre, il y avait une fièvre intense. Or, dans la pneumonie bénigne, le pouls oscille ordinairement entre 90, 100, 110 pulsations à la minute, mais il est rare qu'il aille jusqu'à 120.

Enfin la dyspnée était considérable, les trois quarts inférieurs du poumon étaient profondément atteints et les râles crépitants qui existaient au sommet indiquaient que la maladie marchait toujours. Tout concourait donc à prouver que nous étions en présence d'un cas grave, et l'existence d'une diarrhée qui s'était établie quelques heures auparavant ne contribuait pas peu à assombrir ce pronostic.

Que devions-nous faire pour sauver ce malade? Des saignées répétées? Non : elles ne sont avantageuses qu'autant qu'on y a recours dans les quatre ou cinq premiers jours de la maladie, et nous étions au sixième. D'autre part, ce garçon était jeune, il paraissait très-affaibli, et rien que cette pâleur de face, qui rappelait celle des phthisiques arrivés à la troisième période de la maladie, était une contre-indication formelle de la méthode de M. Bouillaud. Poser des vésicatoires? Sans doute, mais ce n'était pas un moyen suffisant. Donner l'alcool? C'était également une bonne chose, mais l'alcool ne guérit pas la pneumonie; il donne seulement au sujet les forces nécessaires pour attendre la fin de sa maladie, pour lui permettre de durer plus longtemps qu'elle et en guérir; mais ce n'est pas un moyen à l'aide duquel on puisse agir directement contre l'état du poumon.

C'est alors que j'eus l'idée, pour arrêter la maladie qui menaçait d'emporter ce garçon, de recourir à une médication très-usitée en France, il y a vingt-cinq ans, mais qui, depuis, est tombée dans l'oubli le plus complet. Je veux parler de l'emploi du tartre stibié à haute dose.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

VII

Mais, quels que soient nos succès présents dans le traitement des anévrysmes poplités, relativement au passé, on ne peut nier qu'il reste encore bien des améliorations à réaliser; c'est pourquoi on a imaginé différents procédés dans le but de réduire encore la mortalité et de diminuer la gravité de cette affection. Ces procédés sont encore à l'état d'enfance, et, autant qu'on en peut juger, ils donnent peu à espérer si on les compare à la compression au-dessus du sac et à la flexion du genou. Je vais donc parler de ces deux méthodes en commençant par la compression, dont l'introduction dans la pratique est due certainement aux chirurgiens irlandais de la dernière génération, bien qu'en théorie la méthode n'ait peut-être pas été oubliée depuis Guattani.

Je suis loin de vouloir contester aux chirurgiens de Dublin la priorité pour la réintroduction de la compression dans le traitement des anévrysmes; cependant il me semble que l'ancienne idée de Hunter, que les anévrysmes peuvent guérir par la compression, idée qui lui avait sans doute été suggérée par les chirurgiens d'une autre époque et d'un autre pays et qui pour un temps avait été tenue dans l'ombre par les succès éclatants de l'opération dite de Hunter, il me semble, dis-je, que cette idée ne sortit jamais complètement de l'esprit de ses successeurs. J'ai été très-frappé de trouver le passage suivant dans un travail de M. Bransby Cooper, publié dans le second volume des *Guy's hospital reports* de 1837, époque à laquelle, suivant le docteur Bellingham, on s'est le moins occupé de la compression dans tout ce siècle. Il parle d'un cas fort intéressant par lui-même, dans lequel l'opération ordinaire de Hunter faite pour un anévrysme poplité avait échoué, soit par suite d'une bifurcation prématurée de l'artère, soit par suite d'anastomoses trop larges. On lia une artère à la partie inférieure de la cuisse, au point où elle change de nom pour devenir poplitée, dans la pensée que c'était la fémorale; cependant les pulsations persistèrent. Mais on les fit cesser par la compression directe du sac, et le malade guérit. L'auteur fait les remarques suivantes : « Les heureux effets de la compression sur le sac, dans ce cas, me portent à croire que le traitement mécanique et médical des anévrysmes, à l'exclusion de l'opération, n'a pas été suffisamment expérimenté par les chirurgiens; je crois également que la compression sur le sac, ainsi que sur le tronc qui y aboutit, en même temps que par le repos absolu et par des moyens médicaux appropriés on modère l'action du cœur et des artères, peut souvent provoquer un dépôt suffisant de fibrine dans le sac pour déterminer la guérison, ce qui n'est pas rare grâce aux efforts spontanés de la nature. » Mais ces vagues idées ne reçurent d'application réelle que quand les chirurgiens de Dublin s'en furent emparés d'une manière systématique et eurent prouvé, par des expériences répétées, la curabilité des anévrysmes poplités par une méthode de compression, qui ne nécessitait pas l'arrêt absolu de la circulation, dont le point d'application pouvait varier, qui permettait de laisser au malade de longs intervalles de repos, pendant que le sac se doublait graduellement de couches solides de fibrine. C'est cette méthode qui est connue sous le nom de compression *incomplète et interrompue*.

Mais la compression ne fut pas toujours appliquée d'après ce principe; au contraire, on reconnut bientôt que les malades pouvaient supporter une compression complète et continue, tout en déterminant une guérison plus rapide et tout aussi durable. L'observation du docteur Reudle, publiée dans le 8e volume des *Saint-Bartholomew's Hospital reports*, offre un grand intérêt au point de vue chirurgical, comme étant un exemple de guérison d'anévrysme poplité par la compression des deux côtés de la tumeur, et aussi au point de vue historique, parce que c'est probablement le premier exemple où la compression ait réussi dans les hôpitaux de Londres. Ce fait se produisit dans le service de M. Stanley, en juin 1847. La compression fut complète et fut continuée sans interruption d'un côté de la tumeur depuis le milieu du samedi jusqu'au milieu du mercredi, c'est-à-dire quatre jours. De l'autre côté de la tumeur la compression fut appliquée à intervalles et pendant des périodes plus courtes : trente-neuf heures, vingt-quatre heures, vingt-quatre heures et quarante-huit heures, à un jour d'intervalle environ. L'instrument employé était un léger tourniquet en fer à cheval, qui fut facilement supporté après qu'on eut inutilement appliqué des instruments plus lourds et plus compliqués.

Cependant la méthode de Dublin, de compression partielle et interrompue, prévalut quelque temps dans nos hôpitaux. On enseignait que, pour la formation certaine de caillots suffisamment solides pour ne pas se redissoudre, qui ne puissent irriter le sac et en amener la suppuration et incapables de passer dans les vaisseaux plus éloignés sous forme d'em-

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 26 mars, 6, 11 avril, 4 et 11 mai.

bolie, il était essentiel, en règle générale, de permettre un certain degré de circulation dans la tumeur; et c'est sur cette nécessité supposée que Broca fonda sa théorie des caillots *actifs* et *passifs*. Pleins de zèle pour la nouvelle méthode, zèle auquel, sans manque de respect, on peut dire que le *genius loci* communiqua un certain sentiment patriotique, les chirurgiens irlandais se mirent résolûment à l'œuvre pour chercher à améliorer le manuel de la compression mécanique, et ils obtinrent certainement, dès les premiers temps, un remarquable succès; à tel point que M. Joliffe Tufnell put annoncer que, sur trente-neuf cas, total des cas traités à Dublin pendant les huit années écoulées depuis le premier cas de Hutton en octobre 1842, trente avaient été complètement et définitivement guéris. Dans un cas on suspendit le traitement et l'anévrysme n'augmenta pas de volume; dans deux cas la ligature devint nécessaire et réussit; dans trois on fit l'amputation avec succès; une fois la mort survint par érysipèle; les deux autres moururent de maladie du cœur concomitante. Ces faits sont en majorité des anévrysmes poplités, mais il s'y trouve aussi quelques anévrysmes de la fémorale et de la brachiale.

Le succès de ce premier essai de la compression fut naturellement suivi de son adoption générale dans la pratique; mais il est inutile de dire que les espérances des chirurgiens des autres pays furent quelque peu déçues, car ni à Londres ni ailleurs, que je sache, on n'a obtenu une moyenne de succès approchant de celle que je viens d'indiquer.

La statistique dressée par M. Hutchinson, des faits publiés et arrivés à peu près à la même époque dans Londres, s'accorde pour la plus grande partie avec celle que je vous ai montrée et qui consiste en observations publiées ou non, provenant du pays tout entier, en ce qu'elles montrent que la compression a jusqu'ici échoué à peu près aussi souvent qu'elle a réussi entre les mains des chirurgiens anglais.

Les résultats de la compression ont été, je crois, beaucoup plus satisfaisants à Dublin qu'ailleurs dans ces dernières années; et, s'il en est ainsi, je ne vois qu'une explication plausible, c'est que le traitement est mieux appliqué là qu'ailleurs. Si les faits autorisent cette conclusion, il ne faut pas qu'une vanité puérile nous empêche de la reconnaître. Je n'ai pas pu m'assurer, avec exactitude, des particularités offertes par tous les cas d'anévrysmes du membre inférieur, traités par la compression dans la pratique privée et publique de Dublin, depuis la publication du livre de M. Joliffe Tufnell, c'est-à-dire depuis 1851. M. Tufnell, lui-même, a eu la bonté de commencer à colliger les faits, et il réussira, je l'espère, à avoir des notes sur tous les cas traités depuis sa dernière liste, mais quant à présent cette collection est encore imparfaite. Telle qu'elle est cependant, je vais vous en donner les résultats. Elle donne les résultats obtenus par la plupart des chirurgiens des hôpitaux de Dublin (M. Butcher est une des exceptions) et, je crois, les résultats complets, tant dans la pratique civile que dans la pratique d'hôpital.

Le nombre des anévrysmes poplités traités par la compression est de 23, dont 17 ont été considérés comme guéris, bien que dans un cas la guérison soit peut-être douteuse, car la consolidation n'était pas complète quand l'observation fut publiée. La ligature de la fémorale fut pratiquée deux fois seulement et deux fois avec succès. L'amputation fut faite trois fois, deux fois avec succès; le résultat de la troisième amputation n'est pas indiqué. Dans la dernière observation le traitement échoua par l'indocilité du malade, et, d'après ce que j'ai pu comprendre, le résultat fut incomplet.

Si c'est bien là l'indication exacte des résultats obtenus dans tous les cas par les chirurgiens de Dublin, nous devons y porter la plus sérieuse attention.

REVUE DE LA PRESSE.

Topique au perchlorure de fer contre le chancre. — Nous prenons dans un article très-complet sur le fer, paru dans un des derniers fascicules du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, les deux formules suivantes qui sont préconisées par M. Rollet, dans le cas de chancre, et qui doivent être employées comme topique :

Eau	24	grammes.
Perchlorure de fer . . .	12	«
Acide citrique	4	«

M. Rollet prescrit encore :

Acide chlorhydrique .		
Acide citrique . . .	ââ 4	grammes.
Perchlorure de fer. .		
Eau distillée.	32	«

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques*).

Antidote de l'acide phénique. — Cet acide étant maintenant très-répandu, il est bon d'en faire connaître les antidotes.

M. Ferrand recommande le suivant : sucre blanc, 15 parties ; eau, 40 parties; chaux vive, 5 parties, formant un saccharate de chaux. (*Medic. and surgical reporter*, et *Journal de méd. et de pharm. de l'Algérie.*)

Traitement du goître par les injections d'ergotine. — Le docteur Coghill (*Medical Times*) publie un cas très-intéressant de guérison d'un goître par les injections sous-cutanées d'ergotine.

Il a fait en tout seize injections le plus près possible de la tumeur. Il a fait ses injections contenant d'abord 2 centigr. de substance, puis jusqu'à 6.

Les quatre premières injections ont été faites chaque jour, les quatre suivantes à deux jours d'intervalle, et les autres plus espacées encore. Le traitement a duré deux mois.

Les résultats ont été rapidement acquis. La tension et la dureté de la tumeur ont diminué rapidement. En même temps la malade était fort soulagée en ce qui touche la dysphagie et la dyspnée. La masse se réduisit. Le lobe gauche, qui avait toujours été le moindre, revint au volume naturel ; les lobes droit et moyen diminuèrent de moitié. Bien que les injections eussent été faites d'abord et surtout vers le côté droit, le gauche guérit d'abord.

La malade, du reste, avait tout entière subi une diminution considérable de poids, quatorze livres environ pendant les deux mois de traitement, mais sans altération de la santé ni perte de force. (*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

Formation de sublimé corrosif dans un mélange de calomel et de sucre. — Quand le calomel en poudre est mis au contact du sucre blanc pulvérisé ou de la magnésie calcinée, il se forme en vingt-quatre heures une certaine quantité de sublimé corrosif.

Le docteur Polk a constaté tous les effets d'un empoisonnement par le sublimé corrosif produit par l'administration d'un mélange de calomel et de sucre préparé depuis un mois. L'examen d'un reste de ce mélange a permis de constater la présence d'une notable quantité de bichlorure de mercure.

Dans le *Journal de pharmacie et de chimie* de Turin, 1875, le même fait se trouve consigné. Ici, ce sont des pastilles à base de calomel qui déterminent l'empoisonnement.

Les pastilles, en effet, contiennent du sucre, qui, comme matière organique, agit sur le calomel et le transforme en bichlorure de mercure. La proportion de sublimé est en raison du temps depuis lequel ces pastilles sont préparées. (*Observatore med. Siciliano* et *Journal de méd. et de pharm. de l'Algérie.*)

Des causes qui produisent le lait rouge. — Les *Annales de gynécologie* publient un rapport fait par le docteur Larcher, devant la Société de médecine vétérinaire, sur un cas très-singulier de lait rouge fourni par une vache aussitôt après la parturition. Ce fait, observé par un vétérinaire distingué (M. Cagny, de Senlis), n'est pas intéressant seulement au point de vue de la médecine vétérinaire, car on a pu en observer d'analogues chez la femme. Chez cette dernière la coloration rosée du lait peut tenir à plusieurs causes. On l'a produite expérimentalement par l'absorption d'une décoction de garance. Elle peut être déterminée encore par un organisme microscopique qui peut se trouver dans le lait. Mais le véritable lait rouge est dû à une certaine quantité de sang qui vient en modifier la couleur, et il a pu résulter, chez la femme, d'une hémorrhagie mammaire, phénomène de déviation des règles.

Dans le cas observé par M. Cagny, une vache au lieu de lait fournissait un liquide se prenant en caillots, noir comme du sang, et c'était bien du sang en effet. Le phénomène alla en diminuant et avait disparu moins de trois semaines plus tard.

Cet accident n'est pas extrêmement rare et a été expliqué de différentes manières ; M. Cagny l'attribue à un afflux considérable de sang dans les mamelles après le vélage. Mais M. Larcher pense que, si cette raison seule suffisait, le fait se produirait plus fréquemment et pourrait aussi être observé plus souvent chez la femme ; quant à lui, il suppose qu'il s'agit de cas dans lesquels, la sécrétion lactée étant peu abondante, les personnes chargées de traire se sont livrées à des manœuvres et à des manipulations plus ou moins violentes qui ont déterminé une hémorrhagie. Un fait remarquable d'ailleurs, c'est que le lait ainsi altéré a été parfaitement supporté par les veaux qui ont très-bien prospéré malgré cela. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*.)

Recherches sur la formation des eaux sulfureuses naturelles, par M. Planchard. — Depuis les belles expériences de Baylen sur les eaux de Bagnères de Luchon (1765), les chimistes ont émis diverses hypothèses sur la formation des eaux sulfureuses. L'une des plus accréditées est celle de M. Ossian Henry qui admet que les sulfates sont transformés en sulfures sous l'influence des matières hydrocarbonées contenues dans les eaux. Les recherches de M. Planchard l'ont conduit à une tout autre interprétation. D'après ce pharmacien, ce n'est point sous l'influence de la matière organique que les eaux sulfatées se sulfurent, mais sous l'action de *matières organisées vivantes* agissant à la manière de ferments. La sulfuration des eaux serait ainsi le résultat chimique d'une fonction vitale. Le ferment ne serait autre que les germes vivants dont on ne connaît pas encore l'origine, qui se trouvent dans les eaux et qui, arrivés au contact de l'air, se transforment en sulfuraires, barégine, glairine, etc. (*Journal de méd. et de pharm. de l'Agérie.*)

L'ovariotomiste Spencer Wells. — Un des derniers numéros du *British med. journ.* contient une leçon qui intéressera bien des médecins dans le monde ; c'est la leçon de retraite de M. Spencer Wells. L'illustre ovariotomiste de Londres cesse d'opérer au Samaritan hospital qu'il a rendu célèbre. En se retirant, il rappelle l'immense expérience faite par lui dans cet hôpital.

M. Spencer Wells a pratiqué plus de 800 ovariotomies, et 403 ont été faites dans le Samaritan hospital avec une progression de succès constante, dans ces cinq dernières années, 159 cas lui donnant seulement 33 morts, et même, les deux dernières années, 78 cas avec 7 morts.

M. Spencer Wells opère suivant la méthode qui lui a donné tant de succès : sa manière est hardie, rapide, avec un calme parfait. L'opération se pratique dans le silence absolu, comme cela se fait d'habitude en Angleterre. La confiance en des aides accomplis est complète.

La malade est endormie par un aide spécial avec le bichlorure de méthylène versé par un appareil.

L'appareil instrumental est simple, et d'une manière générale les précautions minutieuses prises en notre pays pour l'opération sont mises de côté.

L'isolement des malades est complet pour la première huitaine : après quoi elles sont réunies dans des salles de 4 lits.

M Spencer Wells n'a pas adopté pour ses ovariotomies la méthode antiseptique ; il laisse à ses successeurs le soin d'appliquer cette méthode. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

Inconvénients des injections localisées de chloroforme. — M. Dujardin-Beaumetz (*Société de Thérap.*, 26 *déc.* 1877), dit avoir observé, au début, des gangrènes, surtout chez les malades cachectiques. M. Moutard Martin a aussi observé des eschares, après les injections hypodermiques de chloroforme.

On signale divers cas de gangrène des régions où l'on a pratiqué ces injections. Notons enfin l'action du chloroforme sur le mastic qui tient le tube de verre à l'armature des seringues. On dira peut-être que tous ces accidents n'arriveraient pas si le chloroforme était chimiquement pur ; en tous cas, les praticiens feront bien de se tenir prévenus, car ils ne sont jamais assurés de la complète pureté de ce produit. (*Revue de thér. méd. chir.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juin 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Félix Guyon comme membre titulaire dans la section de médecine opératoire en remplacement de M. Hervez de Chégoin, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Guyon prend place parmi ses collègues.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Manouvriez sur les épidémies qui ont été observées dans l'arrondissement de Valenciennes (Nord) en 1877;

2° Deux rapports relatifs à une épidémie de variole qui vient de sévir dans la ville de Besançon;

3° Les comptes-rendus des épidémies qui ont été observées en 1877 dans les départements du Finistère et de la Sarthe (commission des épidémies);

4° Deux exemplaires de l'enquête sur l'organisation de la vaccine en France (commission de vaccine) ;

5° Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Dax, Tercis et Saubane, d'Aulus, de Salins, des Foucades, d'Aix, d'Ax, de Saint-Honoré, de Digne, pour l'année 1874 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le Président de l'Association française pour l'avancement des sciences qui informe l'Académie que l'Association tiendra sa septième session à Paris du 22 au 29 août 1878;

2° Une lettre de M. le docteur Gazenave de la Roche, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *les Eaux-Bonnes dans la phthisie pulmonaire* ;

3° Des lettres de remercîments de MM. les docteurs Legrand du Saulle, Saint-Cyr, Christian, Mignot, Allaire, et Trideau, lauréats de l'Académie ;

4° Une note de M. le docteur Vincent, médecin à Guéret, intitulée : *des Applications possibles du microphone, du phonographe et du téléphone à la pratique de la médecine ;*

5° Un mémoire de M. le docteur Camus, médecin-major de première classe, intitulé : *la Fièvre typhoïde dans la garnison d'Aire (Pas-de-Calais); épidémies de* 1874, 1875 *et* 1876 (commission des épidémies);

6° Une note sur l'hématine, par M. C. Husson, pharmacien à Toul ;

7° Une note de M. Hérouard, intitulée : *Considérations générales sur la théorie de l'assimilation directe des substances organiques azotées ou non azotées ;*

8° Des lettres de MM. les docteurs Mordret (du Mans) et Bourdin (de Choisy-le-Roi) qui sollicitent le titre de membre cosrespondant ;

9° Une note de MM. Paquelin et Joly, intitulée : *Du rôle physiologique des hypophosphates ;*

Un pli cacheté adressé par M. le docteur Charles James Campbell, sous le titre de : *Note relative à des recherches nouvelles sur la chloroformisation obstétricale* (accepté).

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Hergott (de Nancy), membre correspondant, assiste à la séance.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre du Conseil supérieur de l'instruction publique en remplacement de M. Barthe, décédé.

Le nombre des votants étant de 79, majorité : 40,

M. Béclard obtient.	42	suffrages.
MM. Henri Roger	36	—
Bouillaud.	1	—

En conséquence, M. Béclard, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre du Conseil supérieur de l'instruction publique.

COMMUNICATION

M. Lister lit un travail sur l'*Influence qu'exerce la position du corps sur la circulation sanguine.*

Le savant professeur d'Édimbourg raconte que son attention fut attirée sur ce sujet, il y a dix-huit ans, alors qu'il s'occupait de la résection du poignet dans les maladies entraînant la carie des os. Il fut amené, pour éviter l'hémorrhagie, à employer le tourniquet de Petit sur le bras après avoir, durant quelques minutes, maintenu ce membre dans une position élevée. En opérant ainsi, il reconnut que le bras devenait presque complètement exsangue; et plus tard, en 1873, après avoir constaté sur lui-même que la main élevée devenait non-seulement pâle, mais même froide, il conçut la pensée que ce n'était pas le résultat d'une simple action mécanique, mais d'une action réflexe causée par la déplétion des veines et excitant la contracture des fibres musculaires des artères.

La méthode chirurgicale consistant à élever le membre avant d'appliquer à sa racine soit un tourniquet, soit une bande élastique, a tous les avantages de la méthode d'Esmarck, sans en avoir les inconvénients, entre autres celui de forcer par compression les matières septiques à pénétrer dans les interstices des tissus sains.

Pour en mieux juger les résultats, M. Lister fit l'expérience suivante, sur le cheval, à la fin de l'année 1873 :

A l'aide de cordes et de poulies, attachées aux membres de cet animal, il fit varier la position d'une jambe de devant, tantôt faisant coucher l'animal sur le dos tandis que cette jambe était élevée, tantôt le faisant étendre sur le côté, cette jambe étant alors dans la position horizontale, et tantôt le faisant remettre sur ses pieds. L'artère métacarpienne avait été mise à nu dans sa partie inférieure ; et l'on vit que, la jambe étant élevée, cette artère ne présentait aucune pulsation, et que la plaie, dépourvue de sang, ressemblait à celle d'un cadavre.

A l'aide d'un compas d'épaisseur, le diamètre de l'artère fut mesuré. Quand la jambe était élevée, ce diamètre dépassait à peine celui de la même artère sectionnée et vidée, tandis que, dans la position horizontale, et surtout quand la jambe pendait en bas, son grossissement était considérable. En calculant, d'après le diamètre extérieur, l'aire du calibre interne, on trouva qu'en changeant la position élevée en position horizontale, ce calibre était déjà plus que triplé, et qu'il était plus que sextuplé alors qu'on laissait pendre la jambe. Or il faut noter qu'entre la systole et la diastole il n'existe pour le chirurgien aucune différence appréciable dans le diamètre d'une artère. D'une autre part l'expérience bien connue de Stephen Haez, qui lia un long tube vertical de verre sur la carotide d'un cheval (pour voir jusqu'où monterait le sang sous l'influence de l'impulsion cardiaque), a montré que le sang, s'il n'avait à lutter que contre l'action de la pesanteur, pourrait s'élever jusqu'à une hauteur de plus de huit pieds, c'est-à-dire à plus qu'au double de la longueur du membre en question.

Ceci est déjà probant. Mais l'expérience la plus démonstrative consiste à appliquer, comme il est dit plus haut, une bande élastique sur la racine d'un membre tenu élevé durant quelques minutes, puis à laisser cette bande appliquée pendant un certain temps, durant lequel on voit que le bras reste exsangue bien que n'étant plus élevé, et enfin à abaisser le membre de nouveau et à supprimer la bande élastique, pendant que le membre est dans cette position, dans laquelle on le maintient encore un certain temps. On voit la chaleur et la rougeur y revenir rapidement malgré la position qui le faisait pâlir et devenir exsangue avant l'application du tourniquet. Une autre expérience consiste à exciter la circulation par une course de quelques instants, puis à élever le bras, et à le rabaisser au bout de quelques minutes. On le voit alors rougir et se congestionner exactement comme il rougit et se congestionne après l'application du froid lorsque cette application cesse.

Comme preuve que tous ces phénomènes dépendent d'une action réflexe, M. Lister fait remarquer que, si la cause en était purement mécanique et physique, la partie inférieure de l'artère d'un membre élevé ainsi augmenterait de diamètre puisque le sang de la partie supérieure y refluerait. Or, c'est le contraire qui est vrai, M. Lister l'a constaté en mettant à nu la partie inférieure de l'artère fémorale de la jambe postérieure d'un cheval, tout près de l'abdomen.

M. Lister, après avoir expliqué ainsi, par une action réflexe, la contraction des artères et l'état exsangue du membre maintenu élevé, s'attache à montrer que la réplétion sanguine du même membre, qui se produit quand on enlève la ligature à l'aide de laquelle on maintenait depuis quelque temps cet état exsangue, tient à un genre d'excitation contraire, provoquant activement la dilatation des artères, et non simplement, comme on l'a dit, à une paralysie des nerfs vaso-moteurs. Selon lui, ces nerfs ne sont nullement paralysés, puisque les autres du même membre ne le sont pas. C'est le besoin de circulation qui excite les artères à se dilater pour recevoir du sang; il y a là une action vitale et tout active.

L'auteur, comme nouvel argument à l'appui de cette théorie des actions réflexes, raconte l'histoire d'un de ses amis qui, grand pêcheur, ne pouvait se mettre les pieds dans l'eau froide sans avoir une épistaxis, et qui faisait cesser aussitôt cette épistaxis en se tenant les bras élevés. Il ajoute que la pratique de Nélaton, de placer le sujet la tête en bas en cas de syncope, pratique dont il a constaté encore tout récemment l'efficacité, ne peut se comprendre que par un jeu d'actions réflexes, par une dilatation active des artères, car autrement l'abord du liquide céphalo-rachidien, qui coulerait par son propre poids dans le crâne laisserait encore moins de place pour le sang. Mais les artères se dilatent activement et les vaisseaux veineux se vident passivement en conséquence.

LECTURE

M. ÉMILE BÉGIN lit un mémoire historique intitulé : *Ambroise Paré devenu chirurgien ordinaire de Henri II.*

A cinq heures et quart l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 14 juin, un congrès international de géologie est autorisé à se tenir au palais du Trocadéro, du 29 août au 4 septembre 1878. Le programme de ses travaux a été arrêté comme suit : 1° Unification des travaux géologiques, au point de vue de la nomenclature et du figuré ; 2° Discussion de quelques questions relatives aux limites et aux caractères des terrains; 3° Représentation et coordination des faits d'alignement (failles et filons) ; 4° Valeur respective des faunes et des flores, au point de vue de la délimita-

tion des terrains; 5° valeur de la composition minéralogique et de la texture des rochers, au point de vue de leur origine et de leur âge.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le prix annuel fondé à la Faculté de médecine de Paris par M. de Montyon en faveur de l'auteur qui aura présenté le meilleur mémoire sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de guérison, etc., consistera désormais en une somme de 700 francs payables en espèces.

Ce prix pourra être partagé entre deux candidats.

— *Concours de l'agrégation des sciences accessoires.* — Les jours et heures des séances sont ainsi fixés : lundi, mercredi et vendredi, de une heure à trois heures ; mardi, de midi à deux heures; jeudi et samedi, de trois à cinq heures.

— *Académie de médecine.* — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, une rente annuelle et perpétuelle de 1,000 francs que lui a léguée le docteur Joseph Daudet.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Huidiez, chargé d'un cours complémentaire d'ophthalmologie à la Faculté de Lille, est autorisé à se faire suppléer, pendant le second trimestre de l'année scolaire 1877-78, par M. le docteur Cuignet.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Peter, maître de conférences à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, en outre, pour un an, chef des travaux du laboratoire de chimie à ladite Faculté.

— M. Peter, chef des travaux au laboratoire de chimie, est nommé, en outre, préparateur de chimie.

— Un concours pour une place de chef de clinique ophthalmologique aura lieu le 1er août 1878.

— Un concours pour deux places de chef de clinique (un de clinique médicale et un de clinique chirurgicale) s'ouvrira le 4 novembre 1878.

La durée des fonctions est de deux années. Le traitement est de mille francs par an.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Eugène Bagnerie est nommé aide d'histologie (emploi nouveau).

— M. Verdenel est nommé aide-préparateur de chimie en remplacement de M. Lambling, appelé à d'autres fonctions.

— M. Véron est nommé préparateur de physique à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Fietta.

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont nommés maîtres de conférences pour l'année scolaire 1877-1878 : MM. Masse, agrégé, anatomie et médecine opératoire ; Guillaud, agrégé, botanique pratique et histoire naturelle médicale.

— M. Casimir Artigalas, élève lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé des fonctions d'aide de physiologie au laboratoire de ladite Faculté annexé à l'École pratique des hautes études (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Paul François, démissionnaire.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 23 juin, à Creil, Fleurines et Pont-Sainte-Maxence.

Rendez-vous à la gare du Nord, où l'on prendra, à huit heures du matin, le train pour Creil.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Érythème papulo-noueux, pris d'abord pour une variole. L'angine couenneuse. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation, leur traitement. — BIBLIOGRAPHIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Érythème papulo-noueux, pris d'abord pour une variole.

Il y a quatre ans, dans une série d'articles sur les érythèmes noueux et papuleux, je me suis attaché à démontrer que ces deux formes éruptives appartenaient également à une seule et même maladie, à laquelle je proposais de donner le nom de *fièvre essentielle érythémateuse*.

En effet, ce ne peut être, comme on l'a soutenu, une simple manifestation symptomatique d'une diathèse, un rhumatisme de la peau, analogue par sa nature, sinon par son signe, au rhumatisme aigu des articulations, que cette maladie, fébrile à son début, commençant à ce point de vue comme les autres fièvres éruptives, et ayant, comme elles, une durée à peu près fixe de deux à trois septénaires.

Il est vrai que, pendant ce temps, en général l'éruption apparaît par poussées successives, ce qui pourrait faire songer à la marche habituelle du rhumatisme inflammatoire, atteignant successivement diverses articulations. Mais qui peut prévoir quand finira un rhumatisme articulaire que l'on abandonne à lui-même? Il peut se prolonger des semaines et des mois, comme il peut se terminer au bout de quelques jours. Rien de plus capricieux au monde et de plus mal déterminé. Dans la fièvre érythémateuse, au contraire, quels que soient le nombre, la confluence, et même la forme des poussées éruptives, on sait que la maladie s'usera, pour ainsi dire, dans un temps limité, et cessera sans qu'il soit besoin de lui opposer aucun remède.

Aussi n'a-t-on point à traiter les érythèmes noueux et papuleux, pas plus que les fièvres éruptives; on ne pourrait les abréger d'un jour ; tandis qu'on traite avec succès le rhumatisme articulaire.

Ce qu'il y a de plus particulier dans la fièvre érythémateuse, c'est la diversité des formes que l'éruption peut revêtir.

Outre la papule et la nouûre qui coexistent dans la plupart des cas, j'ai signalé déjà l'existence possible d'un érythème étalé comme en nappe, occupant ainsi des surfaces assez étendues, sans papules distinctes à sa surface, mais survenant au milieu de poussées de vraies papules et de nouûres, et se dissipant avec le reste des manifestations de la fièvre éruptive.

J'ai décrit également une autre variété, non signalée jusqu'alors et rare, celle des nouûres profondes, simulant des tumeurs, sur lesquelles la peau reste mobile, sans rougeur, tout à fait indemne en apparence, pendant quelques jours, jusqu'à ce que, par un envahissement graduel, de proche en proche, du centre à la superficie, elle-même soit affectée, devienne adhérente et rougisse.

Une autre forme, jusqu'ici non décrite et, au point de vue du diagnostic, bonne à connaître pour les praticiens, s'est présentée chez une malade actuellement couchée salle Saint-Louis n° 8, à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres, dans le service de M. Duguet, qui a bien voulu nous la signaler.

Le médecin de la ville, qui avait vu cette femme, l'avait adressée à l'hôpital comme atteinte d'une variole et devant être placée dans le service spécial d'isolement des varioleux. Heureusement pour elle, M. Duguet l'examina lors de son entrée, et il la fit rester dans les salles communes.

Elle présentait alors sur la face une quantité de petits boutons rouges qui avaient bien l'aspect des papules, vésiculeuses vers la pointe, de la variole à son début. D'autres papules, sur le sommet desquelles l'épiderme semblait également soulevé par un peu de liquide, étaient disséminées sur les deux avant-bras et la partie antérieure des deux jambes. Rien sur le cou, sauf auprès des oreilles, rien sur la poitrine, ni sur le dos, ni sur l'abdomen, ni sur le haut des cuisses.

Il n'y avait pas eu de vomissements ni d'envies de vomir. Il y avait eu, quelques jours plus tôt, des maux de reins, mais très-peu marqués, et qui s'expliquaient par l'apparition des règles, toujours difficile et accompagnée de douleurs de reins chez cette femme. Ce fut l'absence de tous phénomènes gastriques, et la présence de sueurs aigres, à odeur forte, semblables à celles des rhumatisants, qui éclairèrent M. Duguet dans son diagnostic, diagnostic pleinement confirmé dès le lendemain par l'apparition de véritables nouûres sur le devant des jambes.

Retraçons brièvement l'histoire de cette malade, d'après son récit :

Née en Suisse, dans un village des environs de Lausanne, elle n'a jamais eu d'autre maladie qu'une variole assez bénigne, il y a une douzaine d'années. Elle est restée jusqu'à l'âge de vingt-deux ans dans son village, où elle habitait, il est vrai, le rez-de-chaussée, mais dans un lieu très-sain, très-sec, en très-bon air, et où jamais elle n'a éprouvé ni rhumatisme,

ni névralgie, ni douleur d'aucune sorte. A vingt-deux ans, elle est allée servir comme domestique à Lausanne ; et, de là, il y a seulement quelques semaines, elle est venue se placer à Paris. Elle y était bien, dit-elle, sans excès de besogne, chez des maîtres qui habitaient le second étage, et lui avaient donné une belle chambre, bien aérée, dans l'appartement même. Ce n'était pas dans une maison nouvellement bâtie. Elle n'a pas été exposée au froid humide. En un mot, aucune des conditions qui figurent, comme causes banales, dans l'étiologie des rhumatismes, ne peut être invoquée ici.

La maladie a débuté, d'une façon tout inopinée, vers le commencement de la semaine dernière. Quelques jours avant, cependant, cette femme avait eu un fort mal de gorge, accompagné de fièvre et de douleurs de tête ; mais le tout s'était dissipé rapidement. Puis l'époque monstruelle s'était annoncée par des maux de reins, comme d'habitude.

Le lundi, les règles parurent, sans avance ni retard. Ce jour-là même il survint dans les deux jambes des douleurs vives, s'étendant depuis les genoux jusqu'aux cous-de-pied et exaspérées par les mouvements. En même temps des boutons en grand nombre se montrèrent sur la figure. Il y eut de la fièvre, paraît-il, du frisson, du malaise, un violent mal de tête. Loin de s'apaiser, les douleurs augmentèrent encore les jours suivants. Le mercredi, il se fit sur les jambes une poussée de petits boutons rouges, nombreux surtout dans le voisinage des genoux ; et, peu après, des boutons semblables apparurent aussi sur les avant-bras. La fièvre persistait toujours ; l'abattement était extrême ; les mouvements, et surtout la marche, étaient de plus en plus pénibles.

Cependant, comme ses maîtres avaient l'air de croire qu'elle se plaignait et faisait la malade sans l'être réellement, cette fille continuait à faire son ouvrage. Mais, le jeudi soir, ne pouvant plus se traîner, dit-elle, elle dût y renoncer ; et elle se fit conduire chez un de ses parents, où elle passa trente-six heures.

C'est là qu'un médecin, appelé pour la voir, lui dit qu'elle avait la variole. A ce mot, il fut décidé qu'elle entrerait à l'hôpital.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, M. Duguet l'examina à son entrée et reconnut qu'il s'agissait d'une éruption rhumatismale, d'une forme, il est vrai, assez exceptionnelle, du moins à la face. Sur les membres, il était possible de reconnaître les papules de la fièvre érythémateuse, malgré le point blanchâtre qui se trouvait au sommet de quelques-unes, imitant l'apparence d'une vésicule ou vésico-pustule. Mais, à la face, rien n'aurait fait songer à l'érythème papuleux, si on l'eût vue isolément. On aurait cru plutôt soit à un hydroa, soit à un eczéma. L'épiderme semblait soulevé par un liquide séreux ou séro-purulent, sur les boutons, peu saillants du reste et généralement réunis par groupes de manière à former des espèces de plaques, qui se trouvaient principalement sur le front, sur les joues, en avant des oreilles, quelques-uns sur le cou, très-près de l'oreille droite, d'autres sur les régions mastoïdiennes des deux côtés. Il n'y avait pas trace d'éruption soit sur le reste du cou, soit sur la poitrine, soit sur le dos, soit sur l'abdomen, soit sur les épaules, soit sur les bras, sauf à droite, très-près du coude, soit sur les hanches, soit sur les cuisses, sauf au voisinage du genou droit.

La plupart des papules dont nous avons parlé se trouvaient en effet groupées, dans un rayon de quatre travers de doigt, autour des coudes et des genoux, à la face antérieure des membres. Elles étaient plus nombreuses et remontaient plus haut à droite qu'à gauche. Il y en avait aussi quelques-unes non loin du cou-de-pied droit, vers le bord antérieur du tibia, et d'autres, en assez petit nombre, au-dessus du cou-de-pied gauche ; enfin une seule, assez grosse, assez saillante, près de l'articulation du poignet droit.

Tel était l'état de la malade lors de son entrée dans le service, le samedi 15 juin, c'est-à-dire le sixième jour après l'apparition des premiers boutons sur la face.

Le lendemain et le surlendemain, le long du bord antérieur des tibias, à droite et à gauche, on vit se former des nodosités, ou, selon l'expression de Trousseau, des *nouûres*, qui se trahissaient à la vue par une couleur rouge de la peau, à la palpation par une induration du tissu cellulaire formant une petite tumeur, grosse comme une noisette ou comme une amande. La malade accusait toujours dans les jambes et les avant-bras des douleurs assez vives, siégeant d'une part dans les articulations, aux genoux, aux deux cous-de-pied, aux coudes, au poignet droit, et d'une autre part dans les masses musculaires et tendineuses, particulièrement vers la partie inférieure des mollets. Elle avait remarqué, disait-elle, que ces douleurs étaient plus fortes là où se trouvaient le plus de boutons ; plus, par conséquent, du côté droit que du côté gauche.

On examina avec soin les boutons de la face et ceux des membres, pour voir s'ils renfermaient, ou non, du liquide. Il n'y en avait dans aucun. A la loupe, ceux de la face offraient une surface ridée, mamelonnée, comme framboisée, semblable à celle de certaines végétations, et ils restaient parfaitement secs quand on en perçait l'épiderme à l'aide d'une épingle. C'étaient donc bien de vraies papules, et non des vésicules comme on le croyait d'abord. Un bouton tout à fait semblable existait sur la conjonctive de l'œil gauche, près de l'angle interne. La langue était rouge, dépouillée généralement de son épiderme comme à la suite d'une scarlatine, sauf sur quelques points où l'épiderme, encore persistant, formait des îlots blancs, dont la couleur tranchait vivement sur celle du reste de l'organe. La gorge était rouge, mais moins que la langue. Il paraissait assez probable qu'il s'était fait sur les muqueuses une éruption plus ou moins analogue à celle qu'on voyait sur la peau, éruption qui avait amené la desquamation de la langue. En effet la malade racontait qu'elle avait eu une toux sèche, assez fatigante, le mercredi, c'est-à-dire le jour même où l'éruption s'était montrée sur les jambes et sur les avant-bras.

Depuis son entrée à l'hôpital, cette malade n'a pas eu de fièvre proprement dite ; mais elle se plaint de frissonnements, alternant avec des bouffées de sueur, et ne reprend pas l'appétit. D'après la durée habituelle de la fièvre érythémateuse, on peut calculer qu'elle en a encore pour une dizaine de jours (toutes réserves faites, bien entendu, en ce qui touche la possibilité d'une endocardite ou de ses suites, qui subsisteraient indépendamment du cycle fébrile). Déjà les boutons de la face sont très-affaissés et très-pâlis, les papules des membres sont bien moins apparentes ; les premières nouûres, au contraire, s'élargissent, en s'étalant, et il s'en produit de nouvelles.

Nous nous sommes arrêté un peu longuement peut-être sur cette observation ; mais c'est parce qu'elle présente certaines particularités très-dignes de remarque.

D'abord et surtout l'apparence trompeuse des boutons de la face, qui simulaient des vésico-pustules, bien que ne renfermant aucun liquide.

Puis cette succession des poussées érythémateuses, sous trois aspects différents : à la face, sous cette forme singulière ;

deux jours après, sur les avant-bras et sur les jambes, sous forme de papules groupées autour des articulations; enfin, en dernier lieu, près de la crête des tibias, dans les espaces laissés libres par les papules, sous forme de nouûres paraissant et se développant l'une après l'autre.

Chose également à noter, mais qui n'est nullement exceptionnelle : les douleurs dans les genoux, les cous-de-pied, les coudes, le poignet droit, précédèrent d'environ deux jours l'apparition des groupes de papules près de ces articulations. Pourtant la relation entre ces douleurs et l'éruption est des plus évidentes, car ni les épaules, ni les hanches, ni aucune autre articulation éloignée de toute papule ne fut endolorie. C'est d'ailleurs la règle.

On n'a point affaire, dans la fièvre érythémateuse, à de véritables arthrites, à des rhumatismes articulaires proprement dits, mais à un endolorissement des articulations situées dans ce qu'on pourrait appeler la zone d'action des papules et des nouûres. Mais pourquoi cet endolorissement qui se rattache à une poussée éruptive peut-il ainsi se manifester d'avance et pour ainsi dire l'annoncer en marquant les régions qui devront être atteintes? Nous nous bornons à poser la question sans essayer de la résoudre. En effet, la multiplicité des groupes de papules ou de nouûres, leur distribution irrégulière sur le trajet de plusieurs branches nerveuses, paraît devoir faire repousser, à première vue, l'idée d'une affection primitivement nerveuse, atteignant à la fois les fibres sensitives et les fibres vaso-motrices d'un même nerf, comme dans le zona.

L'angine couenneuse.

Le nombre des victimes que fait l'angine couenneuse devient chaque année plus considérable, et on en est à se demander si dans cette maladie, comme dans beaucoup d'autres, les théories régnantes, les modes thérapeutiques n'influent pas puissamment sur la mortalité.

Naguère encore, on se préoccupait principalement de l'état local, des pseudo-membranes, que l'on s'attachait à faire disparaître, de la muqueuse qu'elles recouvraient et dont on cherchait à modifier la phlegmasie spéciale, diphthéritique, au moyen d'une irritation substitutive.

C'était la pratique de Bretonneau et de toute son école, pratique justifiée par un certain nombre d'éclatants succès en plein foyer épidémique. C'était la seule que Trousseau recommandât dans ses leçons cliniques comme pouvant sauver les malades.

Et cependant Trousseau ne méconnaissait pas l'intoxication diphthéritique. Nul mieux que lui n'a insisté sur la malignité extrême que cette maladie spécifique revêt chez certains individus et qui peut entraîner la mort en quelques heures. Peut-être mêm a-t-il encore assombri le tableau.

En cas pareil, il comptait moins sur la médication locale; mais il n'en essayait pas d'autre, convaincu que toute autre échouerait si celle-là échoue.

Aujourd'hui, généralement, on part du principe que la diphthérie est, dès son début, une maladie de tout l'organisme, une sorte d'intoxication qui débilite, et qu'il faut combattre en soutenant les forces du malade, ou par quelque préparation antiseptique, prise à l'intérieur. On s'occupe peu des pseudo-membranes. On repousse d'ailleurs la comparaison avec la pustule maligne, parce qu'on sait, dit-on, que dans celle-ci on a constaté la présence de bactéries, tandis qu'on n'en a point trouvé dans les affections diphthéritiques.

Mais les arguments négatifs, tels que celui-ci, n'ont jamais une valeur pleinement probante. On est encore bien loin d'avoir déterminé tous les organismes microscopiques, toutes les substances vivantes ou non vivantes, solides ou liquides, qui, par germination ou par fermentation, peuvent se développer et se multiplier, ainsi que le font les bactéries, sur le point où elles seraient déposées, pour pénétrer de là dans la circulation et envahir tout l'organisme.

Ceci n'est qu'une simple hypothèse, mais une hypothèse ayant l'avantage d'expliquer des faits incontestables, que l'hypothèse contraire conduit à méconnaître.

Quand, l'année dernière, M. Bouchut l'a développée devant le congrès de Genève, il avait contre lui l'opinion générale ; mais la pratique lui donnait raison.

Il n'est pas douteux qu'on arrive à guérir des diphthéritiques en s'attaquant aux pseudo-membranes et à la muqueuse qu'elles recouvrent.

Je puis l'affirmer d'autant mieux que j'ai eu à traiter bien des angines couenneuses, avant et après le malade que j'ai soigné sous les yeux de Trousseau et qui, sur son conseil, a été l'occasion de mon mémoire, lu à l'Académie.

Eh bien! pas un seul des sujets qui pouvaient se gargariser et qui ont employé le jus de citron à haute dose, suivant le procédé que j'ai indiqué dans ce mémoire, pas un seul n'est mort. Quelques-uns ont eu pendant la convalescence, alors qu'ils se considéraient comme guéris depuis plusieurs jours, des paralysies, soit locales, soit généralisées, tenaces, persistantes, et qui ont pu me donner de grandes inquiétudes; mais, je le répète, pas un n'est mort.

Je rappellerai prochainement en quoi consiste la pratique à suivre. J'attribue une grande importance à l'irritation substitutive dans les résultats obtenus; pourtant, je crois devoir insérer une note, communiquée par un confrère et qui pourrait laisser quelque doute sur ce point.

« J'ai pensé, nous écrit M. le docteur Garcin, que toutes ces fausses membranes qui tapissent toute la gorge n'étaient produites que par un parasite, mousses ou champignons, et que, si je parvenais à l'enlever par un moyen anodin, je guérirais les malades. J'ai essayé, et j'ai guéri, même dans un cas très-grave.

« Si la couche n'est ni trop profonde, ni trop en arrière, si elle ne siège que sur des parties de la gorge qu'on puisse bien atteindre, on est sûr de guérir. Voici brièvement tout le procédé, aussi simple que bon. Je place le malade sur une chaise, je me mets en face de lui, je lui fais ouvrir la bouche le plus possible, avec une fourchette ou cuiller à bouche. Je gratte toutes ces fausses membranes, je les détache, je les brise le mieux que je peux, sans jamais faire saigner, puis je lance un jet d'eau, en faisant pencher la tête du malade un peu en avant. Je continue ainsi à gratter et laver, tant que je vois des fausses membranes. La séance ne doit être finie que quand il n'existera plus de produits morbides. Il ne faut pas se contenter d'une fois; le premier jour il faut recommencer quatre à cinq fois. Ces membranes se reproduisent très-vite. Le deuxième, elles sont moins actives, trois à quatre fois; le troisième, deux à trois fois ; le quatrième, une fois ou deux ; le cinquième, la poussée est nulle, la gorge reprend son aspect naturel.

« Pour guérir par ce procédé il faut voir le malade pendant que le mal est bien accessible, et agir immédiatement. Il est bien évident que ce procédé n'est bon que quand on peut bien atteindre les couches. Il est nécessaire que l'instrument ne déchire pas; ses bords doivent être arrondis. Pour lancer l'eau, on peut se servir d'un irrigateur. La guérison est plutôt dans la bonne exécution du procédé que dans le procédé lui-

même. Il faut enlever les fausses membranes et empêcher qu'elles se reproduisent. Comme leur poussée est très-active, il est bon de voir le malade toutes les deux ou trois heures, et d'enlever chaque fois tout ce qui est visible, et bien laver. Par ce moyen j'ai réussi, et je l'écris. »

Ainsi le seul enlèvement des fausses membranes, pourvu qu'il fût complet et renouvelé assez souvent, pourrait entraver le développement des accidents diphthéritiques.

Ce serait là un bien fort argument, presque une preuve indiscutable, pour la théorie exposée à Genève par M. Bouchut.

Quoi qu'il en soit, il est évident qu'en pratique le raclage serait bien plus difficile à exécuter, bien moins fréquemment applicable que les gargarismes répétés avec un agent non caustique.

Dr Victor REVILLOUT.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur LŒWENBERG.

Nous avons essayé d'étudier de plus près ces rapports à l'état physiologique, en expérimentant sur nous-même : voici brièvement le résultat de nos recherches : l'odorat collabore à l'appréciation gustative de la façon suivante : nous baissons légèrement le voile du palais, de façon à établir une communication entre le pharynx buccal et le pharynx nasal. Puis, nous émettons un courant d'air *expiratoire* qui, en passant derrière l'isthme du gosier, entraîne et amène aux fosses nasales l'air de la cavité buccale imprégné des effluves des aliments. On peut vérifier de diverses façons ce que nous avançons : en se pinçant le nez par exemple, ou bien, en faisant des mouvements d'inspiration au lieu d'expiration ; immédiatement la sensation gustative deviendra plus obtuse, et il ne restera que la perception des saveurs que nous voudrions appeler simples, le sucré, le salé, etc.

Il serait à désirer que d'autres observateurs expérimentassent sur eux-mêmes la valeur de notre hypothèse.

e) Influence sur la pureté de l'air inspiré. — En dehors de leurs autres fonctions importantes, les fossses nasales président à la purification de l'air inspiré. Pendant son passage dans les anfractuosités si multiples de ces cavités, l'air est tamisé et dépouillé des impuretés qu'il contient si souvent, telles que : poussière, fumée, etc., et dont une partie est arrêtée dans les mucosités qui tapissent l'intérieur du nez.

Nous n'avons qu'à rappeler les travaux de M. Pasteur (2) et ceux de M. Tyndall (3) qui nous ont appris combien l'air que nous respirons contient de poussière, soit organique, soit anorganique. Celle-ci, la plus grossière, se compose de détritus minéraux, la poussière organique consiste surtout en spores : MM. Smith et Davis estiment à 37 millions et demi le nombre de spores contenu dans le volume d'air qu'on inspire dans l'espace de 10 heures, évaluation extrêmement approximative, cela va sans dire (4).

Lorsqu'on veut se rendre compte du degré de pollution de l'air que nous respirons dans certaines conditions, et de la quantité de choses nuisibles pour les organes profonds de la respiration qu'il charrie, on n'a qu'à examiner le mucus nasal après une soirée passée au bal, au spectacle ou dans un café encombré de monde.

(1) Suite. — Voir les numéros des 23, 25 mai, 4 et 18 juin.

(2) *Annales de Chimie et de Physique*, 3me série, t. LXIV, 1862, pages 5-110 ; voyez aussi : Comptes-rendus de la société chimique de Paris (1859) et de l'Académie des Sciences (1860).

(3) Tyndall, *On dust and smoke. Proceeding of the royal institution of Great Britain, Juni* 9, 1871.

(4) Paul Niemeyer, *Atmiatrie*, p. 86.

Dans le même ordre d'idées, on peut apprécier les avantages de la respiration par le nez d'une façon différente : c'est en examinant la respiration des personnes qui séjournent au milieu d'une atmosphère polluée par la fumée ou d'autres substances nuisibles, par exemple, dans des ateliers où il voltige des poussières d'acide chromique ou de ses sels, de la farine, des rognures de poils, etc., etc. Cet air contaminé n'incommode que peu ou pas du tout ceux qui l'aspirent par le nez, tandis qu'introduit par la bouche, il provoque une respiration bruyante, pénible et désordonnée. M. Cassells fait ressortir avec beaucoup de vigueur l'importance du passage nasal pour la purification de l'air d'inspiration, dans un mémoire auquel il a donné pour titre une application spirituelle du proverbe anglais : « Ferme ta bouche, et tu sauveras ta vie (1). »

Il faut rappeler ici que les conditions physiques de l'air introduit dans le poumon ne sauraient être indifférentes : ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, la respiration nasale rend l'air inspiré non-seulement plus pur, mais encore plus humide et plus chaud que la respiration buccale ; cette dernière vue théorique a été confirmée expérimentalement par M. Gréhant (2) qui, à une température ambiante de 22°, a trouvé 33°, 9 pour l'air d'expiration, après une inspiration par la bouche, et 35°, 3 pour celui émis après une inspiration par le nez. (L'expiration se faisait dans les deux cas par la bouche.)

f) Influence sur le développement des enfants en bas âge. — Si la respiration nasale a une grande valeur pour la santé à tout âge, elle est d'une importance capitale *dans l'enfance*, principalement dans la première année de l'existence, comme nous l'ont appris les importantes recherches de notre illustre maître Rayer (3) et de Billard (4). Au commencement de la vie, l'enfant ne sait absolument pas respirer par la bouche, *même lorsqu'il a le nez obstrué* ; nous savons par M. Kussmaul (5) que les enfants à la mamelle, lors même qu'ils dorment la bouche ouverte, n'en respirent pas moins exclusivement par le nez. Ces détails, insignifiants en apparence chez un enfant sain, acquièrent une importance vitale dès que son nez vient à s'obstruer pour une cause ou pour une autre. Rien de lamentable comme de voir téter un enfant qui ne peut pas respirer par le nez ; il est obligé de lâcher le sein à chaque instant pour chercher à aspirer l'air par une voie qui ne lui est pas familière. Même agitation pénible pendant le sommeil, entrecoupé quelquefois par de véritables accès d'asthme. M. Kussmaul admet même que des mouvements d'inspiration faits, le nez étant imperméable et la bouche fermée, peuvent amener une hyperémie aiguë des poumons.

D'après M. Bouchut (6), la respiration buccale peut provoquer des accidents encore plus graves : « Dans ces cas, dit-il, l'air passe surtout par la bouche restée béante à cet effet. Il entraîne la lèvre inférieure en arrière comme une soupape, il fait de même pour la langue qui se redresse, se recourbe et applique sa face inférieure sur le voile du palais, de façon à obstruer la cavité buccale. »

Lorque l'enfant a enfin appris à respirer par la bouche, il est sujet à toutes les conséquences nuisibles de cette habitude, telles que nous les avons énumérées, et encore à d'autres plus particulières au jeune âge : ainsi le docteur Paul Niemeyer (7) attribue à la respiration buccale certains accès de faux croup qu'on observe chez les enfants aux premières heures de la nuit : ils proviendraient du dessèchement de la glotte consécutif à la respiration par la bouche.

g) Le ronflement. — Parmi les personnes atteintes de tumeurs adénoïdes que nous avons observées, toutes celles chez lesquelles l'affection était avancée présentaient une habitude désagréable : *le ronflement nocturne*. En examinant des ronfleurs lorsqu'ils produi-

(1) J.-P. Cassels : *Shut your mouth and save your life.* Edinburgh, 1877.

(2) Gréhant, *Recherches physiques sur la respiration de l'homme*, Paris, 1864, pages 28 et 29.

(3) Rayer, *Note sur le coryza des enfants à la mamelle*, 1820.

(4) Billard, *Traité des maladies des enfants*, 1828, p. 461, suiv.

(5) *Zeitschr. f. rat. Medicin*, 1865, p, 225.

(6) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, etc. 6me édition, 1873, p. 249 suiv.

(7) Loc. cit., p. 29.

sent leur musique si redoutée des personnes qui ont le sommeil léger, on constate qu'ils respirent tous la bouche ouverte ; de même, si l'on cherche à imiter le ronflement, on verra immédiatement qu'il est impossible de produire ce bruit en fermant la bouche. Puisque nous voyons ainsi que la respiration buccale est la condition *sine quâ non* du ronflement, nous ne serons pas surpris le moins du monde de rencontrer cette mauvaise habitude chez des personnes respirant par la bouche pour cause de tumeurs adénoïdes. Nous le serons d'autant moins que l'épaississement de toute la muqueuse pharyngienne et l'abondante sécrétion habituelles dans cette affection concourent encore à rétrécir la voie respiratoire, et à augmenter la rapidité du courant d'air, le rendant ainsi plus apte à faire entrer en vibrations sonores la luette et le voile du palais du malade, surtout dans le décubitus dorsal, où la langue retombe en arrière et retrécit encore un passage déjà si étroit.

h) Arrêt de développement et déformation du thorax. — Nous avons trouvé chez beaucoup de jeunes sujets atteints de végétations adénoïdes très-volumineuses non-seulement un *développement extrêmement imparfait de la cage thoracique, mais encore une déformation notable de ses parois*, particularités peu connues et qu'il nous paraît fort important de signaler. Chez tous ces sujets, la poitrine était d'une platitude frappante, tout à fait en désaccord avec le développement général de l'individu ; chez quelques-uns, il y avait, de plus, des déformations très-accentuées; la plupart du temps, c'était une forte dépression vers la région des côtes moyennes. Dans un cas (jeune homme de 18 ans, très-robuste d'ailleurs), nous avons trouvé, au contraire, le *pectus carinatum*, le thorax d'oiseau si caractéristique pour la déformation rachitique et reconnaissable par les deux gouttières verticales comme également par la proéminence des cartilages chondro-sternaux. Et pourtant, ni les antécédents du malade, ni l'inspection minutieuse du corps, ne faisaient rien découvrir qui pût indiquer un état rachitique antérieur.

En réfléchissant à l'*origine de cette déformation*, nous pensons qu'il ne faut pas la chercher dans la respiration buccale habituelle, attendu que celle-ci ouvre à l'air inspiré et expiré une voie suffisamment large pour n'entraver en rien le développement régulier de la cage thoracique. Il nous semble plutôt qu'il faut remonter dans l'histoire de chaque malade à une période où il n'avait pas encore adopté exclusivement la respiration buccale, période qu'on pourrait appeler celle de transition et de lutte. Voici comment les choses se passent probablement : les tumeurs ne parvenant que petit à petit à leur maximum de volume, il arrive nécessairement une époque où l'obstruction des arrière-narines, bien qu'incomplète d'habitude, devient gênante pendant certaines poussées de turgescence plus grande ou de sécrétion plus copieuse qui sont particulières à l'affection.

Dans ces moments-là, la respiration nasale devient insuffisante ; mais, comme le malade n'a pas encore exclusivement adopté la respiration buccale, il fermera de temps en temps involontairement la bouche et essayera de respirer par le nez ; celui-ci se trouvant fermé, l'élargissement de la cage thoracique ne peut pas se faire. De là, abaissement du diaphragme et contraction des muscles intercostaux (des externes surtout) qui tendent à élargir le thorax en l'emplissant d'air par la voie de la glotte ; de là aussi, affaissement de celui-ci. Cet affaissement provient de la prédominance de la pression atmosphérique d'une part, et, d'autre part, de l'élasticité du tissu pulmonaire qui tend à diminuer le volume du poumon à mesure que diminue la pression intra-pulmonaire. Il arrive dans ces cas, qu'à la longue, sous l'influence de la pression atmosphérique, les espaces intercostaux se creusent et que même les cartilages costaux se déforment. Il doit en être de même si la bouche se ferme pendant le sommeil ou que le voile du palais du dormeur, cédant à la fatigue des muscles qui le tenaient levé, retombe, ouvrant ainsi un accès inutile dans des fosses nasales oblitérées, pendant qu'il ferme l'entrée de la cavité buccale.

Lorsque ces troubles se produisent pendant la période de croissance, ils peuvent avoir des suites durables et imprimer à la forme définitive du thorax les altérations que nous venons de décrire.

Un cas, que nous observons en ce moment, nous confirme dans l'explication que nous proposons : c'est une petite fille de 7 ans dont la respiration, saccadée en général, est entrecoupée par des moments d'étouffement toutes les fois qu'elle s'oublie et qu'elle ferme la bouche. Ici aussi, il y a comme un affaissement général du thorax sur lui-même, et, de plus, les altérations particulières décrites ci-dessus.

Il est extrêmement intéressant de rappeler à cette occasion que Dupuytren (1) a trouvé une déformation considérable du thorax chez des personnes atteintes d'hypertrophie très-forte des amygdales.

M. Lambron s'est occupé du même sujet ; il attribue les déformations, dont il a donné une excellente description, à l'hypertrophie des amygdales, comme Dupuytren l'avait fait avant lui. Il croit que es changements apportés à la configuration du thorax sont dus aux contractions énergiques et répétées du diaphragme dont les points d'insertion mobiles finiraient par être attirés en dedans (voir l'article de M. Desnos (2) : Amygdales, Inflammation chronique, Hypertrophie).

Il nous semble que l'opinion de Dupuytren et de ceux qui abondent dans son sens demande à être confirmée par de nouvelles recherches.

Nous inclinons à penser que les cas en question ont dû présenter une complication alors inconnue : l'affection adénoïde du pharynx, et qu'il aurait fallu imputer à celle-ci les conséquences graves de la maladie pour le squelette de la poitrine. Il est vrai que l'existence simultanée de deux amygdales excessivement hypertrophiées doit singulièrement compliquer la situation chez un individu porteur de tumeurs adénoïdes, en ajoutant à l'occlusion naso-pharyngienne un rétrécissement sérieux de la voie respiratoire buccale du côté de l'isthme du gosier. Inutile d'ajouter que ni Dupuytren ni Robert ne peuvent être accusés d'avoir négligé une affection qui ne devait être reconnue que longtemps après la mort de ces deux grands chirurgiens.

Il va sans dire que, pour n'avoir que des résultats inattaquables, nous avons eu soin d'exclure, dans l'étude de ce point, les cas qui présentaient l'hypertrophie des amygdales en même temps que des tumeurs adénoïdes. Nous serons obligé, d'ailleurs, de revenir sur cette question en traitant du diagnostic différentiel.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Étude sur les résultats définitifs des amputations**, par le docteur H. VIARD. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils. — II. **Maladies du rectum : diagnostic et traitement**, par W. ALLINGHAM; traduit par M. le docteur Georges POINSOT. — In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce. — III. **Étude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie**, par M. le docteur HENRIET. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce. — IV. **La Vie. Qu'es-tu? d'où viens-tu? où vas-tu?** par Firmin DUCLOS, médecin vétérinaire. — In-12. Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils. — V. **L'Année scientifique**, par Louis FIGUIER. — In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Ce. — VI. **Leçons sur l'histologie du système nerveux**, par L. RANVIER, professeur d'anatomie générale au Collége de France. — 2 vol. in-8°. Prix : 25 francs. — Paris, F. Savy.

I. Pendant son internat à l'asile de Vincennes, M. le docteur Viard a recueilli plusieurs observations d'amputés. Il a fait photographier tous les moignons des amputés qui font l'objet de ses observations, et nous en donne quelques reproductions.

Son travail est divisé en quatre chapitres. Dans le premier, il étudie rapidement l'influence des diathèses et des états pathologiques

(1) Dupuytren, *Mémoire sur la dépression latérale des parois de la poitrine*; in *Répertoire général d'anatomie, etc.* 1828, p. 110—119.

(2) In : *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. prat., vol. II.*

et physiologiques sur les traumatismes chirurgicaux. Son second chapitre a trait à l'anesthésie, l'ischémie préventive et l'hémostase, accessoires très-importants dans toutes les amputations. Dans un troisième chapitre, l'auteur cherche à déterminer quelle est la méthode opératoire à préférer dans ces sortes d'opérations. Il étudie enfin cette question, à savoir, si les résultats définitifs étaient influencés par les différents pansements.

« On doit, dit le docteur Viard, avant d'amputer, faire l'examen médical du malade, et instituer un traitement approprié, s'il y a lieu. Les méthodes à lambeaux donnent, dans tous les cas, des résultats meilleurs au point de vue définitif, sauf peut-être pour l'amputation du bras. — La méthode n'a aucune influence sur la conicité secondaire. — La cicatrisation se fait plus rapidement chez les amputés à la suite d'un traumatisme. L'affrontement des parties profondes des lambeaux est une condition *sine quà non* de guérison rapide et durable. — Le pansement n'agit en aucune façon sur les résultats éloignés. — Les pansements ouatés et antiseptiques, qui favorisent la réunion immédiate, doivent être préférés. — La conicité primitive est moins prononcée quand la cicatrisation s'est faite rapidement. — La conicité secondaire ne se produit qu'après un an environ. — La partie du membre située au-dessus de l'articulation qui termine le moignon est toujours atrophiée. »

II. A côté des travaux de Curling, de Syme, de Quain, etc., M. Allingham, membre du Collége Royal des Chirurgiens d'Angleterre, a pensé qu'il y avait place pour un nouveau traité, nous faisant connaître l'état actuel de la science sur les maladies du rectum. Court, mais très-substantiel et très-pratique, ce nouveau livre sera d'une utilité incontestable.

M. Allingham donne d'abord une statistique des diverses maladies du rectum et de l'anus. Il nous montre comment doit se pratiquer l'examen du malade et l'exploration du rectum ; puis aborde l'étude de la fistule à l'anus, à laquelle succède celle des hémorrhoïdes, des fissures du rectum, des polypes, des ulcérations et des rétrécissements du rectum. Un très-intéressant chapitre est consacré au prurit anal, aux démangeaisons nocturnes. Puis, après une étude sur l'entassement des fèces, l'auteur traite l'histoire du cancer du rectum, de l'ulcère rongeant, etc., pour terminer par une leçon sur la ligature élastique dans les maladies du rectum.

Par cette simple énumération, on voit toute l'importance du livre que M. Poinsot nous présente dans une excellente traduction. C'est, avant tout, le livre du praticien.

Une bonne fortune pour ce livre, est la préface que M. le professeur Courty a écrite pour nous montrer ce que vaut le livre de M. Allingham.

III. M. le docteur Henriet est un élève de M. le professeur Guyon. Une année d'internat dans le service des voies urinaires l'a mis à même d'étudier la méthode et ses applications. Il a rassemblé des observations, examiné les faits, et ce sont les résultats de ce travail que nous présentons à nos lecteurs.

L'auteur étudie en lui-même le traitement par la lithotritie, avec son entourage, c'est-à-dire avec les circonstances qui le précèdent, l'accompagnent et le suivent. Cette partie technique comprend donc l'exposé des soins préliminaires, du manuel opératoire, des complications et des accidents.

Il se livre ensuite à l'étude des résultats, et nous donne l'exposé statistique de la lithotritie à l'hôpital Necker.

Enfin, il cherche l'interprétation des faits, de façon à établir la valeur absolue et relative de la méthode avec ses indications et ses dangers, ses avantages et ses imperfections.

IV. Voilà un livre dont le titre piquera la curiosité du plus indifférent des lecteurs. Qui ne voudrait connaître la réponse aux questions que pose l'auteur ?

Après avoir étudié le travail dans la nature, les causes organiques, métaphysiques et rationnelles, le calorique, la lumière, l'électricité et leur action sur l'élément, M. Duclos nous donne les définitions anciennes de la vie. Puis il aborde l'unité vitale, la cellule, l'ovule, la fleur et la fécondation. Il expose le réveil de la vie latente, la genèse, le mouvement moléculaire localisé et universel : il écrit un chapitre sur la vie et la mort ; déclare que l'homme est un sommet ; médite sur une tombe et conclut ainsi :

« La vie est la résultante des forces qui animent la matière ; résultante innocemment mobile, reproduisant fidèlement les oscillations de ses composantes.

Elle a, en effet, pour principe : le mouvement du pendule, idéal réalisé, conséquence logique d'une instabilité d'équilibre sans cesse renaissante, et par traduction : cette nature inconstante, mobile, et pourtant toujours jeune, riante et parfumée !

Quant à l'homme, il est, comme tout ce qu'elle anime : « matière gravitante reparaissant périodiquement sur la scène du monde, après avoir parcouru un orbite infini, orbite variable, de mystère et de nuit ! »

Après la lecture de ce livre, nous ne pouvons dissimuler que nous sommes encore à demander : « La Vie, qu'es-tu ? d'où viens-tu ? où vas-tu ? »

V. La vingt et unième année (1877) de *l'Année scientifique* vient de paraître. En ouvrant le volume, nous trouvons tout d'abord une planche reproduisant le téléphone. Expérience faite au mois de juin 1877, de Boston à Salem, par M. Graham Bell. Voici l'expédition de la dépêche verbale de Boston à sa réception à Salem.

C'est, en effet, un des grands événements scientifiques de cette année, qui devait se clore sur une expérience considérable : la liquéfaction des derniers gaz rebelles.

A côté du téléphone, il faut placer le télectroscope, qui transmet à distance les images ; puis l'éclairage électrique avec les nouvelles recherches de M. Jablochkof ; le thermomètre instantané de M. Tremeschini, et ces fleurs barométriques dont la mode s'était emparée.

Voulez-vous écrire 220 lettres ou 45 mots par minute, voici la machine à écrire de Remington. Elle nous vient d'Amérique et a été expérimentée dans le cabinet de M. Menier.

La chimie nous offre un nouveau métal, le davyum, étudie le ruthénium, constate la présence de l'ammoniaque dans l'acier, retrouve le procédé d'irisation du verre ; au moyen de la photographie, dévoile la falsification des écritures et nous présente un vin âgé de quinze siècles.

Sous la rubrique *Histoire naturelle*, nous trouvons plusieurs éruptions volcaniques, l'atelier de silex taillés découverts en Algérie, la découverte d'un second spécimen de l'*Archæopteryx lithographica*, les émeraudes de Bajoha, une plante électrique, le venin du cobra, etc.

Nous ne dirons rien de l'hygiène publique, de la médecine et physiologie, *l'Année scientifique* ne pouvant être qu'un faible écho de ces matières qui nous sont familières.

En agriculture, voici le doryphora et, près de lui, son ennemi. La vigne n'est pas assez maltraitée par le phylloxera, une nouvelle maladie la frappe, c'est *le blanc*.

Après les arts industriels, voici les académies et la nécrologie scientifique. Quelle longue et lugubre liste !

VI. M. Ed. Weber, préparateur du cours de M. Ranvier, nous présente les leçons que cet éminent professeur a consacrées, l'année dernière, à l'histologie du système nerveux.

Au Collège de France, l'enseignement de l'anatomie générale est une émanation de la chaire de médecine, dans laquelle il a été compris durant quelques années. M. Claude Bernard était le maître de M. Ranvier. Celui-ci a adopté la manière de faire du savant dont nous pleurons la perte, et, fidèle à sa tradition, il accorde une importance toute spéciale aux procédés de recherches. M. Ranvier s'attache à bien montrer les faits, et c'est seulement après les avoir décrits qu'il les groupe pour en faire ressortir la signification.

C'est en cela que consiste l'enseignement selon la méthode expérimentale, et tel qu'il est pratiqué depuis longtemps pour les sciences physiques.

Ce mode d'enseignement présente de véritables difficultés ; il entraîne à des longueurs et à des redites qui ne seraient pas permises dans un exposé didactique, mais qu'il a fallu conserver pour laisser à ces leçons tout leur caractère et toute leur physionomie. Ces leçons eussent été incomplètes, si l'auteur ne les avait enrichies

non-seulement d'un très-grand nombre de planches, mais de photographies, d'après des dessins faits à la chambre claire, représentant les préparations histologiques les plus importantes qui, à la fin de chaque leçon, étaient placées sous les yeux des auditeurs.

Ces leçons, au nombre de quarante et une, nous font connaître l'état actuel de la science sur l'histologie du système nerveux. Après avoir présenté les propriétés générales du système nerveux, l'auteur nous expose le plan de son cours.

Il étudie dans le nerf les éléments qui le composent, c'est-à-dire sa structure; puis le groupement de ces éléments, c'est-à-dire sa texture; enfin, il examine les modifications survenues dans un nerf sectionné transversalement. Alors seulement, il étudie la terminaison du nerf dans les organes moteurs. Commençant par les terminaisons des nerfs mobiles électriques, il étudie leurs terminaisons dans les muscles volontaires, puis les terminaisons motrices dans les glandes. Le professeur étudie ensuite les terminaisons sensitives.

Après avoir passé en revue toutes les terminaisons nerveuses, M. Ranvier étudie la structure des organes ganglionnaires, pour arriver à celles de la moelle épinière, et enfin le cerveau.

M. Ranvier étudie successivement les tubes nerveux à myéline; les fibres de Remak; le tissu conjonctif des nerfs, les vaisseaux des nerfs et les modifications qui se produisent dans les nerfs sectionnés, dégénération et régénération. Puis il nous fait connaître la terminaison des nerfs dans l'organe électrique de la torpille, et la terminaison des nerfs dans les muscles striés à contraction volontaire.

Telle est, en résumé, la substance de ces deux excellents volumes, qui sont traités avec le plus grand soin et enrichis de très-fines illustrations.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 15 juin 1878, un congrès international de botanique et d'horticulture est autorisé à se tenir au palais du Trocadéro, du 16 au 23 août 1878. Le programme des travaux du congrès, pour la botanique, a été arrêté comme suit :

Partie théorique. — 1° Physiologie de la racine. 2° Question de la gymnospermie. 3° De la fécondation dans les hyménomycètes et les ascomycètes.

Partie pratique. — 1° Organisation des laboratoires de botanique et de physiologie végétale. Décrire ce qui existe de mieux en ce genre, dans les différents pays, et exposer quelle devrait être l'organisation d'un laboratoire modèle. 2° Examen comparatif du mode d'installation des grandes collections botaniques de l'Europe. Indiquer les conditions que doit remplir un musée botanique aussi complet que possible (herbiers, collections de bois, collections carpologiques, plantes fossiles, etc.). 3° Différents modes de disposition, d'étiquetage et de classement des jardins botaniques. Présenter, s'il se peut, des plans à l'appui de ces trois communications.

D'autres questions, intéressant la botanique, pourront être soumises aux délibérations du congrès. Le bureau demeurera juge de l'opportunité de chacune de ces communications.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours public, pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale, et à une place de chef de clinique d'accouchements, aura lieu dans le courant du mois de juillet prochain. Le jour de l'ouverture sera ultérieurement fixé.

Sont admis à concourir tous les docteurs âgés de moins de trente-quatre ans.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, depuis le 15 juin jusqu'au 6 juillet, tous les jours, de une heure à quatre heures du soir.

— M. le docteur H. Picard commencera, le lundi 24 juin, à quatre heures (amphithéâtre n° 1 de l'École pratique), une série de quatre leçons qu'il continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants, à la même heure.

Il décrira les rétrécissements de l'urèthre et leur traitement.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 73. — MARDI 25 JUIN 1878. 51e ANNÉE. MARDI 25 JUIN 1878. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

CLAUDE BERNARD

Deux ouvrages posthumes de Claude Bernard ramènent l'attention sur ce physiologiste éminent dont la science déplore la perte récente et nous le montrent dans ce qu'il a de plus élevé au point de vue philosophique.

L'un de ces ouvrages a pour titre : *La science expérimentale*, et l'autre : *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux végétaux et aux animaux*.

On trouve dans le premier différents mémoires qui ne se rattachent pas directement les uns aux autres et dont la lecture est pleine d'intérêt, car elle montre par quelle méthode doit se réaliser et se réalise le progrès dans les sciences physiologiques. Est-il besoin de dire que c'est la méthode expérimentale qui fait les frais de la démonstration, et dans la méthode expérimentale ce que Bernard appelle le *déterminisme*, en le faisant dégénérer du sens dans lequel il est employé par la philosophie ? Pour Bernard, le déterminisme n'est pas autre chose que la détermination des causes expérimentales d'un phénomène physiologique. C'est la recherche des causes, et tout le monde conviendra qu'il n'y a en effet pas d'autre moyen d'arriver à la vérité. Mais peut-on toujours découvrir la cause expérimentale des phénomènes de la vie dans ses fonctions et de la vie dans son ensemble ? Il est permis d'en douter.

Claude Bernard, qui a voulu aborder le problème de la définition de la vie, y a lui-même échoué. Après avoir vivement critiqué tous les vitalistes tels qu'Aristote, Hippocrate, Paracelse, Van Helmont, Stahl, Barthez, Bichat, et considéré le fond de ces doctrines comme « des hérésies scientifiques » ; il en arrive à conclure « *qu'un dessin vital trace le plan de chaque être et de chaque organe* », ce qu'il appelle un peu plus loin « le *quid proprium* de la vie ». Pour lui enfin la vie est *l'idée directrice* ou la force évolutive de l'être, ce qui rapproche absolument Claude Bernard des vitalistes dont il a voulu se séparer. Nul doute même que, dans l'avenir, et cela s'est fait même dans les jugements prononcés sur sa tombe, ce médecin ne soit considéré comme un vitaliste ayant recherché, selon les méthodes de son temps, les conditions physico-chimiques des fonctions naturelles.

Claude Bernard faisait tous ses efforts pour rattacher les fonctions aux organes, et, s'il y a réussi pour le foie et pour le pancréas, organes complexes, ses tentatives ont été infructueuses lorsqu'il s'est agi de la vie dans les êtres inférieurs. Son mémoire sur la sensibilité dans le règne végétal et dans le règne animal, ainsi que son autre ouvrage posthume sur les *Phénomènes de la vie communs aux végétaux et aux animaux*, en sont les preuves.

Là, il a voulu rechercher les conditions expérimentales de la sensibilité ou du mouvement, et il a pu se convaincre qu'il existe une sensibilité sans nerf et un mouvement dans la matière amorphe vivante n'ayant aucun organe de mouvement. J'ai eu la satisfaction de voir confirmer, par les assertions si pleines d'autorité de cet éminent physiologiste, tout ce que j'ai professé et écrit depuis quinze ans sur les *attributs de la vie*, ouvrage qui a déjà eu deux éditions.

Comme moi, à l'exemple de Glisson et de Bichat, il lui a fallu admettre une sensibilité dans les plantes, dans les infusoires et dans les cellules qui composent tout être vivant supérieur, une sensibilité qui n'a pas d'organe et qui n'a d'autre raison d'être que la vie. C'est un attribut de la vie et de tous les atomes vivants. Je l'ai étudiée dans mon livre sous le nom d'*impressibilité*. Qu'on l'appelle sensibilité insensible comme Bichat, ou sensibilité inconsciente, c'est la même chose au point de vue doctrinal. Il reste établi que, dans tout ce qui est doué de la vie, depuis l'atome isolé jusqu'à l'infusoire, jusqu'à la plante et à l'homme, il y a une sensibilité distincte de la sensibilité qui se rattache au système nerveux et qui est la sensibilité dont le déterminisme n'a point déterminé la cause ni l'organe. C'est une fonction qui rentre dans le *quid proprium vitale* de Bernard, et que les vitalistes appellent l'*agent vital*. Il est facile de voir qu'il n'y a, dans ces appellations différentes, absolument rien d'essentiel au point de vue doctrinal,

J'en dirai autant des mouvements de la matière amorphe vivante et des corpuscules vivants renfermés dans les organismes supérieurs. Ces mouvements n'ont point d'organes apparents. Le déterminisme n'a pas encore eu le bonheur de les faire connaître. Ils existent, et je les ai étudiés dans mon livre sous le nom d'*autocinésie* que Thalès a employé dans le même but : c'est le *mouvement par soi-même*.

Or ceux qui ont étudié les êtres inférieurs amibes et autres ou les cellules des êtres vivants, savent qu'il y a dans tous ces infiniments petits de la vie un mouvement que n'explique aucun organe apparent et qui est un attribut spécial qu'on ne

peut comprendre que par le *quid proprium vitale* de Cl. Bernard ou par l'existence de l'agent vital.

C'est pour relier ces fonctions primordiales et primitives de la matière vivante élémentaire que j'ai admis comme troisième attribut de la vie la *promorphose*, c'est-à-dire la puissance de diriger les atomes élémentaires constitutifs de n'importe quel être vivant en voie de formation; c'est la propriété de la vie que Claude Bernard appelle l'idée directrice de l'être.

Ainsi, quelque déterministe qu'on veuille être, il y a une partie de la physiologie où la solution du problème de la cause recule et ne peut être atteinte que par l'affirmation d'un principe de la vie inconnu dans son essence.

C'est ce qu'il y a de très-curieux dans les deux derniers ouvrages du physiologiste que nous regrettons. Après avoir déterminé beaucoup de conditions fonctionnelles spéciales et découvert le mécanisme particulier de certaines fonctions, dès qu'il a voulu aborder le problème général de la vie, il a dû, comme ceux qui l'avaient précédé, admettre l'existence d'une cause qui échappe à toute analyse physico-chimique.

Il a fallu admettre la sensibilité sans nerfs, le mouvement sans muscles, et par-dessus tout une prescience de la forme dans la première cellule élémentaire de tout être vivant.

Claude Bernard n'est arrivé que bien tard dans cette phase des études physiologiques où l'on arrive forcément, quand on réfléchit sur les phénomènes de la nature vivante. Il semble n'y être entré qu'avec peine, en protestant même contre l'opinion qu'il devait finir par embrasser; mais il y est arrivé, et son nom sera une brillante recrue pour la doctrine vitaliste dans laquelle il est entré à la fin de sa carrière.

E. Bouchut.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Pneumonie traitée par le tartre stibié à haute dose (1).

II.

Pour que l'administration du tartre stibié soit suivie de succès, il doit être donné d'une manière spéciale. Si, pris à haute dose, le tartre stibié est un contre-stimulant, il ne faut pas croire qu'il agisse contre la disposition phlogistique d'une manière latente, mystérieuse, inconnue.

Non, il n'y a pas une action spéciale des contre-stimulants contre la diathèse du stimulus, comme disent les Italiens. Ils agissent en diminuant la fréquence du cœur, comme la digitale, la vératrine, le sulfate de quinine, mais non en diminuant la phlogose, à la manière des dérivatifs. Pour moi, le tartre stibié n'agit pas contre la maladie inflammatoire par une action spéciale, mais en déterminant du côté du tube digestif certains phénomènes, des vomissements, des garde-robes; et, loin de chercher la tolérance du médicament, comme le font la plupart des médecins en donnant, concurremment avec le tartre stibié, de l'opium de manière à ce qu'il ne provoque pas de selle, je cherche au contraire à obtenir un effet évacuant, convaincu que plus celui-ci est marqué, plus le but que l'on se propose d'atteindre est réalisé.

Pour cela, je prescris ordinairement 25 à 30 centigrammes de tartre stibié dans un julep gommeux, dont on fait prendre au malade, toutes les heures ou toutes les deux heures, une cuillerée à bouche, en faisant suivre chacune d'elles de l'absorption d'une tasse de tisane ou d'un verre d'eau sucrée chaude. De cette manière, on provoque soit des vomissements, soit de la diarrhée; et plus, je le répète, l'effet évacuant est obtenu, plus on a sur le cœur une action antiphlogistique.

Lisez avec attention, comme je l'ai fait, les observations des médecins français de l'école de Louis qui employaient le tartre stibié dans le traitement de la pneumonie. Ils cherchaient, il est vrai, à obtenir la tolérance, mais ce n'était seulement que le troisième, quelquefois même le quatrième jour; et, jusque-là, le malade avait eu des vomissements, de la diarrhée; de sorte que l'état sédatif qu'ils se proposaient d'exercer sur la circulation était obtenu avant que la tolérance fût établie. Ces faits qui, au premier abord, semblent en faveur de la tolérance, sont donc au contraire tout à l'avantage de l'opinion que je soutiens, à savoir, que plus l'effet évacuant du tartre stibié est marqué, plus le but que l'on cherchait à remplir est réalisé.

Mais il faut bien se garder de dépasser le but : dans ce cas, en effet, au lieu d'une action sédative sur le cœur, vous n'obtiendriez qu'une dépression extrêmement défavorable. Aussi ai-je l'habitude, après l'administration du tartre stibié, s'il y a plus de trois vomissements et de quatre garde-robes, de cesser le médicament.

C'est ce qui a eu lieu chez notre malade : on lui a fait prendre deux cuillerées de potion; il a vomi, il a eu des garde-robes, et après deux cuillerées on s'est arrêté. Après cet effet, qui n'a pas été très-considérable et n'a pas amené cet état de débilité qu'on reproche au tartre stibié de provoquer et dont, lorsque le médicament est mal manié, le malade ne se relève pas toujours; après cet effet, disons-nous, voici ce que nous avons obtenu.

Le soir même du jour où le malade avait été soumis à ce mode de traitement, la température, qui était le matin à 40°, était tombée le soir à 38,9; le lendemain, au matin, elle n'était plus qu'à 37,7. Nous avions donc, vingt-quatre heures après la visite, vingt heures après l'administration du médicament, une descente d'environ 2 degrés. De son côté, le pouls était tombé hier matin à 70 ou 72 pulsations par minute. Cette amélioration considérable devait être naturellement attribuée au médicament, car elle est survenue immédiatement après l'administaation de ce dernier, et alors que rien, ni dans l'état local, ni dans l'état général du malade, ne faisait présager une aussi heureuse modification.

Mais l'amélioration n'était pas seulement dans l'abaissement de la température; elle existait aussi dans les signes locaux et dans les symptômes. Le malade accusait, en effet, un soulagement considérable; il respirait à son aise et avait dormi pendant la nuit.

Du côté de la poitrine, la percussion dénotait un peu de diminution dans l'intensité de la matité. Il y avait bien, à l'auscultation, encore un peu de souffle, mais très-doux, très-voilé, et, au milieu de ce souffle bronchique, on entendait des râles plus humides, plus gros, qui semblaient indiquer tout à fait l'existence d'un râle de retour.

C'est alors qu'hier, pour soutenir la force du malade, je lui ai prescrit un julep avec 25 grammes de cognac, et ce matin vous avez pu voir qne l'amélioration était complète. La fièvre était nulle; la température était même hyponormale, car le thermomètre ne marquait plus que 36,7 dans l'aisselle. Quant au pouls, il oscillait entre 66 et 67.

Mais ce n'est pas là ce qu'il y a de plus remarquable. Ce qu'il y a de plus intéressant, c'est l'amélioration de l'état

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 juin.

local, c'est ce que nous trouvons et que vous avez constaté comme moi ce matin, à la percussion et à l'auscultation. Voici en effet ce que nous remarquons à l'examen de la poitrine, quarante-huit heures après ma première visite, quarante-quatre heures après la prise du médicament. La sonorité est à présent à peu près égale des deux côtés et la matité a presque complétement disparu. A l'auscultation, la respiration s'entend d'une façon normale dans toute l'étendue du poumon. C'est à peine si çà et là quelques râles sous-crépitants se font percevoir. Quant au souffle bronchique, à l'épanchement même, il n'y en a plus trace. Le poumon est pour ainsi dire revenu à son état normal.

Tel est le fait que je voulais vous soumettre. Il y a, comme vous le voyez, un enseignement très-intéressant à en tirer sous le rapport de la clinique et de la thérapeutique de la pneumonie. C'est que, quand la maladie est abandonnée à elle-même, lorsqu'on se contente de soutenir les forces du malade avec le cognac et l'alcool, on obtient bien la cessation de la fièvre, mais cette amélioration n'est que passagère et bientôt la température remonte de nouveau. C'est ce que vous avez pu observer plusieurs fois dans le service et notamment chez ce malade du n° 19. Il était entré le quatrième jour de sa pneumonie avec une température de 39,8; nous lui avons mis des ventouses scarifiées, prescrit une potion avec de l'alcool, et, grâce à ce traitement, le sixième jour de la maladie, la température était tombée à 37,5. Mais cette diminution de la chaleur dura peu et, le lendemain, le thermomètre remontait à 38 et quelques dixièmes. Ce n'était pas, comme vous le voyez, cette défervescence rapide que nous avons observée chez notre premier malade.

De plus, cet homme, qui aujourd'hui peut être considéré comme guéri, qui ne tousse plus, n'a plus d'oppression, continue à présenter, cinq ou six jours après la disparition de la fièvre, la persistance des signes physiques de la pneumonie attestant l'hépatisation du poumon, alors qu'il mangeait et se levait même dans la salle.

C'est, en effet, un fait à remarquer que, chez les malades atteints de pneumonie, lorsque la maladie est traitée de la sorte, c'est-à-dire abandonnée à elle-même, ou lorsqu'on se borne à soutenir les forces du malade, on voit les phénomènes généraux cesser, les phénomènes locaux s'amender, mais les signes physiques persister.

Ici, au contraire, c'est l'état anatomique du poumon lui-même qui a été modifié par le traitement, et au point que, quarante-huit heures après l'administration du tartre stibié, tout signe physique avait disparu.

Ce fait prouve donc, d'une manière bien positive, l'efficacité réelle d'une médication énergique, soit par les saignées, soit par le tartre stibié, donné ainsi que je vous l'ai dit. Soyez persuadés que, dans le cas présent, si nous n'avions recouru à ce dernier mode de traitement, la maladie aurait continué, et si, par le fait même de son évolution, la fièvre était tombée, nous aurions continué à constater dans le poumon les signes physiques qui caractérisent l'hépatisation pulmonaire.

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ. — M. Badal.

Conférences d'optométrie (1).

Introduction du système métrique en ophthalmologie. — Numérotage des verres de lunettes,

Par suite de l'introduction récente du système métrique en ophthalmologie, il règne actuellement, à propos du numérotage des verres de lunettes, une certaine confusion, due surtout à ce que beaucoup de médecins ont cru — et leur erreur est bien excusable — que les numéros nouveaux résultaient simplement de la transformation des mesures en pouces en mesures métriques. Ce n'est pas seulement cela, comme vous allez le voir.

Je vais vous dire en quoi consiste le nouveau système de numérotage, par quoi il diffère de l'ancien, puis je vous montrerai comment on passe d'un système à l'autre. Pour plus de clarté, permettez-moi de vous rappeler ce qu'étaient les anciennes mesures.

ANCIEN SYSTÈME DE NUMÉROTAGE.

Dans ce système, les verres bi-convexes et les verres bi-concaves sont désignés par un numéro qui exprime leur rayon de courbure en pouces, le signe positif (+) étant attribué aux lentilles convergentes, le signe négatif (—) aux lentilles divergentes.

La lentille-unité est la lentille convergente de 1 pouce de rayon : elle porte le numéro + 1; la lentille de 2″ porte le numéro + 2, et ainsi de suite, quel que soit le nombre de pouces. La lentille divergente de 1″ de rayon est numérotée — 1, celle de 2″ : — 2, etc. Enfin, les divisions du pouce, au lieu d'être indiquées en *lignes*, sont exprimées par des nombres fractionnaires, tels que $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{4}$, etc. C'est ainsi qu'on trouve dans les boîtes d'essai les numéros 2 $^1/_4$ (*deux pouces un quart*), 2 $^3/_4$, etc.

Ce système de numérotage présente de nombreux inconvénients :

1° Le pouce, pris comme unité de longueur, n'est pas une mesure internationale, puisqu'il varie d'un territoire à l'autre ; le pouce de Paris, le pouce anglais, le pouce prussien, etc., diffèrent tous entre eux :

Ainsi :

	mm.
1″ de Paris	= 27,07
1″ anglais	= 25,40
1″ autrichien.	= 26,34
1″ prussien.	= 26,15

Pour comparer les observations prises en différents pays, il faut donc avoir recours à une table de réduction.

2° Le centre de courbure des surfaces ne coïncide pas tout à fait avec le foyer principal; le numéro des lentilles n'indique donc pas exactement leur distance focale. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que l'indice de réfraction du verre employé par les fabricants fût exactement égal à 1,50.

Cela est facile à comprendre :

La longueur focale F d'une lentille sphérique concave ou convexe dont les deux faces ont le même rayon de courbure peut être exprimée, si l'on ne tient pas compte de l'épaisseur du verre, par la formule très-simple :

$$F = \frac{R}{2(n-1)}$$

dans laquelle R représente le rayon de courbure et n l'indice de réfraction du verre.

Pour que F soit égal à R, il faut que n-1 soit égal à 0,50; que, par conséquent, n soit égal à 1,50.

Or, l'indice de réfraction du crown-glass est en moyenne de 1,53. Il en résulte que la lentille de 1″ de rayon, au lieu d'avoir aussi 1″ de foyer, soit 27 millimètres, n'en a en réalité que 25 $^1/_2$ environ, et que, pour avoir 1 mètre ou 37″ de foyer, une lentille doit avoir 39″ de rayon de courbure (exactement 39″,2).

Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que l'indice de réfraction du verre varie d'une fabrique à l'autre, de sorte que ni l'oculiste, ni même l'opticien, ne savent quelle est exactement la longueur focale d'une lentille dont le rayon de courbure leur est connu.

Pour ne rien exagérer, il convient de dire cependant que la différence, dans les limites où elle se meut, est en général insignifiante.

3° Un autre inconvénient de l'ancien système de numérotage, c'est que le numéro d'une lentille, par cela même qu'il exprime, ou

(1) Voir les numéros des 5, 14 février et 7 mai.

à peu près, sa longueur focale, est en raison inverse de sa puissance réfringente.

Il résulte de là que la force réfringente des différents verres de la boîte d'oculiste est nécessairement exprimée ou, si l'on veut, mesurée par un nombre fractionnaire variant de $\frac{1}{2}$ à $\frac{1}{72}$, le verre de 2″ étant le plus réfringent et celui de 72″ le moins réfringent de ceux qui garnissent ces boîtes. Quant au numéro 1, de 1″ de rayon, qui représente l'unité de réfraction, il est trop fort pour être utilisé en oculistique.

Dès lors, si l'on a besoin de connaître exactement la somme ou la différence des forces réfringentes de deux lentilles, on est obligé de faire un calcul de fractions avec réduction au même dénominateur.

Exemple : la somme des pouvoirs réfringents des numéros 12 et 24 est égale à $\frac{1}{12} + \frac{1}{24} = \frac{36}{288} = \frac{1}{8}$. Le calcul peut être plus compliqué encore : $\frac{1}{6\,1/2} + \frac{1}{2\,1/4}$, etc.

La règle à calcul de Javal, qui donne une approximation suffisante pour la pratique, dispense, il est vrai, d'employer la plume ou le crayon, mais il est fort incommode d'avoir à recourir sans cesse à cet instrument.

Aussi les oculistes avaient-ils reconnu depuis longtemps la nécessité d'une réforme. Après une étude approfondie de la question, le congrès médical international, réuni à Bruxelles en 1875, adoptait à l'unanimité le système suivant.

NOUVEAU SYSTÈME DE NUMÉROTAGE.

Il est basé sur deux principes :

1° Substitution du mètre au pouce comme unité de longueur ;

2° Numérotage des verres, non plus d'après leur rayon de courbure, mais d'après leur force réfringente, la lentille convergente de 1 mètre de foyer étant prise comme unité de réfraction.

Cette unité de réfraction a reçu le nom de *dioptrie*. Le numéro de chaque verre exprime donc le nombre d'unités de réfraction ou de dioptries qu'il représente. Ex. : le numéro + 2 est un verre de 2 dioptries positives, c'est-à-dire équivalant à deux verres de chacun 1 dioptrie qui seraient juxtaposés ; le numéro — 3, un verre de trois dioptries négatives, etc.

On obtient ainsi deux séries dites *métriques*, l'une positive, l'autre négative, dont les termes principaux sont les nombres entiers de 1 à 20, le verre de 20 dioptries étant le plus fort dont les oculistes puissent avoir besoin.

Pour avoir dans la nouvelle série les verres équivalents à ceux de l'ancien système dont la pratique a reconnu la nécessité (quelques-uns étaient superflus), on a dû en outre faire précéder le n° 1 de deux lentilles plus faibles que l'unité (0,50 et 0,75) et intercaler entre le n° 1 et le n° 6 un certain nombre de verres portant des numéros fractionnaires, parfaitement réguliers du reste, au point de vue décimal, tels que 1,25, 1,50, etc.

Distance focale des verres métriques. — Puisque le numéro N d'une lentille métrique est l'expression de sa puissance réfringente et que la distance focale F est en raison inverse de cette dernière, on a :

$$F = \frac{1^m}{N}.$$

$$\text{Ex. : pour la lentille } + 5,\ F = \frac{1^m}{5} = 0^m,20.$$

$$\text{Pour la lentille } - 4,\ F = -\frac{1^m}{4} = -0,25, \text{ etc.}$$

L'interprétation des signes est du domaine de la physique élémentaire.

Inversement, — connaissant la distance focale métrique d'une lentille, — son numéro, c'est-à-dire le nombre de dioptries qu'elle représente, sera donné par l'équation :

$$N = \frac{1}{F}.$$

$$\text{Ex. : pour } F = + 0^m,33,\ N = + \frac{1}{0,33} = + 3.$$

PASSAGE D'UN SYSTÈME A L'AUTRE.

Pour passer d'un système à l'autre, il faut se rappeler :

1° Que la nouvelle lentille-unité, de 1 mètre de foyer, a pour équivalent, dans l'ancien système, le verre de 39″ de rayon (37″ de foyer) ; 2° que le numéro des lentilles métriques est en raison inverse de leur distance focale, contrairement à ce qui a lieu pour les anciens verres.

On peut donc écrire :

Verre de 1 dioptrie = verre de 39 pouces.

— 2 — = — $\frac{39}{2}$ —

— 4 — = — $\frac{39}{4}$ —

Ou, d'une façon générale, en désignant par N le numéro métrique, et par N′ le numéro correspondant en pouces :

$$N = \frac{39}{N'},\ \text{d'où : } N' = \frac{39}{N}.$$

Ce qui signifie que : *Un numéro ancien ou nouveau étant connu, pour avoir son correspondant dans l'autre système, il faut diviser* 39 *par ce numéro.*

$$\text{Ex. : si } N = 3,\ N' = \frac{39}{3} = 13.$$

$$\text{Pour } N' = 20,\ N = \frac{39}{20} = 2 \text{ environ.}$$

L'emploi de la nouvelle série n'exige ni table de réduction, ni règle à calcul. Pour connaître la somme ou la différence des pouvoirs réfringents de deux verres quelconques, en d'autres termes, pour trouver le numéro de la lentille équivalant à l'ensemble des deux autres, il suffit dans le premier cas d'additionner les numéros connus et dans le second cas de retrancher le plus faible du plus fort : Ex. : la somme des pouvoirs réfringents des lentilles + 2 et + 4 est égale à + 6 ; celles des lentilles + 5 et — 2 = + 3 ; + 1,75 — 2,25 = — 0,50, etc.

La nouvelle série offre en outre l'avantage d'une progression relativement régulière, ainsi que le montre le tableau suivant, dans lequel les numéros correspondants sont placés en regard les uns des autres :

Numéros anciens.		Numéros métriques.	
72	pouces.	0,50	dioptries.
60	—	»	—
48	—	0,75	—
42	—	»	—
40	—	1	—
36	—	»	—
30	—	1,25	—
»	—	1,50	—
24	—	»	—
»	—	1,75	—
20	—	2	—
18	—	2,25	—
16	—	»	—
15	—	2,50	—
14	—	2,75	—
13	—	3	—
12	—	»	—
11	—	3,50	—
10	—	4	—
9	—	4,50	—
8	—	5	—
7	—	5,50	—
6 1/2	—	6	—
6	—	»	—
5 1/2	—	7	—
5	—	8	—
4 1/2	—	9	—
4	—	10	—
3 1/2	—	11	—

3 1/4	—	....	12	—
3	—	....	13	—
2 3/4	—	....	14	—
2 1/2	—	....	15	—
»	=	....	16	—
2 1/4	—	....	»	—
»	—	....	18	—
2	—	....	20	—

Dans la série ancienne, la différence entre les numéros 60 et 72 est égale à $\frac{1}{60} - \frac{1}{72} = \frac{1}{360}$; entre 60 et 48, à $\frac{1}{48} - \frac{1}{60} = \frac{1}{240}$, etc.; il est impossible par conséquent d'évaluer, à première vue, l'intervalle qui existe entre deux numéros consécutifs. Dans la série métrique, au contraire, la différence saute aux yeux : 0,75 — 50 = 0,25 ; 4 — 3,50 = 0,50, etc. On remarquera que cette différence est de 1/4 de dioptrie de 0,50 à 3 ; de 1/2 de dioptrie de 3 à 6, de 1 dioptrie de 6 à 16, et enfin de 2 dioptries de 16 à 20. Cette progression se rapproche autant que possible de celle de l'ancien système. Elle est nécessaire et naturelle, puisque la valeur absolue des distances focales décroît rapidement avec l'augmentation du pouvoir réfringent ; aussi, pour les numéros très-élevés, une faible variation de distance entre le verre et l'œil produit-elle plus d'effet que si l'on augmentait ou diminuait la puissance réfringente de la lentille de 1 dioptrie. C'est pour ce motif que les numéros 17 et 19 ont été jugés inutiles.

Certains numéros d'une série n'ont pas d'équivalent dans l'autre. L'absence de numéros métriques correspondant à quelques numéros anciens n'aura aucune conséquence fâcheuse ; la nouvelle série est assez riche pour suffire à contenter les yeux les plus sensibles à de faibles différences de réfraction. Du reste, un des avantages du nouveau système est de se prêter admirablement à la création de tous les numéros intercalaires, au gré de l'oculiste : désire-t-on un verre intermédiaire entre le + 3 et le + 3,50, on prescrira le + 3,25. A Paris, la fabrication de tel verre que l'on désire ne rencontre aucune difficulté.

Jusqu'à ce que les verres métriques aient remplacé partout les anciens verres, il sera prudent, pour éviter toute méprise de la part de l'opticien, de faire suivre dans les prescriptions les numéros métriques de la lettre M, les numéros en pouces de la lettre P.

Ex. : + 0,75 M = 48 P, ce qui signifie : le numéro + 0,75 métrique est égal à l'ancien verre de 48 pouces de foyer.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 juin 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Système ganglionnaire du cœur des poissons osseux. — M. VIGNADE envoie une note sur le système ganglionnaire du cœur des poissons osseux. Chez ces animaux, le ganglion ventriculaire est composé d'une série de cellules nerveuses, disséminées le long des nerfs, sur toute la surface du ventricule.

Iridectomie. — M. JAVAL présente à la Société une jeune fille, chez laquelle il a pratiqué l'iridectomie pour une cataracte centrale du côté droit. Avant l'opération, la vision était périphérique ; bien que la fenêtre irienne ait été faite à la périphérie, aujourd'hui, huit jours après l'opération, la vision est redevenue centrale.

Compression et commotion cérébrales. — M. BOCHEFONTAINE a été conduit, dans le cours de ses recherches sur la compression et la commotion cérébrales, à étudier la pression du liquide céphalo-rachidien dans l'âge spinal. En se servant de l'hémodynamomètre, il a pu constater que la pression, nulle à l'état normale, varie dans les mêmes conditions que la pression sanguine.

Méthode nouvelle pour le diagnostic rétrospectif de la réfraction après l'opération de la cataracte, et d'une façon générale dans l'aphakie (absence du cristallin). — M. BADAL. — Il est toujours intéressant, après une opération de cataracte, de pouvoir faire le diagnostic *rétrospectif* de la réfraction, en d'autres termes de pouvoir dire quelle était, primitivement, la conformation optique du globe. Cette détermination a même une certaine importance pratique au point de vue de la pathogénie des maladies du fond de l'œil.

Les auteurs qui ont traité de l'aphakie indiquent tous la marche à suivre pour résoudre le problème en question ; le calcul n'est pas difficile, mais il est long, et ne conduit à aucune formule pratique. Cela tient à deux causes : 1° à ce que l'ancien système de numérotage des lentilles en *pouces* se prête fort mal aux démonstrations ; 2° à ce que le verre à l'aide duquel on mesure la réfraction ne se trouve plus, après l'extraction du cristallin, au foyer antérieur de l'œil, placé désormais à 24 millimètres environ de la cornée et non plus à 13 millimètres.

M. Badal montre que, si l'on veut abréger les calculs, c'est à ce nouveau foyer qu'il faut placer le verre correcteur destiné à permettre le diagnostic rétrospectif de la réfraction.

Si on appelle N le numéro métrique de la lentille qui, placée en ce point, permet au sujet de lire les plus petits caractères possibles d'une échelle progressive placée à 5 mètres de distance au moins, et R, le déficit ou l'excès de la réfraction, c'est-à-dire le degré d'hypermétropie ou de myopie, avant la perte du cristallin, on arrive, par la méthode qu'indique M. Badal, à la formule suivante simple :

$$R = 28 - 2,5\ N$$

dans laquelle R et N expriment des dioptries.

Lorsque N est égal à O, c'est-à-dire lorsqu'il n'est besoin, à un opéré de cataracte, d'aucun verre correcteur pour voir au loin, R est égal à 28. Cela signifie que le sujet avait primitivement une myopie de 28 dioptries.

M. Badal a observé tout récemment un malade qui, à la suite d'une luxation traumatique du cristallin dans le corps vitré, se trouvait n'avoir qu'une hypermétropie de 3 dioptries (1/13 ancien). Avant la luxation du cristallin, la myopie était donc égale à 19 dioptries et demie ($R = 28 - 2,5 \times 3 = 19.50$). Un opéré de cataracte a eu besoin au contraire d'un verre relativement fort le + 14 ; c'est qu'il y avait antérieurement une hypermétropie de 7 dioptries ($R = 28 - 2,5 \times 14 = - 7$).

Il est bien entendu que le verre placé à 24 millimètres de la cornée pour faire le diagnostic rétrospectif de la réfraction n'est pas celui qu'il faut prescrire à l'opéré. Les verres de lunettes sont généralement tenus à une distance moindre ; il faut donc un verre plus fort, à déterminer empiriquement comme d'habitude.

Absorption des matières colorantes par les tissus végétaux. — M. POUCHET dépose sur le bureau un rapport de MM. Mer et Maxime Cornu, sur l'absorption des matières colorantes par les tissus végétaux vivants ; l'expérience a parfaitement réussi pour diverses substances tinctoriales, telles que le carmin et la fuchsine. M. Pouchet rappelle qu'il a obtenu les mêmes résultats avec certains tissus d'animaux vivants.

Inoculabilité de l'acné varioliforme. — M. VIDAL communique un fait, qui prouve l'inoculabilité du molluscum contagiosum (acné varioliforme). Les premières recherches ont été infructueuses ; mais l'inoculation a réussi au bout de trois mois chez un de ses externes, qu'il présente à la Société. Dans un cas de Retzius, la tumeur caractéristique a apparu six mois après l'inoculation.

DÉCRET

RELATIF AUX CONDITIONS A REMPLIR POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts ;

Vu le titre II de la loi du 19 ventôse an XI et l'arrêté du gouvernement du 20 prairial de la même année ;

Vu la loi du 10 mai 1806 et le décret du 17 mars 1808;

Vu l'article 14 de la loi du 14 juin 1854;

Vu le décret du 22 août de la même année, portant règlement financier des établissements d'enseignement supérieur et, notamment, les articles 2, 12 et 13;

Vu le décret du 28 octobre 1854;

Vu le décret du 23 août 1858;

Vu l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique;

Le Conseil d'État entendu,

Décrète:

Art. 1er. — Les études pour obtenir le diplôme de docteur en médecine durent quatre années; elles peuvent être faites, pendant les trois premières années, soit dans les facultés, soit dans les écoles de plein exercice, soit dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Les études de la quatrième année ne peuvent être faites que dans une faculté ou une école de plein exercice.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, au moment où ils prennent leur première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres et le diplôme de bachelier ès sciences restreint pour la partie mathématique.

Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse. Les deuxième, troisième et cinquième examens sont divisés en deux parties.

Les examens de fin d'année sont supprimés.

Art. 3. — Les cinq examens portent sur les objets suivants:

Premier examen.

Physique, chimie, histoire naturelle médicale.

Deuxième examen.

1re partie : Anatomie et histologie.

2e partie : Physiologie.

Troisième examen.

1re partie : Pathologie externe, accouchements, médecine opératoire.

2e partie : Pathologie interne, pathologie générale.

Quatrième examen.

Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie.

Cinquième examen.

1re partie : Cliniques externe et obstétricale.

2e partie : Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Thèse.

Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix.

Art. 4. — Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième; la première partie du deuxième examen, après la dixième inscription et avant la douzième, et la seconde partie de cet examen, après la douzième et avant la quatorzième inscription.

Le troisième examen ne peut être passé qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études.

Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le premier examen en novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Art. 5. — Les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires, sont examinés devant les facultés aux époques fixées au précédent article; ils peuvent toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription. Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième partie) avant la treizième inscription, et sont soumis, chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Art. 6. — Les inscriptions d'officier de santé ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions de doctorat, pour les élèves en cours d'études; cette conversion pourra être autorisée en faveur des officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins.

Art. 7. — Les travaux pratiques de laboratoire, de dissection et le stage près des hôpitaux sont obligatoires.

Chaque période annuelle des travaux de laboratoire et de dissection comprend un semestre.

Le stage près des hôpitaux ne peut durer moins de deux ans.

Art. 8. — Les droits à percevoir des aspirants au doctorat en médecine sont fixés ainsi qu'il suit:

16 inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque			520 fr.
8 examens en épreuves à 30 fr			240
8 certificats d'aptitude à 25 fr			200
Frais matériels de travaux pratiques.	1re année	60 fr.	160
	2e année	40	
	3e année	40	
	4e année	20	
Thèse			100
Certificat d'aptitude			40
Diplôme			100
Total			1.360 fr.

Art. 9. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury ne répond pas à l'appel de son nom, le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois et perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.

Art. 10. — Les droits acquittés par les élèves des facultés sont versés au Trésor public. Les droits d'inscriptions et de travaux pratiques acquittés par les élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires sont versés dans les caisses municipales.

Art. 11. — Le présent décret recevra son exécution à partir du 1er novembre 1879.

Les aspirants inscrits avant cette époque pourront choisir entre le nouveau mode d'examens et le mode antérieur. S'ils optent pour le mode nouveau, ils devront, dans tous les cas, subir toutes les épreuves établies par l'article 3 ci-dessus.

Le présent décret restera seul en vigueur à partir du 1er novembre 1885.

Art. 12. — Toutes les dispositions contraires au présent règlement sont et demeurent abrogées.

Art. 13. — Le ministre des finances et le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beux-arts sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 20 juin 1878.

Maréchal DE MAC MAHON,
duc DE MAGENTA.

Par le Président de la République :
Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,
A. BARDOUX.

Le Ministre des finances,
LÉON SAY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 20 juin 1878, un congrès international de démographie est autorisé à se tenir au palais du Trocadéro, du 5 au 9 juillet 1878.

Programme des travaux. — Recensement de la population. — Registres de population. — Enregistrement des actes de l'état civil et constatations médicales des naissances et des décès. — Morts-nés. — Méthodes de calcul de la mortalité. — Statistique sanitaire et topographie médicale. — Fixation du jour qui commence la semaine. Organisation des bureaux de statistique. — Bulletin pério-

dique de démographie dans les grandes villes. — Projet d'une publication démographique récapitulative dans chaque pays. — Émigration. — Programme d'enseignement de la démographie.

— *École de pharmacie de Paris.* — Sont nommés maîtres de conférences près l'École supérieure de pharmacie de Paris pour l'année scolaire 1877-1878 :

MM. Prunier, licencié ès sciences, pharmacien de 1[re] classe, travaux pratiques de chimie élémentaire et de pharmacie;

Beauregard, docteur ès sciences, pharmacien de 1[re] classe, botanique micrographique.

— *Association française pour l'avancement des sciences.* — Les travaux du congrès de Paris sont préparés par les présidents de section qui reçoivent, dès à présent, l'indication des communications qui doivent être présentées pendant la session (22-29 août 1878).

Nous donnons ci-dessous la liste des présidents des sections du groupe des sciences naturelles.

8e section. Géologie. M. le comte de Saporta.
9e section. Botanique. M. H. Baillon.
10e section. Zoologie et zootechnie. M. de Quatrefages.
11e section. Anthropologie. M. le docteur Bertillon.
12e section. Sciences médicales. M. le docteur Tessier.

Les titres des mémoires peuvent être adressés au secrétaire du Conseil (76, rue de Rennes, à Paris), qui se chargera de les transmettre aux présidents de section.

— M. G. Poinsot vient d'être nommé, à la suite d'un brillant concours, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

— S. M. le roi de Portugal vient de conférer à M. le docteur Moreau-Wolff, précédemment nommé commandeur de l'ordre de Notre-Dame de la Conception, le titre de chevalier gentilhomme de sa cour. Cette distinction a été accordée à notre confrère, en témoignage de la haute satisfaction du roi, pour les soins qu'il a donnés à un personnage éminent du royaume.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Les signes physiques des folies raisonnantes (état mental de Sandon). Étude clinique, par le Dr Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre, in-8° de 76 pages. Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50. — Ad. Delahaye, éditeur.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.240
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et en rayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Pilules du Brésil

(AU JÉQUITIBA).

Contre les accès de **Goutte** et les **Rhumatismes**. Cet agent spécifique (laxatif) élimine vite les produits de ces affections. 4 pilules par jour, à jeun.

Capsules de Hollande

(A L'ÉTHÉROLÉ DE GENIÈVRE)

Contre la **Gravelle**. Cet agent délite les calculs, guérit et prévient les crises néphrétiques. 2 à 4 par jour, matin ou soir.

10 fr. le flac. Ph. Moppert, r. du Temple, 51, *Paris*.

Avantages du phosphate de fer

SOLUBLE

De LERAS, pharmacien, docteur ès-Sciences.

1° *Solution, Sirop, Pastilles*, soit trois formes différentes, satisfaisant à toutes les exigences des prescriptions médicales. La *Solution* et le *Sirop* contiennent, par cuillerée à bouche, 20 centigr. de sel ferrique; les *Pastilles*, chacune 10 centigr.

2° *Préparations incolores*, ni goût, ni saveur de fer, action nulle sur les dents et, par conséquent, acceptation parfaite par tous les malades sans distinction.

3° *Pas de constipation*, grâce à une petite quantité de sulfate de soude, qui se produit dans la préparation de ce sel, sans influer, en quoi que ce soit, sur la saveur du médicament.

4° *Réunion des deux principaux éléments des os et du sang*, fer et acide phosphorique, circonstance qui est d'une grande influence sur l'action digestive et respiratoire.

5° *Pas de précipitation en présence du suc gastrique*, par conséquent, sel immédiatement digéré et assimilé, toujours bien supporté par les estomacs les plus délicats, qui ne peuvent tolérer les préparations ferrugineuses les plus estimées.

Dépôt : rue de la Feuillade, 7, et dans les principales pharmacies.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement gros : 20, place des Vosges, Paris.

Tamar indien Grillon.

(Électuaire lénitif n° 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris. Bte, 2 fr. 50.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr. à Laroche.

Quina Laroche (*ÉLIXIR vineux*).

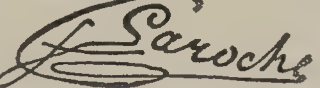
Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de l'*Élixir vineux de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 19, rue Drouot.



Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe,

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Sirop MINÉRAL SULFUREUX Crosnier

(goudron et monosulfure de sodium inaltérable). Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante.

DEPOT : rue Vieille-du-Temple, 21, Paris.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

VIN FORESTIER A LA VIANDE.

VIN FORESTIER A LA GLYCÉRINE PURE.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Diathèse urique.

Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Diabète, Albuminurie. Coliques néphrétiques. Coliques hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.

CITRATE DE LITHINE.

BENZOATE DE LITHINE.

SALICYLATE DE LITHINE.

BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharmacies

EAU ARSÉNICALE DE LA

Bourboule,

GRANDE SOURCE PERRIÈRE

(*La plus arsénicale connue.*)

Guérison radicale : lymphatisme, scrofule, fièvres intermittentes, maladies de poitrine, de la peau, des os, etc., etc.

Compagnie des eaux minérales de la Bourboule, à Clermont-Ferrand.

Bain Pennès, reconstituant,

stimulant et résolutif des plus efficaces.

Expérimenté avec succès dans **15** *Hôpitaux.*

— Prix : 1 fr. 25. — *Se garantir des contrefaçons en exigeant le* TIMBRE DE L'ÉTAT *sur l'étiquette.* — **Vente en gros**, à la Fabrique, 2, r. de Latran, Paris. — **Dépôt**, dans les pharmacies.

N° 74. — JEUDI 27 JUIN 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 27 JUIN 1878. — N° 74

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous disions à propos de la dernière séance qu'on se serait attendu à voir M. Lister parler sur le pansement des plaies. En effet, cette question est à l'ordre du jour, et déjà, depuis quelques années, elle préoccupe les chirurgiens plus que toute autre. Il ne s'agit pas simplement de vues théoriques: selon qu'on adopte telle ou telle bannière, la pratique est très-différente.

Deux camps principaux sont en présence : d'une part, celui de M. Pasteur et de tous ceux qui, comme lui, recherchent dans l'air, dans les germes et les corpuscules animés en suspension dans l'atmosphère, la cause des fièvres purulentes, des fièvres putrides, etc. Parmi ceux-là figurent au premier rang MM. Lister et Alphonse Guérin.

D'autres, M. Le Fort est du nombre, n'admettent pas que des maladies, qui peuvent être épidémiques, aient une origine si banale, pour ainsi dire. Ils croient à un poison spécial qui n'existe pas d'habitude au sein de l'air que nous respirons, qui peut s'engendrer spontanément chez l'homme, comme le choléra ou la peste, dans des conditions mal déterminées, et qui, une fois ainsi produit, se transmet d'un malade à l'autre par une contagion directe.

Tandis que les premiers se prémunissent surtout contre l'accès de l'air atmosphérique, ainsi qu'on le faisait du reste antérieurement d'après les théories de M. Jules Guérin, les autres ont uniquement en vue la contagion soit par les instruments, soit par les mains de l'opérateur, soit par les pièces de pansement, etc., et ils s'inquiètent fort peu de l'air et de ses germes. Dans les opérations d'ovariotomie auxquelles je suis allé assister à Strasbourg, il y a dix ou douze ans, Koeberlé procédait déjà résolûment suivant les principes de ceux-ci. Il ouvrait largement le ventre, en étudiait la cavité dans tous ses recoins, dévidant les anses intestinales et les déployant à l'air libre, allant chercher dans le petit bassin les annexes de l'utérus pour les examiner en pleine lumière, et finissant par étendre en avant de la masse intestinale, au moment de recoudre la plaie, le grand épiploon, en guise de tablier. Mais tout ce qui pouvait se trouver en contact avec les tissus divisés ou le péritoine, avait d'abord été d'abord lavé à l'alcool : les bistouris, les pinces, les éponges, les mains des aides et les siennes. Les instruments étaient en outre passés un instant dans la flamme pour être entièrement dépouillés de toute matière organique. Grâce à ces précautions, les malades guérissaient, malgré l'entrée si largement ouverte à tous les germes atmosphériques.

Au contraire, M. Péan, pour cette même opération, se préoccupe non-seulement de la contagion par les instruments, mais du contact de l'air. Il ne découvre de la tumeur que ce qui est indispensable, ayant soin de faire presser contre elle les lèvres de la plaie abdominale, de manière que la cavité du péritoine se trouve fermée le plus longtemps et le plus complètement possible. Cela lui donne peut-être l'avantage de ne pas craindre le dessèchement de la séreuse et les accidents qui en résultent quand l'opération doit durer plus d'une heure ou d'une demi-heure. Mais, si le danger était dans les germes atmosphériques, il ne leur faudrait pas si longtemps pour se fixer sur ce terrain propice et y exercer leurs ravages.

Je cite la pratique des ovariotomistes, parce que ce sont eux qui ont démontré l'utilité de tous ces petits soins, qu'on négligeait trop jusque-là dans les services de nos hôpitaux. Si la chirurgie est entrée, à ce point de vue, dans une voie nouvelle; si tout le monde attache une si grande importance à préserver les plaies de dangers extérieurs, c'est surtout à eux qu'on le doit.

On a voulu se rendre compte de la cause de leurs succès que rendaient si frappants les insuccès des maîtres.

Dans la séance d'aujourd'hui, la discussion sur le pansement des plaies a repris, avec une véhémence que nous n'avons pu reproduire dans notre compte-rendu. Les questions de personnes y ont occupé trop de place. M. Le Fort s'était étonné de la vivacité de certains passages du discours prononcé le 7 mai dernier par M. Alphonse Guérin, et il a tenu à répondre, d'autant plus que sa pensée lui semblait mal comprise et mal interprétée. Il a été lui-même un peu vif, un peu mordant, tout en gardant toujours sa voix calme, à peine nuancée, presque monotone et un certain air de bonhomie. M. Alphonse Guérin s'est montré plus violent dans sa réplique; on pouvait voir qu'il était moins maître de lui.

M. Depaul est intervenu incidemment, pour soutenir, en ce qui touche au moins la fièvre puerpérale, une opinion qui l'isole à la fois des deux adversaires. Suivant lui, cette maladie ne résulte pas plus de la contagion que des germes

atmosphériques. Elle se produit spontanément chez les femmes qu'elle atteint.

Alors qu'elle est épidémique, ce n'est pas un contact direct qui provoque son éclosion; ce sont certaines conditions générales, parmi lesquelles l'encombrement joue un très-grand rôle.

La suite de la discussion a été, vu l'heure avancée, remise à une autre séance. Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Péritonite suppurée consécutive à l'ablation d'un polype utérin.

Nous avions, dans le cabinet de la salle des femmes, une malade qui a succombé après avoir subi une opération extrêmement simple : je veux parler de l'ablation d'un polype de l'utérus.

Ce que nous avons remarqué de plus curieux parmi les phénomènes cliniques que nous a présentés cette malade, c'est que, bien qu'elle eût gardé le repos le plus absolu, elle a été prise, trois jours après l'opération, d'un malaise général avec un léger mouvement fébrile et de quelques douleurs vagues dans le ventre. Le lendemain elle eut un vomissement; mais, quoique ce phénomène ne se fût pas reproduit, quoique le ventre ne fût pas ballonné et que les douleurs n'eussent pas augmenté, je commençai à concevoir quelques inquiétudes sur l'état de cette malade.

Un certain nombre de femmes peuvent en effet succomber après l'opération d'un polype utérin : le chiffre des insuccès dans ces conditions est même assez considérable puisque, ainsi que je l'ai rapporté dans la première édition de ma *Clinique de la Charité* publiée en 1873, j'ai noté neuf cas de mort sur cinquante-deux opérées. Depuis cette époque, j'ai eu, il est vrai, un peu moins de revers; mais, jusqu'à l'année dernière, je n'avais pas encore perdu de malades à l'hôpital. J'attribuais ce résultat aux nombreuses précautions dont je m'entourais. En effet, j'opérais les femmes sans les prévenir, en les faisant venir à l'amphithéâtre sous le prétexte seulement de les examiner, en les obligeant après l'opération à garder le repos le plus absolu, quand l'une d'entre elles qui présentait d'ailleurs, avec une tumeur suspecte, un peu d'épithélioma du col, a succombé aux causes que je vais vous indiquer à propos de la malade qui fait le sujet de cette leçon.

Cette dernière avait donc été opérée dans des conditions extrêmement bonnes, quand, ainsi que je vous l'ai dit, trois jours après, elle a été prise des phénomènes que je vous ai indiqués. Chose remarquable, le symptôme capital qu'elle nous a présenté a consisté surtout dans une dyspnée considérable, coïncidant avec un peu de matité dans le côté gauche de la poitrine d'abord, puis bientôt à droite. Ces phénomènes nous avaient primitivement fait admettre l'existence d'une pneumonie double, si bien que nous nous étions demandé si nous n'avions pas simplement affaire à une affection thoracique. Mais j'avais trop souvent assisté à des cas de ce genre pour conserver longtemps des illusions à cet égard et ne pas reconnaître que ces accidents étaient ceux d'une congestion pulmonaire liée à une péritonite larvée.

Cette femme ayant succombé, nous avons fait l'autopsie, et voici ce que nous avons constaté. Outre la présence dans les plèvres, surtout à gauche, d'un épanchement assez peu abondant et, dans les poumons, de lésions très-caractéristiques de broncho-pneumonie, ce qui dominait, c'était, du côté du ventre, l'existence d'une péritonite purulente excessivement intense. Mon diagnostic s'était donc réalisé : consécutivement à l'ablation d'un polype utérin, cette femme avait contracté une péritonite suppurée qui, quoique considérable, n'avait pourtant donné lieu pendant la vie qu'à des symptômes extrêmement peu accusés.

Quel rapport cette affection avait-elle donc eu avec l'opération que nous avions fait subir à cette malade?

Il faudrait être disposé à se faire de bien grandes illusions ou avoir eu bien peu souvent l'occasion d'enlever des polypes utérins, pour ne voir dans ces faits qu'une simple coïncidence. Voici en effet ce que nous avons trouvé chez cette femme du côté de la matrice.

Au premier abord, l'utérus n'est pas très-malade en apparence : sa surface interne, un peu rouge, un peu congestionnée, ne présente pas trace de pus. Ses parois utérines, épaissies, n'en contiennent pas davantage. Examinant alors la matrice dans le point où s'implantait la tumeur, on constate à ce niveau une petite plaie, mais le fond de cette petite solution de continuité ne contient pas non plus le plus petit globule de pus. Il n'est pas douteux pourtant qu'il s'en soit formé et qu'il ait été entraîné au dehors, au fur et à mesure de sa production par le liquide séro-sanguin que cette femme n'a cessé de perdre par le vagin jusqu'au dernier moment, contrairement à ce qu'on observe en pareil cas.

Mais c'est surtout dans l'état des trompes que nous avons trouvé l'explication de cette péritonite. Le pavillon de la trompe droite, de même que celui du côté opposé, est en effet congestionné, hyperémié, et présente un épaississement notable de la muqueuse. De plus, si l'on divise ces conduits et que l'on exerce une pression sur leur trajet, on voit sourdre par l'orifice de la section une quantité très-appréciable de pus. Nous avions donc, par conséquent, une métrite intense, sans suppuration apparente, parce que le pus s'écoulait au dehors à mesure qu'il était sécrété; mais une inflammation manifeste s'était propagée aux trompes ainsi que le prouve l'état de ces canaux et la présence d'un liquide purulent à leur intérieur, puis enfin, par l'intermédiaire de ceux-ci, avait gagné le péritoine.

Mais pourquoi avons-nous une péritonite suppurée, alors que tant d'autres femmes n'ont, dans des conditions analogues, aucune altération, ou bien ont simplement un peu de congestion de ces parties? Cela peut tenir à différentes raisons que nous ne connaissons pas, mais qu'il n'est pas sans intérêt de rechercher.

Peut-être l'une de ces raisons est-elle la section au niveau même de la surface interne de l'utérus d'un polype qui n'avait pas beaucoup de pédicule et qui nous a conduit involontairement à entamer un peu de muqueuse. Il se pourrait, en effet, que ce fût une chose fâcheuse d'être contraint, dans des cas de ce genre, d'opérer sur un pédicule très-court, et que ce peu de longueur permît à l'inflammation, qui se développe au niveau du point sectionné, de se propager avec une très-grande facilité à la face interne de la matrice, puis de celle-ci aux trompes et enfin au péritoine lui-même.

Une autre raison qu'on pourrait également invoquer est la suivante. Avant d'opérer cette malade et conformément à ce que j'ai l'habitude de faire en pareil cas, afin d'éviter les erreurs de diagnostic et entre autres celle de confondre un polype utérin avec un renversement de la matrice, je me suis

servi de l'hystéromètre pour m'assurer qu'il y avait, à droite et à gauche du point d'implantation de la tumeur, une cavité très-prononcée et que, par conséquent, nous avions bien réellement affaire à un polype. J'ai introduit l'instrument avec des précautions infinies ; je l'ai fait entrer à peine à cinq ou six centimètres de profondeur sans même toucher le fond de l'utérus et me bornant à constater simplement qu'il n'y avait pas de renversement de la matrice. Eh bien, faut-il attribuer une certaine part dans la production de la métrite à cette introduction de l'hystéromètre dans la cavité utérine? J'avoue que je n'y suis pas très-disposé, mais pourtant je saisis cette occasion pour vous dire que l'hystéromètre n'est pas toujours inoffensif. C'est un instrument dont je me sers très-peu, parce que j'ai vu assez souvent son introduction dans la matrice être suivie de péritonite, surtout après une exploration un peu prolongée. Il est vrai qu'il est difficile de s'en passer et que, sans lui, on s'expose à des erreurs de diagnostic extrêmement fâcheuses qui peuvent conduire le chirurgien, comme cela m'est arrivé l'année dernière, à opérer un renversement de l'utérus croyant enlever un polype. Quoi qu'il en soit, sans être fixé sur le rôle de l'hystéromètre en pareil cas, ma conclusion est qu'on ne doit se servir de cet instrument qu'avec une extrême prudence; le remplacer, si c'est possible, par le doigt, et, mieux encore, se passer de l'un et de l'autre toutes les fois qu'on pourra faire sûrement le diagnostic sans être obligé de recourir à ces moyens.

Enfin, vous vous rappelez qu'en passant auprès du lit de cette malade, je vous ai fait remarquer que, le jour même où je l'ai opérée, sa voisine, qui avait elle-même subi quelques jours auparavant une petite opération pour un trajet fistuleux à l'anus, venait d'être prise d'érysipèle, très-bénin à la vérité, mais enfin incontestable. Est-ce au voisinage de notre malade avec une femme atteinte d'érysipèle qu'il faut attribuer la complication fâcheuse qui s'est développée chez elle? C'est bien difficile à établir : pourtant il y a longtemps déjà que, en raison de la coïncidence fréquente de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale dans les hôpitaux, je considère la métrite suppurée et la péritonite grave comme une manifestation érysipélateuse. Cette opinion, je le reconnais, est un peu hypothétique ; mais, je le répète, comme il est fréquent de voir se développer des épidémies de fièvre puerpérale dans les salles de femmes en couches où règnent des épidémies d'érysipèle, comme il est certain que ces affections ont toutes deux un caractère infectieux, peut-être pourrait-on établir un rapport entre la métrite puerpérale et la métrite de nature traumatique et admettre que l'érysipèle exerce sur celle-ci l'action fâcheuse qu'il semble produire sur celle-là. Je dis cela parce que nous avons précisément, au numéro 22 de la même salle, une autre femme que nous avons opérée également d'un polype utéro-folliculeux, qui ne va pas bien non plus. Chez cette dernière l'opération que nous avons pratiquée, il y a cinq ou six jours, a été extrêmement simple, et il est certain qu'ici le tissu utérin n'a pas été entamé, car il s'agissait d'un polype flottant, muni d'un pédicule extrêmement long et qui donnait à la tumeur, qui d'ailleurs était très-petite, la forme d'un véritable battant de cloche. Comme pour la précédente, j'avais introduit l'hystéromètre pour faire mon diagnostic; mais, comme chez la première également, l'exploration avait duré quelques secondes à peine, et l'instrument n'avait pas pénétré jusqu'au fond de la cavité utérine. Eh bien, cette malade, qui jusque-là s'était portée très-bien, n'a pas, il est vrai, de symptômes bien francs de péritonite, mais depuis hier elle se plaint de quelques coliques et accuse un peu de douleur à la pression. Ces phénomènes coïncident, je dois le dire, avec la venue de ses règles, de sorte que j'espère que cela ne sera rien ; mais je ne dissimule pas que cet état m'inspire quelques inquiétudes qui, si elles se réalisent, seront une nouvelle preuve à l'appui de la théorie que je viens de vous indiquer sur la forme érisypélateuse de certaines péritonites suppurées.

LE MAL PERFORANT (1)

Par le Dr H. Butreville

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Conclusions. — Le mal perforant est un ulcère trophique, insensible, dont la pathogénie est variable. Cette affection, toujours produite par une compression, succède presque toujours à un durillon plantaire et coïncide fréquemment avec une malformation du pied, congénitale ou acquise. — Les théories qui ont pour but d'expliquer la pathogénie du mal perforant répondent chacune à un certain nombre de cas. Mais on ne peut les adapter chacune à tous les cas. — En effet, l'apparition du mal perforant est favorisée tantôt par une lésion nerveuse centrale ou périphérique, tantôt par l'athérome artériel, tantôt, au contraire, aucune de ces théories n'est admissible ; seule, la cause locale, le durillon existe. Et alors, ou bien l'ulcération débutant par les parties superficielles (dermo-synovite de M. Gosselin) gagne peu à peu les parties profondes, os et articulations ; ou bien l'inflammation commence par les os et les articulations (opinion de Maurel), le durillon ne s'ulcérant que tardivement ; ou bien, les articulations et les os étant intacts, ou, plus souvent, présentant une hypertrophie, résultat d'une inflammation antérieure (goutte, rhumatisme), ne sont recouverts que par ce durillon, les parties molles intermédiaires ayant disparu. Les malades qui, porteurs de durillons, se soignent méthodiquement les pieds, ne prennent pas de maux perforants. Le mal perforant, même lorsqu'il a atteint les os et les articulations, peut se guérir sans opération, sous l'influence seule du repos. Mais, assez souvent, on en est réduit à amputer le pied malade en totalité ou en partie. Le mal perforant récidive fréquemment ; il récidive : 1° au niveau de la cicatrice de l'ulcère, quand la guérison a été obtenue par le repos ; 2° au point du pied qui pose sur le sol et qui supporte la plus grande pression, quand on a fait subir au pied une opération chirurgicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juin 1878. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend :

1° Les comptes-rendus des épidémies qui ont été observées en 1877 dans les départements du Cher, des Hautes-Alpes et de la Seine (commission des épidémies).

2° Le rapport général de M. le médecin-inspecteur des eaux de Bourbon-Lancy pour l'année 1876 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remercîment de MM. les docteurs Sorel, Luton, Bernard, Salesse, de Brye et Moullié, lauréats de l'Académie.

2° Un mémoire intitulé : *Nouvelles considérations sur le croup au point de vue de sa nature et de son traitement* (commission du prix Barbier).

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Bintot, médecin principal de première classe, un mémoire manuscrit intitulé : *Étude statistique sur les dyspepsies traitées à l'hôpital militaire thermal de Vichy*, et un autre mémoire intitulé : *Dyspepsies avec diminution du volume du foie, traitées à Vichy en 1877.*

LECTURE

M. le docteur MÉHU, pharmacien de l'hôpital Necker, lit une note sur une *Nouvelle méthode d'extraction des pigments d'origine animale*. Cette méthode est générale ; elle s'applique à la fois aux matières colorantes et aux matières albuminoïdes. Elle consiste à saturer de sulfate d'ammoniaque le liquide, préalablement acidulé par un peu d'acide sulfurique, puis à jeter sur un filtre ce liquide, dont les pigments et les substances albuminoïdes se sont précipités et restent sur le filtre.

M. Méhu a séparé des urines de divers malades, par ce moyen, le pigment spinal, appelé improprement hémaphéique, les pigments biliaires, les acides biliaires, le pigment rouge hépatique ; des matières fécales, un pigment rouge analogue ; de la bile, tous les acides biliaires, les pigments et le mucus qu'elle renferme ; des matières vomies, les mêmes pigments et les mêmes acides ; du lait, toute la caséine et tout le beurre ; il a également extrait par la même méthode un assez grand nombre de principes colorants végétaux déjà connus.

DISCUSSION SUR LE PANSEMENT DES PLAIES.

M. LÉON LE FORT n'avait pas l'intention de reprendre la parole dans cette discussion ; mais, dans la séance du 7 mai, M. Alphonse Guérin est venu donner une interprétation erronée à son premier discours, et il l'a fait sous une telle forme qu'une réponse est nécessaire. Rien pourtant dans ce premier discours ne justifiait la vivacité de M. Alphonse Guérin.

M. Le Fort s'y était attaché à être impartial par rapport à lui comme par rapport à tous ; et il déclare mériter l'éloge que M. Guérin lui-même lui adresse en ces termes : « M. Le Fort ne s'entête pas dans ses convictions, et, quand la vérité apparaît à son esprit, il s'empresse de s'incliner. » Oui, c'est ce qu'il a fait en effet quand, en ce qui touche l'hygiène hospitalière, il s'est aperçu qu'il avait accordé d'abord trop d'importance au mode de construction, à l'orientation, au cubage des salles et à toutes les autres conditions architecturales.

Il n'a pas été des derniers à reconnaître qu'il s'était trompé. Ainsi, cet éloge, il l'accepte, car il le mérite ; mais M. Jules Guérin, en le lui décernant, avait une tout autre pensée, ainsi que le démontre la suite de sa phrase. Il croyait voir une contradiction entre les deux parties de ce même discours ; il se figurait que M. Le Fort, en admettant dans la seconde un *contage* pour l'infection purulente, s'était rapproché des théories de lui-même et de M. Lister. Or il n'en est nullement ainsi. Pour MM. Guérin et Lister, le premier principe, l'origine de l'infection purulente est tout extérieure ; elle est intérieure pour M. Le Fort ; c'est le malade lui-même qui, dans de certaines conditions défavorables, crée la maladie dont il succombera et qui par contagion pourra se propager à d'autres. Ainsi ce que MM. Guérin et Lister attribuent à des germes venus de l'atmosphère, M. Le Fort le fait naître au contraire par une action individuelle engendrant un poison capable de se transmettre. Il ne se fait pas, comme eux, l'écho de M. Pasteur ; il ne montre pas le vibrion de l'infection purulente. Il croit à un poison morbide, et il prémunit ses opérés contre l'introduction possible de ce poison. Le vibrion, s'il était le coupable, se rencontrerait partout ; on n'aurait donc pas à distinguer entre les grands et les petits hôpitaux, entre la pratique hospitalière et la pratique de la ville, entre les grandes cités et les campagnes. Partout l'infection purulente devrait également sévir. Or chacun sait qu'il n'en est rien. Et puis, ce vibrion, il faudrait le montrer dans les abcès métastatiques, ce qui n'a pas encore été fait. Enfin il faudrait que, partout où le vibrion apparaît sur une plaie, l'infection purulente en fût forcément la conséquence.

Or, bien loin de là, on a trouvé des vibrions en grande quantité sous des pansement faits avec soin suivant la méthode de M. Alphonse Guérin et par M. Guérin lui-même. On en trouve chez des malades qui ont parfaitement guéri.

Suivant MM. Ranke et Fescher (de Strasbourg), ce serait la règle que de trouver de ces vibrions sous les pansements de Lister, même le mieux exécutés, et pourtant on ne voit pas alors se déclarer d'infection purulente. Là n'est donc pas le nœud de la question. Ce nœud est dans la contagion. Du reste, il faut le reconnaître, MM. Lister et Guérin agissent comme s'ils étaient contagionnistes, e de là viennent leurs succès. Mais comment se fait cette contagion ? Est-ce par l'air respiré ? Non. Chacun prend des précautions contre la contagion qui vient par la plaie ; nul ne se préoccupe de l'air respiré, et on a raison. Est-ce donc par l'air, sur la plaie ? Non, car des chirurgiens, qui ne réussissent pas mieux que les autres, notamment Rose, ont pris pour système de laisser la plaie au contact direct de l'air atmosphérique. Cette contamination a surtout pour agent les pièces de pansements, les pinces, les éponges, les instruments, etc., et les médecins des hôpitaux. Le contage, M. Le Fort ne songe pas à l'appeler vibrion. C'est un principe toxique, mais de quelle nature ? Solide ou liquide ? Il l'ignore. Ce qu'il nie, c'est qu'on le rencontre dans l'air normal, comme le supposent MM. Lister et Guérin. L'idée que l'air renfermerait tout le cadre nosologique ne lui paraît pas admissible, car alors pourquoi les mêmes germes seraient-ils prolifiques à l'hôpital, féconds en ville, et complètement inféconds chez les malades isolés et à la campagne ? Mais il n'est pas douteux, au point de vue clinique, qu'il n'y ait un contage créé par l'infection purulente, de même que la fièvre puerpérale se transmet bien évidemment d'un sujet à l'autre.

Pour triompher plus aisément, M. Guérin lui attribue des opinions qu'il n'a jamais eues : ainsi, la croyance qu'une simple varice peut être la cause d'une infection purulente.

M. Le Fort met au défi son contradicteur de trouver cette opinion émise dans quelque passage de son discours. Il a parlé seulement des phlébites suppurées, et sur ce point les travaux récents de MM. Verneuil et Donce ne laissent aucun doute.

M. Guérin accuse M. Le Fort d'ignorer ce dont il parle ; il a fait usage de toutes les méthodes, et pendant cinq mois de l'année 1877 il a fait le pansement de Lister. M. Guérin lui reproche aussi d'avoir mal traduit l'opinion de Lister sur l'influence des vibrions dans la production du pus ; mais il avait exactement reproduit un passage même de Lister, cité par Holme et Lucas-Championnière, et qui démontre que Lister place les vibrions au nombre des causes pouvant amener la suppuration par irritation.

M. Guérin aurait pu se montrer plus aimable pour M. Le Fort. Celui-ci ne désirait que s'éclairer le plus possible. N'ayant encore, sur les résultats obtenus par M. Guérin, que la statistique de M. Hervez, laquelle portait sur les époques les plus défavorables, le siège, la Commune et ce qui s'en est suivi, il s'est adressé à son confrère pour obtenir des statistiques complètes. Voici ce que lui a répondu M. Guérin :

« Mon cher collègue,

« J'ai le malheur d'avoir en mes internes une confiance qu'ils ne méritent pas. Depuis dix ans, tous ceux que j'ai eus m'ont promis de publier la statistique des faits observés par eux dans mon service, et j'attends encore la première de ces notes.

« Tous ont été convaincus de l'efficacité de ma méthode, mais personne n'a rien publié.

« J'ai eu le tort de ne pas me charger de ces publications, mais j'ai été retenu par le respect humain. J'ai pensé que les bons résultats obtenus devaient être portés à la connaissance du public médical par d'autres que par moi.

« Je peux toutefois vous affirmer que, depuis l'application de mon pansement, l'infection purulente n'a jamais été vue dans mon service.

« J'ai en ce moment à l'Hôtel-Dieu une malade à laquelle j'ai amputé l'avant-bras, il y a dix jours. Si vous vouliez la voir, je prendrais rendez-vous avec vous pour la dépanser. Ce n'est qu'en voyant que vous pourrez juger.

« Ne voulant pas profiter de ma découverte, j'ai trop négligé la publicité, et chaque jour je reconnais la vérité des reproches que V... m'a souvent adressés. Mon pansement n'est pas connu, même de la plupart de mes collègues des hôpitaux, etc. »

C'était au commencement de novembre, lors de la reprise des cours. M. Le Fort n'a pas eu le temps de se rendre à l'invitation de M. Guérin, qui ne lui eût du reste rien appris sur les résultats de la méthode. Mais il aurait tenu à des statistiques comprenant tous les cas.

Son désir n'avait pas été satisfait par M. Guérin qui, ne voulant rien publier, n'obtenant rien de ses internes, occupé d'ailleurs à d'autres travaux, n'a fourni encore, dans son discours du 7 mai dernier, que des chiffres fort incomplets, comprenant seulement les années 1874 et suivantes. Entre la statistique de M. Hervez et celle-ci il restait donc une lacune de deux ans, puisque M. Hervez s'arrête en 1871. Pour être agréable à M. Guérin, M. Le Fort comble cette lacune en faisant connaître les résultats qu'il a trouvés sur les registres de l'Hôtel-Dieu.

En 1872 et 1873, M. Guérin a appliqué son pansement sur six amputés de la cuisse, qui sont morts tous les six. La cause de la mort portée sur les registres est, pour le premier, le tétanos, pour le second le délire alcoolique, pour le troisième une cachexie scrofuleuse, pour les quatrième et cinquième l'*infection purulente*, pour le sixième un érysipèle grave.

Ce ne sont point là des résultats bien encourageants.

M. ALPHONSE GUÉRIN ne se rappelle qu'un seul fait d'infection purulente, et il ne l'avait pas caché; bien au contraire, il avait lu cette observation à la Société de chirurgie qui l'a publiée dans ses bulletins. Loin d'être défavorable à sa méthode, l'étude de ce seul cas en confirme plutôt les avantages. En effet, il s'agit d'un opéré qui, antérieurement à l'opération, éprouvait déjà les premiers symptômes de l'infection purulente. Il est mort quinze jours après; mais, quand il est mort, on a trouvé la plaie complètement cicatrisée, et l'autopsie a révélé une ostéomyélite de tout le fémur, point de départ de l'infection purulente. Quant aux malades morts de tétanos ou de délire alcoolique, il est évident qu'aucun mode de pansement ne les aurait sauvés. M. Le Fort aurait dû reproduire l'observation publiée déjà par la Société de chirurgie. Il aurait dû surtout profiter de l'invitation de M. Guérin et aller voir lever le pansement de sa malade. Il aurait dû ne pas s'en rapporter pour ses statistiques aux indications d'un simple cahier d'hôpital.

M. LE FORT déclare qu'il aurait préféré voir des chiffres recueillis par M. Guérin lui-même; ce qui lui aurait paru tout naturel, car M. Guérin, étant l'inventeur de la méthode, était le premier intéressé à en constater les résultats.

M. GUÉRIN dit qu'il s'en était fié à ses internes, et que, des internes de ces années-là, l'un est agrégé de la Faculté, l'autre se présente à l'agrégation. On pourra les interroger sur les résultats obtenus.

M. LÉON LE FORT, faute de mieux, s'en tient aux registres de l'hôpital.

M. GUÉRIN dit que ces registres sont quelquefois tenus si mal qu'on a vu figurer à la Salpêtrière comme cause de mort des *orchites* alors qu'il n'y a que des femmes dans cet hôpital.

Quant à la théorie des vibrions qu'il a adoptée, il y a été conduit par la clinique pure. Il a vu que l'air apportait sur les plaies quelque chose de nocif : germe, vibrion ou ferment solide, qui n'existait plus dans l'air filtré à travers une couche de ouate. Mais ses idées sur ce sujet sont absolument indépendantes de celles de M. Pasteur. Quand plus tard M. Pasteur est venu lui dire : « Le vibrion dont vous parlez, je l'ai trouvé, et le voici, » il en a été certainement fort aise; mais, ne s'occupant pas de micrographie, il n'a pu contrôler le fait, et, quand il lui serait démontré que le vibrion de M. Pasteur est innocent de ce dont on l'accuse, cela n'ébranlerait en rien ses convictions; car peu importe que ce soit tel ou tel vibrion, tel ou tel germe. Cliniquement il est certain qu'il y en a un ou plusieurs contre lesquels il faut se prémunir.

M. DEPAUL tient à protester contre l'idée, maintenant trop répandue, d'assimiler des maladies aussi essentiellement différentes l'une de l'autre que l'infection purulente, l'infection putride, la fièvre puerpérale. Au point de vue clinique, aussi bien qu'au point de vue anatomo-pathologique, il n'y a aucune analogie entre l'infection purulente et l'infection putride. Pourtant, tout cela paraît confondu aujourd'hui. M. Depaul reproche également à M. Le Fort d'avoir complètement changé d'avis sur la question des maternités et de méconnaître aujourd'hui l'influence de l'encombrement, pour ne s'occuper que de la contagion. Il faut pourtant choisir: la fièvre puerpérale est-elle spontanée ou transmise? M. Depaul la considère comme spontanée, comme pouvant naître à l'hôpital, aussi bien qu'en ville, et n'étant nullement transmise par les accoucheurs. M. Depaul a vu tout récemment encore une fièvre puerpérale emporter une dame qui s'était réfugiée pour accoucher au milieu des bois et ne l'a fait appeler qu'au dernier moment, déjà mourante. Cependant il attache la plus grande importance à la question de l'encombrement.

M. LE FORT, pour démontrer que la mortalité est plus grande dans les hôpitaux que partout ailleurs, invoque des statistiques qui portent sur deux millions d'accouchées, et le résultat d'expériences faites par l'administration sur son conseil, lorsqu'on a envoyé les femmes en couches chez des sages-femmes au lieu de les garder dans les hôpitaux. Il soutient que la contagion par l'accoucheur, par les gardes, les aides, les instruments, etc., joue le plus grand rôle dans la propagation de la maladie.

A cinq heures un quart la séance est levée.

FACULTÉ MIXTE

DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

Le Président de la République française,

Décrète :

Art. 1er. — L'enseignement de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est constitué comme il suit :

Clinique interne (deux chaires). — Clinique externe (deux chaires). — Pathologie interne. — Pathologie externe. — Pathologie et thérapeutique générales. — Thérapeutique. — Médecine opératoire. — Clinique d'accouchements. — Anatomie pathologique. — Anatomie. — Anatomie générale et histologie. — Physiologie. — Hygiène. — Médecine légale. — Physique. — Chimie. — Histoire naturelle. — Pharmacie. — Matière médicale. —

Art. 2. — Le nombre des agrégés attachés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est fixé par le ministre suivant les besoins du service et sans pouvoir jamais dépasser le nombre des professeurs.

En outre des chaires magistrales et des cliniques complémentaires mentionnées à l'article 1er, il peut être institué des cours annexes ou des conférences. Ces enseignements seront confiés, soit à des agrégés, soit à des docteurs.

Art. 3. — Le chiffre des traitements des professeurs et agrégés, et le chiffre des allocations spéciales qui pourront être attribuées à ces fonctionnaires, en leur qualité de directeurs ou chefs de laboratoire, seront déterminés par le ministre dans les limites prévues par les conventions passées entre le ministre de l'instruction publique et la ville de Bordeaux. Le ministre de l'instruction publique fixera dans ces mêmes limites, suivant les besoins du service, le nombre et le traitement des agents auxiliaires de l'enseignement ou de l'ordre administratif.

Art. 4. — Les dispositions financières édictées à l'article 4 du décret du 24 août 1877, concernant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, seront appliquées à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Art. 5. — Les professeurs et agrégés n'entreront en possession

de leur traitement et notamment des indemnités spéciales qui pourront être attribuées ultérieurement à la fonction de directeur ou de chef de laboratoire, qu'après installation complète de ces services constatée par procès-verbal approuvé par le ministre.

Art. 6. — Les ministres des finances et de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 16 juin 1878.

— Par décret en date du même jour, sont nommés professeurs titulaires à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour les chaires ci-après désignées, savoir :

Clinique interne. — MM. Gintrac et Mabit, professeurs à l'École préparatoire.

Clinique externe. — MM. Denucé et Lannelongne, professeurs à l'École préparatoire.

Pathologie interne. — M. Paul Dupuy, professeur à l'École préparatoire.

Pathologie externe. — M. Azam, professeur à l'École préparatoire.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Picot, professeur suppléant à l'École préparatoire de Tours.

Thérapeutique. — M. de Fleury, professeur à l'École préparatoire.

Clinique d'accouchements, — M. Labat, professeur à l'École préparatoire.

Anatomie pathologique. — M. Coyne, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Anatomie. — M. Bouchard, agrégé de la Faculté de Nancy.

Physiologie. — M. Oré, professeur à l'École préparatoire.

Hygiène. — M. Laget, agrégé à l'École de médecine navale de Rochefort.

Médecine légale. — M. Morache, agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

Chimie. — M. Micé, professeur à l'École préparatoire.

— Par arrêté, en date du 16 juin 1878, du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, ont été chargés des fonctions d'agrégés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

Section de médecine. — MM. Vergely, Lande, suppléants à l'École préparatoire; Négrié, Rousseau Saint-Philippe, Solles, médecins des hôpitaux de Bordeaux; Armaingaud, professeur du cours municipal d'hygiène à Bordeaux.

Section de chirurgie et accouchements. — MM. Dudon, Demons, suppléants à l'École préparatoire; Baudrimont, Gervais-Koysiewicz, Poinsot, chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux.

Section d'anatomie, physiologie et sciences naturelles. — MM. Testut et Léon Périer.

Section des sciences physiques et chimiques. — MM. Carles, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques de l'École de médecine de Bordeaux; Figuier, pharmacien-major à l'Hôpital militaire de Bordeaux.

La durée des fonctions confiées à MM. Vergely, Laude, Dudon et Demons, est fixée à neuf ans.

En ce qui concerne les autres fonctionnaires dénommés ci-dessus, la moitié d'entre eux, désignée par le sort, devra être remplacée après deux ans, et la seconde moitié après cinq ans d'exercice.

— Par arrêté en date du même jour, sont chargés des cours ci-après désignés, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, savoir :

Médecine opératoire. — M. Masse, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

Anatomie générale et histologie. — M. Pitres, agrégé des Facultés de médecine.

Physique. — M. Jolyet, directeur-adjoint à l'École pratique des hautes études.

Histoire naturelle. — M. Guillaud, agrégé de la Faculté de Montpellier.

Pharmacie. — M. Métadier, professeur à l'École préparatoire.

Matière médicale. — M. Perrens, professeur à l'École préparatoire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 20 juin 1878, un congrès international des sciences ethnographiques est autorisé à se tenir au palais du Trocadéro du 15 au 17 juillet 1878.

Les travaux de ce congrès sont répartis entre sept sections.

Section I. — Ethnogénie : Origine et migration des peuples.

Section II. — Ethnologie : Du développement des nations sous l'influence des milieux; situation géographique, climat, alimentation.

Section III. — Ethnographie théorique : Des différences qui existent entre la race, la nation et l'État. Des nationalités normales et des nationalités factices.

Section IV. — Ethnographie descriptive : Distribution et classification des peuples sur la surface du globe.

Section V. — Éthique : Mœurs et coutumes des nations.

Section VI. — (Ethnographie politique.)

Section VII. — (Ethnodicée.)

— *Concours d'agrégation* (sciences accessoires). — Ordre des leçons orales (petit amphithéâtre). — Mercredi 26 juin, à une heure, MM. Bleicher, Magnin. — Jeudi 27, à trois heures, MM. Amagat, Bimar. — Vendredi 28, à une heure, MM. Lannegrâce, Remy. — Samedi 29, à trois heures, MM. Couty, Richet. — Lundi 1er juillet, à une heure, MM. Prunier, Cazeneuve. — Mardi 2, à midi, MM. Henwinger, Charpentier.

— *École de médecine de Bordeaux.* — M. Gintrac, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est autorisé à se faire suppléer, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1877-78, par M. Laude, docteur en médecine.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le docteur Gabriel Boudet est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique interne, pour une période de neuf ans.

— *École de plein exercice de médecine de Marseille.* — M. Pauchon (Albert), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires des sciences naturelles, pour une période de dix années.

— M. le docteur Laget est institué suppléant des chaires de médecine, pour une période de dix années.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Cauchois, suppléant de pathologie et de clinique externe, est institué, en outre, chef des travaux anatomiques, pour une période de dix ans.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Joly, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer du 1er avril 1878 au 1er avril 1879, par M. Fontaguères.

— *Congrès international de médecine mentale : statuts et programme.* — Le comité d'organisation, composé de MM. Baillarger, président, Blanche, Dumesnil, J. Fabret, Lasègue, Lunier, Legrand du Saulle, Motet, Ritti, a arrêté les statuts et le programme suivants :

Art. 1er. — Un congrès international de médecine mentale sera ouvert à Paris, le 5 août 1878, sous les auspices de la Société médico-psychologique.

Art. 2. — Le congrès, exclusivement scientifique, aura une durée de huit jours.

Art. 3 — Le congrès se composera de membres fondateurs et de membres adhérents, nationaux et étrangers. Sont membres fondateurs, les membres titulaires et honoraires de la Société médico-psychologique, dont la souscription est fixée à 25 francs. Sont membres adhérents, les médecins, les directeurs des asiles de la France et de l'étranger, toute personne s'intéressant aux questions relatives à l'aliénation mentale, qui ont envoyé ou enverront leur adhésion à M. le secrétaire général de la Société médico-psychologique (M. le docteur Motet, 161, rue de Charonne, à Paris).

Leur souscription est fixée à 10 francs.

Art. 4. — Les membres du congrès, fondateurs ou adhérents, auront seuls le droit de prendre part aux discussions.

Art. 5. — Les travaux du congrès se composeront : *a*. De communications sur les questions proposées par le comité. *b*. De communications sur des sujets étrangers au programme, mais relatifs à la pathologie mentale. — Ces communications seront faites : 1° Pour les questions du programme, dans les séances générales qui auront lieu le 5, le 7 et le 9 août. 2° Pour les questions étrangères au programme, dans les séances intermédiaires qui auront lieu le 6, le 8 et le 10 août.

Art. 6. — Le comité a arrêté le programme suivant : *a*. Administration des asiles, législation et statistiques. *Question* : « Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels. » *b*. Pathologie mentale et nerveuse. *Question* : « Des variétés cliniques de la paralysie générale. » *c*. Médecine légale. *Question* : « Des délires instantanés, transitoires (délires par accès) au point de vue de la médecine légale des aliénés. »

Art. 7. — Les membres du congrès qui désireront faire une communication sur une question du programme ou sur un autre sujet sont priés d'adresser leur travail, soit entier, soit en résumé, à M. le secrétaire général, au plus tard le 1er juillet. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre dans lequel elles seront faites. Vingt minutes, au maximum, seront accordées pour chaque communication.

Art. 8. — Les séances auront lieu tous les jours, de quatre à six heures ; chaque question du programme n'occupera qu'une séance générale ; les communications sur des sujets étrangers au programme seront faites dans les séances intermédiaires et dans l'ordre arrêté par le comité.

Art. 9. — A la première séance, le congrès nommera son bureau, qui se composera d'un président, de vice-présidents, d'un secrétaire général et de secrétaires des séances.

Art. 10. — Le congrès terminé, le comité d'organisation reprendra ses fonctions, pour procéder à la publication des actes du congrès.

Art. 11. — Tous les mémoires lus au congrès seront déposés après chaque séance, entre les mains du secrétaire général. Ils sont la propriété du congrès.

Art. 12. — Des excursions scientifiques seront faites pendant la drée du congrès dans les asiles d'aliénés du département de la Seine, et aux asiles d'aliénés du département de la Seine-Inférieure.

N.B. — Les membres du congrès pourront retirer leurs cartes personnelles, à partir du 1er août, aux bureaux du comité d'organisation du congrès, pavillon de Flore, Palais des Tuileries.

Les Signes physiques des folies raisonnantes (état mental de Sandon). Étude clinique, par le Dr Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre, in-8° de 76 pages. Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50. — Ad. Delahaye, éditeur.

L'Œil artificiel, par le docteur E. Landolt, directeur adjoint du laboratoire d'ophthalmoscopie à la Sorbonne, in-8°. — Prix : 1 fr. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cas extraordinaire d'épanchement pleurétique trouvé purulent lors d'une première ponction et purement séreux lors de la seconde.

Le fait dont nous avons à parler est tellement exceptionnel qu'on n'en trouverait peut-être pas un seul exemple publié jusqu'ici.

Il n'est pas facile à interpréter. En effet, si l'on voit souvent, sans en être surpris, une pleurésie, qui paraissait d'abord purement séreuse, devenir purulente après une ponction, l'inverse doit paraître étrange.

C'est pourtant ce qui s'est présenté chez une malade qui se trouve actuellement au n° 2 de la salle Saint-Joseph, à la Charité, dans le service de M. Bernutz. Nous allons donner brièvement cette observation en nous aidant de quelques notes que l'interne de M. Bernutz a eu l'obligeance de nous communiquer.

Il s'agit d'une fille de dix-huit ans, frêle, délicate, mais qui s'était toujours bien portée jusqu'au moment où, placée comme domestique à Asnières, elle y devint enceinte. Pas d'antécédents héréditaires; son père et sa mère vivent, et ils se portent bien.

Vers le septième mois de sa grossesse, cette fille commença à tousser. Entrée dans le service de M. Depaul, à la clinique, elle y accoucha le 14 février, vers le milieu du neuvième mois de gestation, très-facilement, sans perte exagérée, sans accident d'aucune sorte. Le dixième jour, elle était déjà relevée de ses couches et elle nourrissait son enfant, lorsqu'elle fut prise d'une hémorrhagie utérine très-abondante, qui la laissa dans un grand état de faiblesse, à un tel point qu'à partir de ce moment elle ne sortit plus du lit. Elle perdit complètement son lait, et on lui enleva son enfant.

Elle toussait toujours, et sa toux, de plus en plus quinteuse et pénible, avait pris tout à fait un caractère coqueluchoïdal, lorsque, le 29 mars, de la clinique, où on l'avait gardée jusqu'alors, elle fut transférée à la Charité, dans le service de M. Bernutz.

Cette toux spéciale fit penser à un engorgement probablement tuberculeux des ganglions bronchiques, d'autant plus que le sommet du poumon gauche devenait manifestement suspect : on y trouva quelques jours plus tard de la matité, de l'expiration prolongée et soufflante, voire même quelques craquements dans la fosse sous-claviculaire. Une fièvre assez vive, des sueurs nocturnes, un amaigrissement rapide, une prostration croissante, complétaient le tableau.

En même temps la malade se plaignait d'un point de côté, siégeant également à gauche, et pour lequel on lui avait déjà posé un vésicatoire alors qu'elle était à la clinique.

Bientôt il ne fut plus possible de douter de la présence d'une pleurésie gauche. On continua l'application répétée de vésicatoires, mais ce fut en vain. Le liquide monta rapidement, au point d'atteindre la fosse sus-épineuse. Le refoulement du cœur à droite faisait craindre que la malade ne fût emportée tout à coup par une syncope, et, malgré le peu d'espoir de complète guérison, il fut décidé que l'on pratiquerait d'urgence la thoracentèse.

La ponction, faite à l'aide du trocart de Reybard, sans aspiration, fournit environ un litre et demi d'un liquide louche, d'aspect laiteux, contenant du pus en grande quantité. Suivant la pratique habituelle de M. Bernutz, on eut soin de ne pas vider trop complètement la cavité pleurale. On retira la canule dès que le liquide cessa de couler de lui-même avec facilité. Il était donc resté dans la poitrine une certaine quantité de sérosité purulente.

L'état général était alors si grave que M. Bernutz n'osa faire aucune injection modificatrice, aucun lavage de la plèvre, dans la crainte que la malade ne fût incapable de supporter l'excitation fébrile qui en résulterait. Cependant la toux avait perdu complètement son caractère coqueluchoïdal au moment même de cette première thoracentèse, qui fut pratiquée le 20 avril.

Il se reproduisit bientôt du liquide. Huit jours plus tard, la matité était remontée jusque dans la fosse sus-épineuse, et il fallait se décider à faire une nouvelle ponction. On pénétra cette fois dans le quatrième espace intercostal, sur un point situé un peu en avant de la précédente piqûre qui avait porté sur le cinquième, toujours très-près de la ligne axillaire. On fut très-étonné de voir qu'au lieu de pus, il s'écoulait de la sérosité citrine parfaitement transparente. On en retira environ trois quarts de litre. A ce moment, la respiration s'entendait dans toute la hauteur de la poitrine, comme on l'avait constaté déjà lors de la première thoracentèse. Il

était donc certain qu'on n'avait pas vidé seulement une loge isolée, mais bien la cavité pleurale, dans l'une et dans l'autre opération.

Les jours suivants, le liquide ne se reproduisit pas. Le mieux s'accentua d'une façon très-rapide. La fièvre, les sueurs diminuèrent, l'appétit reparut. La toux devint rare : définitivement cette fois, (elle était redevenue momentanément quinteuse et pénible quand la poitrine s'était de nouveau remplie). Les forces revinrent. Bientôt la malade put se lever. Elle se trouve tellement mieux qu'elle fait des instances pour être envoyée en convalescence, au Vésinet.

Quand on examine la poitrine, on constate que le côté gauche est notablement déprimé; le bruit respiratoire s'y fait entendre jusqu'à la base, mais on y trouve encore un peu de matité, évidemment due à un revêtement épais de pseudo-membranes sur la plèvre. Il n'y a d'ailleurs pas de bruits de frottement. Vers le sommet, surtout en avant, l'expiration est un peu prolongée et soufflante. A quelques centimètres en dessous de la clavicule (toujours à gauche) dans un point limité, on perçoit quelques craquements lors des très-grandes inspirations qui précèdent la toux ou la suivent. Il y a quelques semaines, paraît-il, les craquements étaient bien plus nombreux, bien plus disséminés, et on les entendait sans faire tousser la malade. Ainsi, à ce point de vue, comme en ce qui touche l'état des forces, l'appétit, le sommeil, et tout l'ensemble des symptômes, l'amélioration est très-évidente; elle équivaut presque à une guérison.

En résumé, voilà donc une femme qui devient malade vers les derniers mois d'une grossesse.

Elle est prise d'une toux de plus en plus opiniâtre, dont le caractère coqueluchoïdal fait bientôt penser à l'existence d'un de ces engorgements des ganglions bronchiques qu'a si bien décrits notre cher maître M. Noël Guéneau de Mussy.

En même temps, la fièvre s'allume, des sueurs nocturnes apparaissent, l'amaigrissement devient des plus rapides; la faiblesse, qu'avait provoquée une hémorrhagie utérine très-abondante, survenue une dizaine de jours après un accouchement très-simple, prend des proportions effrayantes.

On trouve des signes évidents de tuberculisation dans le sommet du poumon gauche. Du même côté on constate l'apparition d'un épanchement pleurétique, qui remplit bientôt la poitrine, refoule le cœur à droite, et enfin nécessite une thoracentèse d'urgence et pour ainsi dire *in extremis*. Le *liquide qu'on retire est très-chargé de pus*. L'épanchement se reproduit, on fait une nouvelle ponction, et cette fois *on n'obtient plus que de la sérosité pure*. A partir de ce moment tous les symptômes s'amendent. La pleurésie guérit, sans nouvelle récidive. Les signes de tuberculisation vont en s'atténuant dans le sommet du poumon gauche. Quant au poumon droit, il était toujours resté indemne.

Maintenant, comment expliquer la modification profonde reconnue au bout de huit jours dans la nature de l'épanchement?

Nous allons exposer l'hypothèse probable à laquelle se sont arrêtés MM. Bernutz et Laboulbène.

Suivant eux, c'est hors de la plèvre qu'il convient de chercher l'origine du pus que la première ponction a fait sortir. En effet, une fois atteinte d'une inflammation purulente, et abandonnée à elle-même, sans injection modificatrice, la plèvre n'aurait pu fournir, après un si court espace de temps, qu'un liquide toujours purulent. Si au contraire le pus, venu d'ailleurs, s'était simplement mélangé avec un liquide séreux déjà sécrété par la plèvre, il serait facile de comprendre comment, une fois évacué, il ne se serait pas reproduit.

Mais où donc se serait-il formé?

Probablement, soit à l'intérieur, soit dans le voisinage d'un ganglion bronchique.

Il ne faut pas oublier, en effet, que les phénomènes indiquant la présence d'une tumeur quelconque dans la région des ganglions bronchiques, après s'être accentués durant quelques semaines, de plus en plus, s'amendèrent, au contraire, et disparurent lors de la première thoracentèse.

Il avait dû se former là un abcès qui s'est ouvert et s'est vidé dans la plèvre pleine de liquide. La présence de ce liquide séro-fibrineux, dans lequel le pus se mélangeait, l'aura rendu moins irritant pour la séreuse, sur laquelle d'ailleurs s'étendaient déjà des fausses membranes protectrices. Après la première opération, on retombait en conséquence dans les conditions ordinaires d'une pleurésie séro-fibrineuse qui récidive, et il ne faut pas s'étonner de n'avoir plus trouvé de pus.

Reste une difficulté. Nous avons déjà dit que la première évacuation n'avait pas été tout à fait complète. Que seront devenus les leucocytes ainsi abandonnés dans la cavité pleurale?

M. Laboulbène suppose qu'ils auront été englobés dans ces fausses membranes épaisses, dont la rétraction progressive a déjà produit l'affaissement de ce côté de la poitrine: ils n'étaient plus à l'état liquide, lors de la seconde ponction.

Une autre hypothèse aurait consisté à supposer l'existence de deux loges, comme dans certaines pleurésies aréolaires. Une de ces loges eût renfermé du pus, l'autre de la sérosité. Mais, s'il en eût été ainsi, on n'eût pas vu le poumon se déplisser également, et faire entendre sous l'oreille les bruits respiratoires dans toute la poitrine, comme il l'avait fait après l'une et l'autre des thoracentèses.

C'est donc la première interprétation qui, jusqu'à présent, offrirait le plus de vraisemblance.

Mais il ne faut pas se dissimuler qu'elle n'éclaire pas suffisamment certains détails de ce problème.

D'où vient, par exemple, le retour de la toux coqueluchoïdale dans les derniers jours qui précédèrent la seconde ponction? Cette toux, ayant eu pour cause un abcès périganglionnaire ou ganglionnaire, une fois cet abcès vidé, ne donnant plus de pus, cicatrisé, on ne voit pas très-bien pourquoi elle aurait ainsi reparu lorsque se serait renouvelée la réplétion de la poitrine. Or, sur ce point, les affirmations de la malade sont des plus précises. Je viens encore de l'interroger à ce sujet au moment de livrer cet article. Lors de la seconde ponction, dit-elle, elle toussait absolument comme lors de la première. Et, les deux fois, l'évacuation du liquide pleural a immédiatement modifié le caractère de la toux quinteuse.

Fût-elle inexpliquée, du reste, cette observation, par elle-même, était trop curieuse pour qu'il fût possible de la laisser perdre.

Du rôle du froid dans l'étiologie et dans les localisations de la tuberculose.

C'est en 1874 que M. le docteur Martineau me présenta, dans son service de l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres, en me parlant avec éloge de ses recherches statistiques, l'auteur du mémoire manuscrit que j'ai sous les yeux.

Ce mémoire est volumineux, reposant sur un ensemble de 111 faits, dont 57 ont été recueillis dans le service et sous la direction de M. Martineau lui-même.

Avec une pareille garantie, je n'hésite pas à faire connaître les idées propres de l'auteur, idées certainement originales et

dont il faudra tenir un grand compte si les observations ultérieures les confirment.

Ce dont il est ici question, ce n'est pas ce refroidissement instantané et momentané qu'on peut faire figurer comme cause banale dans la plupart des maladies, car quel est au monde l'individu qui ne s'est jamais exposé au froid?

Mais le refroidissement répété, prolongé, portant sur une partie du corps toujours la même et y appelant la localisation d'une maladie diathésique, voilà ce qui méritait d'être et pouvait être scientifiquement étudié.

L'auteur s'était proposé de le faire pour la phthisie, et, si nous ne pouvons reproduire ses statistiques, beaucoup trop étendues, nous pouvons du moins détacher de son long travail les quelques pages dans lesquelles il expose les résultats de ses observations en en donnant la théorie :

« Que faut-il pour que les sommets des poumons soient soumis à des refroidissements locaux, à des congestions locales? Ne suffit-il pas qu'ils soient à certains moments exclusivement dépourvus de l'enveloppe habituelle des vêtements? Or ceci, dans notre société, s'observe chaque nuit, s'observe même chaque jour au milieu de nos hôpitaux. Tel individu qui, durant le jour, à l'heure de son travail, avait ses épaules protégées par l'enveloppe de ses vêtements, s'en dépouille pour se mettre au lit. Là, rarement ses épaules seront aussi bien protégées que par son habillement. Rarement il y aura occlusion complète autour de son cou. Nombre de personnes ont d'ailleurs l'habitude de s'y endormir ou tout au moins de s'y réveiller les bras hors du lit. Le sommet de leur poitrine sera donc à découvert, exposé à la déperdition de calorique par rayonnement. L'atmosphère est-elle froide, la chambre humide, le plafond bas? Un échange de température s'établit selon les lois physiques entre la partie découverte du corps et l'atmosphère, les murailles et le plafond. Les sommets du poumon se refroidissent, la pleurésie double des sommets se déclare, il survient de la péripneumonie. Le malade avait-il l'habitude de reposer sur le dos? Les lésions observées siégeront en avant, du moins au début.

« Avait-il l'habitude du décubitus latéral? Ensevelissait-il chaque nuit la même épaule dans un lit moelleux? Une seule épaule, en réalité, sera soumise au refroidissement nocturne. Une localisation s'observera dans un seul sommet. La température n'étant pas exceptionnellement basse, l'un des côtés du corps se trouve-t-il voisin d'un mur humide? Le sommet du poumon de ce côté se congestionnera, sera frappé d'une localisation tuberculeuse ou inflammatoire. Le mur est-il très-froid, ou le lit pauvre, insuffisant? On pourra observer, outre une sciatique, la congestion, l'inflammation de tout un poumon avec prédominance de la lésion au sommet. Le malade avait-il l'habitude de tourner le dos au mur? Les lésions s'observeront principalement en arrière. Sous le régime du mariage, avait-il l'habitude de coucher sur le bord d'un lit habituellement débordé, de tourner le dos à sa femme? On pourra observer soit une lésion unilatérale, une lésion du sommet pulmonaire placé sur le bord du lit, soit une lésion en avant d'un côté et une lésion en arrière de l'autre côté.

« Envisageons maintenant le changement d'habitude. Tel qui couchait près d'un mur cède la place à sa femme. Jusqu'ici il avait une localisation tuberculeuse d'un seul côté; la maladie va s'arrêter, s'atténuer, s'effacer de ce côté et faire son apparition de l'autre, s'il n'a pas le soin de bien border son lit. Tel qui affectait un décubitus latéral finit, pour cause de pleurodynie, par adopter le décubitus latéral inverse. Si donc, à l'origine, il y avait localisation de la maladie en avant, la cause persistant, il y aura lésion dans l'autre sommet en arrière, après le changement de décubitus. Ajoutez à cela les variations de domicile, la position mobile du lit, et l'on comprend qu'il faudra quelquefois beaucoup de sagacité pour vérifier la cause des localisations. L'on comprend aussi que les lésions seront plus ou moins étendues dans le sens de la hauteur, suivant l'habitude de coucher les bras hors du lit ou en dedans du lit.

« Dans certains cas, le malade avait pu longtemps, sans le moindre accident, se soumettre aux habitudes communes, s'enfouir plus ou moins complètement dans son lit après s'être dépouillé de ses vêtements. Rien ne faisait présager une manifestation de la phthisie pulmonaire. Une bronchite ou toute autre maladie fébrile, une intempérance accidentelle vient placer le malade dans les conditions les plus propres au développement de la tuberculose des sommets. Le malaise fébrile, une toux quinteuse l'agitent durant son sommeil, l'amènent à se dépouiller en partie de l'enveloppe de ses couvertures, l'exposent au refroidissement local, à la congestion de l'un ou des deux sommets. Peut-être faudrait-il accuser cette cause, cet accident dans le développement de la phthisie à la suite de certaines affections nerveuses, comme la coqueluche.

« Dans quelques cas, les lésions tuberculeuses, tout en reconnaissant pour cause une variation locale de la température, attestent des circonstances quelque peu différentes. Le côté atteint était désigné à la congestion du refroidissement local par le voisinage d'un foyer de chaleur intense à l'atelier, durant le travail professionnel. Au sortir de l'atelier, au lit, survient alors le refroidissement de cette partie naguère soumise à une température élevée. D'autres fois le travail près d'une fenêtre ouverte, mal jointe, ou près d'une porte, expose particulièrement un côté de la poitrine au froid, à une localisation tuberculeuse. Il me faut aussi ajouter une mention spéciale pour le décubitus sur un sol froid, humide. Dans ce cas, la lésion ne portera pas exclusivement sur un sommet, mais pourra affecter soit tout un poumon, soit la partie postérieure des deux poumons, etc. Cette cause s'observera chez des militaires ayant fait campagne, chez certains ouvriers comme les ouvriers terrassiers agricoles, et aussi chez des individus d'une intempérance accusée. »

Ainsi, par exemple, la localisation première de la phthisie plutôt vers les sommets que vers les bases des poumons serait expliquée par ce fait que les sommets sont plus habituellement découverts durant le sommeil.

C'est là une étiologie simple, peut-être trop simple. En médecine, il faut souvent se défier beaucoup des théories qui semblent trop couler de source. Dans tous les cas, celle-ci, une fois connue, sera facile à vérifier dans la clientèle de la ville, où les habitudes des malades sont bien plus exactement connues que dans les services des hôpitaux.

L'idée que l'action lente et prolongée du froid par insuffisance de vêtements peut influer sur l'explosion de la phthisie pulmonaire, est, certes, loin d'être une idée tout à fait nouvelle. Ce n'est pas d'hier qu'on a noté la fréquence de cette maladie chez les femmes qui avaient l'habitude de sortir très-décolletées, alors que c'était une mode.

Mais la recherche des relations possibles entre les divers genres de décubitus et les diverses localisations de la tuberculose, n'avait peut-être point encore suffisamment attiré l'attention. C'est là surtout le point que M. Martineau nous avait signalé comme digne d'intérêt. Dr Victor Revillout.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur Lœwenberg.

i) Influence sur la prononciation (*le nasonnement*). — Ce n'est pas seulement pour la respiration normale que le libre passage du nez est nécessaire ; il existe une autre fonction, d'une importance sociale sans pareille, et dont l'exercice régulier exige péremptoirement que les fosses nasales soient perméables : nous voulons parler du *langage*, de la *prononciation*. Tandis qu'en effet, en cas d'occlusion de ces canaux, la respiration peut encore se faire d'une façon suffisante par la bouche, il existe, au contraire, certaines lettres pour la prononciation desquelles les conduits du nez doivent absolument être libres : ce sont celles qu'on peut appeler *résonnantes* parce que leur émission exige que l'air puisse s'échapper par les fosses nasales, et y provoquer des vibrations sonores. De là, l'impossibilité pour nos malades, lorsque l'affection est assez avancée pour oblitérer le passage naso-pharyngien, de prononcer ces résonnantes, *m* et *n*. Si le malade veut les former, il les remplace par d'autres, au moyen d'une substitution dont nous allons chercher à pénétrer le mécanisme : au lieu de *m* il dit *b*, et *n* devient *d* (par exemple, *même* se prononce *bêbe*; *nez* se transforme en *dez*). Outre cela, les *sons nasaux* sont défigurés, ce qu'on n'a pas encore noté jusqu'ici pour la prononciation française.

Si l'on ajoute à ces substitutions un timbre particulier, un je ne sais quoi de sourd, d'étouffé, de voilé, qui résulte de l'absence de la résonnance des sons vocaux dans le nez et dans le pharynx nasal, résonnance si importante pour une bonne émission de la voix, on obtient le langage caractéristique qui constitue le dernier degré du *nasonnement*.

Il nous paraît digne d'intérêt de pousser plus loin nos investigations et de chercher à nous rendre compte des origines de cette espèce de langage; nous le ferons avec d'autant plus de soin que, bien que l'étude des troubles de la prononciation caractérisant les stades avancés de l'affection en question soit très-curieuse, nous n'en avons trouvé nulle part une explication basée sur le mécanisme de la phonation et les conditions physiques nouvelles créées par la maladie. Et pourtant certains vices de la prononciation sont d'une importance sociale hors ligne; ils impriment à l'individualité du sujet quelque chose de caractéristiquement défavorable qui, de tout temps, a vivement frappé l'auditeur. Cette importance de la voix parlée n'a pas échappé à Pline. *Vox in homine magnam vultus habet partem*, dit le naturaliste latin (la voix chez l'homme contribue beaucoup à constituer la physionomie individuelle (2).

Et, de tous les vices de la prononciation, le nasonnement est peut-être (après le bégayement) celui qui porte le plus grand préjudice aux avantages sociaux de l'individu, en lui imprimant quelque chose de niais et d'épais.

Tâchons d'analyser les conditions physiologiques de la phonation et de déterminer pourquoi, *dans le cas dont il s'agit*, il y a substitution de certaines lettres à certaines autres, et comment elle s'opère.

Nous commencerons par la consonne *m*; en la prononçant, on chasse l'air par le nez, pendant que la cavité buccale est fermée en avant par l'application des lèvres l'une contre l'autre, et ouverte en arrière, l'isthme du gosier restant béant. Les parties étant ainsi disposées, l'air contenu dans la bouche et dans les fosses nasales entre en vibrations sonores lorsqu'on prononce *m*. Or, la même configuration de la cavité buccale sert pour prononcer *b* (lettre labiale, de même que *m*), mais avec cette différence qu'ici le voile du palais se lève pour interdire l'accès du nez, et que le courant d'air doit alors rompre la cloison formée par les lèvres. On peut donc appeler *b* une lettre *explosive* (le célèbre acousticien Chladni nommait les consonnes de cette catégorie *lettres de fermeture* (1).

S'il arrive qu'un obstacle pathologique, des tumeurs adénoïdes par exemple, ferme le passage aérien du pharynx aux fosses nasales, l'air ne pourra plus s'échapper par celles-ci, et passera forcément par l'unique issue possible, en écartant les lèvres : c'est ainsi que la lettre labiale explosive (*b*) vient remplacer la lettre labiale résonnante (*m*) dans le cas pathologique que nous avons en vue (2).

Il en est de même pour la substitution du *d* à l'*n*; seulement ces deux lettres sont des *linguales*, ce qui veut dire qu'ici la fermeture, au lieu d'être constituée par les lèvres, est effectuée par la langue, qui applique sa pointe aux incisives supérieures et à la partie voisine de l'arcade alvéolaire ; en comparaison avec les consonnes labiales, l'obstacle se trouve donc, pour ainsi dire, reporté d'une étape en arrière. Au demeurant, le mécanisme de la substitution pathologique est le même que dans le cas précédent : la fermeture linguale antérieure de la cavité buccale est nécessaire dans la prononciation de l'*n* qui exige que l'air puisse passer dans le nez ; la même fermeture sert pour prononcer *d*, mais seulement à condition que le courant d'air vienne la rompre. Lors donc que le chemin du nez se trouve interdit, comme dans notre cas, et qu'on veut prononcer *n*, l'air opère la rupture de l'obstacle linguo-palatin et substitue ainsi la consonne *d* à l'*n*, la lettre linguale explosive à la lettre linguale résonnante qui lui correspond (3).

Il en est de même pour l'*n* qui fait partie de *gn*.

Il nous reste à nous occuper d'un groupe de sons phonétiques que nous trouvons également modifiés dans le nasonnement, mais qu'on n'a pas, que nous sachions, étudiés à ce point de vue spécial : ce sont les *voyelles nasales*, telles qu'on les prononce en France (4).

Ici, le rétrécissement est formé par le redressement de la base de la langue d'une part, et, de l'autre, par l'abaissement du voile du palais. L'ouverture spéciale qui produit le son caractéristique se trouve donc reportée encore plus en arrière que pour les lettres linguales. Les voyelles nasales se forment pendant que la colonne d'air, se divisant entre la voie buccale et la voie nasale, s'échappe en partie à travers l'ouverture circonscrite par le voile du palais et le dos de la langue qui se rapprochent l'un de l'autre, et passe en même temps dans les fosses nasales, de manière à y provoquer la résonnance caractéristique de la prononciation française. Les voyelles *a*, *e*, *o* et *u*, prononcées avec cette position des organes vocaux, deviennent nasales et donnent *an*, *ein*, *on* et *un*.

Lorsque la voie nasale est interdite, deux choses sont possibles d'après ce que nous avons observé : 1° ou bien la voyelle simple correspondante vient remplacer la voyelle nasale, par exemple, *penchant* ressemble à *pacha*, ce qui nous semble moins fréquent ; 2° un *g* vient s'ajouter à la voyelle, *penchant* devient *pague-chague*. Dans ce dernier cas, l'obstacle est *brusquement* franchi et toute la masse d'air s'échappe par la cavité buccale ; il arrive donc ici également que des lettres pour lesquelles il est nécessaire que la colonne sonore puisse pénétrer en totalité ou en partie dans les fosses nasales, se trouvent remplacées par une *explosive*, lorsque, comme dans notre cas, l'accès de ces cavités se trouve intercepté à leur entrée postérieure.

Nous profitons de l'occasion pour insister un moment sur un sujet qui demande quelques explications.

On confond souvent les sons nasaux de la langue française (et que nous appellerons pour cette raison *sons nasaux français*) avec des

(1) Suite. — Voir les numéros des 23, 25 mai, 4, 18 et 22 juin.

(2) Pline. *Hist. nat.*, XI, § 112, traduction de M. Littré.

(1) Voyez Brücke : *Grundzüge der Physiologie, etc., der Sprachlaute*, Vienne, 1856 ; 2e éd. 1876. (Comparez aussi le mémoire du même auteur contenu dans les Transactions de l'Académie des sciences de Vienne ; mars 1849, I, page 141 suiv.)

(2) Comparez l'excellent article de M. Blake de Boston intitulé : *Intra-tympanic pressure during phonation, in : Transactions of the american otological Society. Vol. 2, part. 1.* 1875.

(3) Voir le travail de M. Rosapelly, dans les *Travaux du laboratoire de M. Marey*, 1876 (Tracés pour *m* et *n*, p. 125, série A, 2 et 3).

(4) Rappelons ici que *m* et *n* s'appellent aussi semi-vocales ou nasales (Rumpelt), ou rhinophones (Czermak).

sons appelés également *nasaux*, mais d'une sonorité différente, que possèdent les autres langues latines (l'espagnol, l'italien, le portugais), l'anglais et l'allemand. M. Segond (1) a, le premier, fait cette importante distinction. Nous appellerons ces derniers *sons nasaux non-français*. Ils s'emploient également dans certaines contrées du midi de la France, où ils remplacent les sons nasaux français; dans d'autres, on substitue, d'après ce que nous avons remarqué, à la voyelle au timbre nasal, la voyelle suivie d'*nn*. Par exemple, *monde* devient *monn-de* (2).

REVUE DE LA PRESSE.

De l'attraction des sexes semblables. — Parmi les diverses manifestations psychopathiques récemment décrites, on a signalé cette perversion de l'instinct sexuel, qui est fréquente dans les maladies mentales. Depuis les exhibitionnistes (dont la *Gazette des hôpitaux* a publié l'histoire, en 1877) jusqu'aux nécrophiles, ces monstrueux profanateurs de cadavres, on trouve un long chapitre de dépravation. Westphal vient de publier deux faits de déviation de cette loi physiologique, analogue à celle de l'électricité et du magnétisme, qui semble régir la vie sexuelle, et faire que les sexes de nom contraire s'attirent, tandis que les sexes de même nom se repoussent.

La première observation est celle d'une fille âgée de trente-quatre ans, qui, dès son bas âge, ne se plaisait qu'aux jeux des petits garçons, et aimait surtout à s'habiller en garçon. A partir de l'âge de huit ans, elle éprouva un penchant pour les petites filles, non pas pour toutes indistictement, mais pour certaines vers lesquelles elle se sentait attirée comme par un aimant. Aussi leur faisait-elle la cour, les embrassait volontiers, et souvent cherchait à se livrer sur elles à des attouchements aux parties génitales. Toutefois elle ne commença à ressentir l'orgasme voluptueux que lorsqu'elle fut menstruée. De dix-huit à vingt-trois ans, — la période la plus heureuse de sa vie, suivant le dire même de la malade, — elle eut souvent l'occasion de satisfaire ses penchants; mais, fait curieux, jamais elle ne permettait à l'objet de ses préférences de lui toucher les parties génitales. Depuis cette époque, n'ayant plus les mêmes occasions, elle se livra avec fureur à l'onanisme, et cela surtout, comme par une impulsion irrésistible, huit jours avant et huit jours après la période menstruelle. Lorsqu'elle essayait de résister à ce vice, elle ressentait toujours une saveur et une odeur désagréables, paraissant remonter des parties génitales. Elle n'a jamais eu de relations avec les hommes; leur présence l'a toujours laissée froide. Au mois d'août 1863, elle fut prise subitement d'une passion ardente pour une jeune fille qui repoussa avec indignation toutes ses avances. Cet amour contrarié l'affecta au plus haut point : elle tomba peu à peu dans un état de stupeur, puis dans une excitation maniaque. C'est alors qu'elle fut placée dans un asile d'aliénés. Son corps, peu robuste, ne s'écarte en rien du type féminin : la tête petite; pas d'asymétrie de la face ; hymen intact; clitoris normal; hyperesthésie des organes génitaux externes. La malade se plaint souvent de maux de tête avec vertiges; elle a conscience que son état physiologique est anormal, et elle est, dit-elle, la première à en souffrir.

Une autre observation concerne un homme, âgé de vingt-sept ans, qui, lui aussi, depuis l'âge de huit ans, trouve la plus grande satisfaction à porter habits et parures de femmes, à se livrer à des travaux de couture, etc. Il a toujours eu le plus grand désir — qu'il n'a jamais pu satisfaire — de jouer des rôles de femmes au théâtre. Constitution physique normale.

D'autres faits du même ordre ont été observés : une nouvelle description n'y ajouterait rien de nouveau. Westphal considère cet état comme une perversion (une sorte d'interversion) congénitale de l'instinct sexuel, en ce sens qu'une femme est physiquement femme, mais psychiquement homme, et un homme, au contraire, physiquement homme, et psychiquement femme. Il est à remarquer que les malades ont presque toujours conscience de l'anomalie de cet état. Chez presque tous, nous trouvons une tare héréditaire, de l'épilepsie, etc.

Tous ces faits présentent les caractères de cette forme d'aliénation mentale décrite, pour la première fois, en France, par M. Baillarger, sous le nom de *folie à double forme*, et par Falret père, sous le nom de *folie circulaire*. La perversion sexuelle se présente surtout pendant la période d'excitation, qui est accompagnée d'une longue période d'engourdissement des organes génitaux. (*Gazette hebdomadaire*.)

Fibrome aponévrotique intra-pariétal de la paroi abdominale antérieure. — M. Bard, interne à l'hôtel-Dieu de Lyon, publie l'observation d'un fibrome de cette nature. Il s'agit d'une femme, âgée de vingt-sept ans, ordinairement bien portante, et accouchée cinq ans auparavant d'une petite fille aussi bien portante. Il y a dix-huit mois, elle a vu se développer lentement et régulièrement, indépendamment de la menstruation, qui était normale, une tumeur située dans la région hypogastrique. Elle n'éprouva aucun trouble fonctionnel du côté des organes de l'abdomen. Depuis quelques semaines seulement elle sent quelques douleurs irradiées dans le pli de l'aine et sur la face antérieure de la cuisse, du côté droit.

La tumeur est située sur la ligne médiane assez exactement symétrique, globuleuse, remontant jusqu'à trois centimètres au-dessous de l'ombilic et débordant la ligne médiane de quatre centimètres environ de chaque côté, un peu plus à droite qu'à gauche. Elle est dure, immobile, et paraît adhérente au pubis par sa partie inférieure. Non-seulement la peau glisse facilement sur elle; mais on constate que les muscles grands droits passent au-devant d'elle. Le toucher montre que la tumeur se prolonge derrière la symphyse pelvienne, faisant une saillie notable lorsque le doigt déprime la paroi vaginale supérieure.

M. Fochier porte le diagnostic de fibrome aponévrotique intra-pariétal, situé dans la cavité de Retzius entre les muscles grands droits et le péritoine, sans adhérences étendues à cette séreuse. Aussi, en présence de l'accroissement continu de la tumeur et de l'âge de la malade, il se décide à l'extirpation. Il ouvre la gaîne de chaque muscle grand droit, et énuclée la tumeur assez facilement. Le fond de la plaie est constitué par le *fascia transversalis*, entamé sur quelques points et laissant voir la graisse sous-péritonéale. L'origine de la tumeur est aponévrotique, et non périostique. Les suites de l'opération ont été très-simples : un bandage adapté à une ceinture abdominale est appliqué pour combattre l'éventration qui résulte de l'opération.

L'histoire scientifique de ces tumeurs ne remonte pas bien loin. Elles ont été signalées pour la première fois en 1850, par Nélaton. M. Bouchacourt en a publié un cas à Lyon en 1851 ; depuis lors la thèse inaugurale de Bodin (Paris, 1861) traite ce sujet sous les inspirations de Huguier et de Gosselin : quelques-uns ont été publiés par diverses revues, dont un de Billroth, et un autre de Panas; récemment M. Guyon vient de rassembler et d'éclairer tous ces cas dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine. (*Lyon méd.*)

Ostéome intra-médullaire du tibia gauche; évidement, guérison. — A la Société anatomique, MM. Ch. Sarazin et Petit (de Vierzon) présentent l'observation d'une jeune femme qui, s'étant heurtée, vers 1874, contre un jouet d'enfant, un peu au-dessous du milieu du tibia, éprouva en ce point une douleur qui persista.

(1) *Archives générales*, 1848, p. 346 suiv.

(2) Quant aux sons nasaux dits français, nous avons été surpris de trouver qu'ils ne sont pas aussi exclusivement propres à la prononciation française qu'on le croit (par exemple M. Brücke. loc. cit. 39): nous les avons rencontrés dans certains dialectes sud-allemands, entre autres dans celui de Francfort-sur-le-Mein, et dans certains patois de l'Autriche.

Par conséquent, il n'est plus surprenant que les personnes originaires des pays que nous venons de citer apprennent, pour ainsi dire d'emblée, à prononcer les sons nasaux de la langue française; tandis que l'Allemand du nord ne parvient qu'avec plus de peine à les substituer aux sons nasaux non français tels qu'il les prononce dans sa langue maternelle.

Elle avait épuisé liniments révulsifs, vésicatoires, traitement antisyphilitique; la malade vint enfin à Paris, après huit à dix mois de souffrances. Plusieurs chirurgiens admirent l'existence d'une ostéopériostite traumatique et prescrivirent l'emplâtre de Vigo et des frictions mercurielles. La jambe gauche était infiltrée : la face interne du tibia, au tiers moyen, était hypertrophiée dans toute sa largeur et dans une longueur d'environ cinq centimètres; le bord antérieur faisait également saillie au même niveau; sur toute cette surface, la sensibilité est très-vive. On fit le débridement du périoste pour calmer les douleurs; de même des cautérisations transcurrentes n'amenèrent qu'un soulagement momentané. L'état général s'aggravant, MM. Sarazin et Petit se décidèrent à l'évidement. On appliqua deux couronnes de trépan; la seconde pénétra dans le canal médullaire, et, après quelques coups de gouge à la main, l'opérateur dégagea une petite tumeur osseuse, ovoïde, de 12 millimètres de longueur sur 9 de largeur et d'épaisseur, qui obturait complètement le canal. Le tissu avoisinant était violacé et friable, on le fit disparaître avec la gouge. Pansement ouaté et guérison. Actuellement, la malade va très-bien; cependant elle éprouve, à certains moments, quelques douleurs dans la jambe gauche, ce qui pourrait faire redouter une récidive.

La tumeur était une énostose, c'est-à-dire une variété d'ostéome très-rare. Un léger traumatisme ayant provoqué le développement de cette tumeur, il serait très-pratique, quand on opère sur les diaphyses, de s'abstenir de chocs, du maillet, même en plomb, pour éviter les chances de récidive, plus nombreuses encore après ce traumatisme que la première fois. (*Progrès méd.*)

Deux observations de constriction spasmodique de la glotte, de nature hystérique. Guérison par l'hydrothérapie. — Chez deux jeunes filles, l'hystérie avait provoqué, outre toutes ses manifestations ordinaires, une difficulté d'avaler qui était complète depuis quatre jours, chez l'une et depuis huit jours chez l'autre. Tous les moyens employés, même l'électricité, toutes les tentatives de déglutition forcée, échouent. M. Sieffermann les traite alors par l'hydrothérapie, en leur faisant la recommandation d'essayer d'avaler, *pendant qu'elles sont sous la douche*. Après douze jours de ce traitement, et pendant la douche, la jeune malade s'aperçoit soudain qu'elle peut avaler. Depuis ce moment elle continue à avaler. La deuxième malade réussit à avaler pendant sa deuxième douche et la dysphagie cessa complètement. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Fixatif pour les graphiques physiologiques. — On se sert avec avantage de la formule suivante dans les cliniques médicales de Lyon, pour fixer les tracés obtenus par les appareils enregistreurs sur papiers noircis :

Alcool méthylique (esprit de bois, méthylène du commerce)	100 gr.
Gomme laque en plaques	10 gr.

La solution se fait assez rapidement par agitation à froid dans un ballon. Une partie gommeuse reste indissoute. On filtre.

Il suffit, pour l'emploi, de plonger le tracé dans cette teinture et de faire sécher rapidement à une douce chaleur. Le tracé conserve un aspect brillant et flatteur. L'avantage de cette teinture est encore d'être économique. (*Lyon médical.*)

Localisations cérébrales et trépan. — Le docteur Gainet, du Doubs, rapporte l'histoire d'un homme, âgé de trente-huit ans, grand et robuste cultivateur, qui reçut un coup de bouteille sur la tête. A peine étourdi par le choc, le blessé peut regagner son domicile à pied. Vingt-quatre heures après, la face est rouge, congestionnée; le médecin constate une aphasie incomplète; pas de paralysie faciale; pupilles normales; céphalagie, pouls à 60. Le coup a porté sur la région fronto-pariétale gauche, au niveau de laquelle il n'y a ni plaie ni ecchymose. Les mouvements du bras droit s'exécutent encore assez facilement, mais la force musculaire est à peu près complètement abolie dans la main droite. Sensibilité intacte; pas de paralysie du membre inférieur droit. Prescriptions : huit sangsues aux apophyses mastoïdes, purgatif, compresses d'eau blanche glacée sur la tête en permanence.

Le surlendemain, apparut une ecchymose sous-conjonctivale de l'œil gauche; l'état général était amélioré. L'aphasie disparut quatre à cinq jours après. La force musculaire revint progressivement dans la main droite. Quand le gonflement fut disparu, on constata une dépression très-accusée de la région fronto-pariétale gauche. (*Union méd.*)

Traitement de l'adénite chronique par la cautérisation avec le nitrate d'argent. — M. Cassou généralise ce traitement, non seulement à l'adénite chronique suppurée, mais encore à ces tumeurs, dès qu'elles sont le siège d'une fluctuation, quelque vague et peu manifeste qu'elle soit. Ce traitement consiste dans l'ouverture de la tumeur jusqu'à son centre avec un bistouri étroit, suivie de la cautérisation intérieure avec le crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation doit être la règle dans toute ouverture de ganglion chronique à parois minces ou épaisses, et spécialement pour l'adénite cervicale. (*Pau médical.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

27. Éléouet. — Essai sur l'immobilisation à bord des bâtiments dans le traitement de la fracture compliquée du fémur et des fractures de la colonne vertébrale.
28. Martin. — Étude sur les modes principaux d'extension des kystes hydatiques du foie, et sur les symptômes particuliers à chacun de ses modes.
29. Petit. — Étude sur la médication salicylique particulièrement dans le rhumatisme articulaire et la goutte, avantages, mode d'emploi, contre-indications.
30. Gelade. — De la tuberculose bucco-pharyngée, phthisie buccale.
31. Dreyfus-Brisac. — De l'ictère hémaphéique, principalement au point de vue clinique.
32. Joncour. — Contribution à l'étude du traitement et de l'hygiène de la phthisie pulmonaire.
33. Villard. — De la rétention du fœtus mort dans l'utérus après le temps normal de la grossesse.
34. Osman Galeb. — De l'œuf dans la série animale.
35. Cassagnau. — Quelques réflexions sur les diverses formes de délire alcoolique et particulièrement sur la forme aiguë.
36. Duran. — Des injections hypodermiques de chloroforme.
37. Amat. — De la fièvre typhoïde.
38. Armand. — De l'extension continue comme traitement de la coxalgie chez les enfants.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

(Treizième liste.)

Listes précédentes	8,639 fr. 50 c.
M. le docteur Auguste Voisin	40 »
Total	8,679 fr. 50 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté, en date du 16 juin 1878, M. le professeur Gintrac est nommé doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Musset, docteur ès sciences, est chargé du cours de botanique.

— *Faculté des sciences de Lille.* — Il est créé à la faculté des sciences de Lille une chaire de botanique.

M. Bertrand, docteur ès sciences, est chargé du cours de botanique à la faculté des sciences de Lille.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Forcrand, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie à la faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Peter, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Rennes.* — Il est créé à la faculté des sciences de Rennes une chaire de botanique.

M. Barthélemy, docteur ès sciences, est chargé du cours de botanique à la faculté des sciences de Rennes.

— *École de pharmacie de Nantes.* — M. Pihan-Dufeillay, professeur de pharmacie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1877-78, par M. Herbelin.

— M. Milne-Edwards (Alphonse), professeur au Muséum d'histoire naturelle, est nommé membre du Comité des souscriptions scientifiques et littéraires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

—

La Vie, études et problèmes de biologie générale, par E. CHAUFFARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, gr. in-8°, 525 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1878, J.-B. Baillière et fils.

Recherches anatomiques et cliniques sur les gaînes synoviales de la face palmaire de la main, par Ch.-Ed. SCHWARTZ, docteur en médecine de la faculté de Paris. Paris, 1878, in-8°, 110 pages, 3 pl. lithogr. — Prix : 3 fr. 50. J.-B. Baillière et fils.

Les Signes physiques des folies raisonnantes (état mental de Sandon). Étude clinique, par le Dr LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, in-8° de 76 pages. Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50. — Ad. Delahaye, éditeur.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 76. — MARDI 2 JUILLET 1878. 51e ANNÉE. MARDI 2 JUILLET 1878. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

—

Traitement de la paraplégie, par la cautérisation au fusain.

J'ai déjà eu l'occasion de guérir l'an dernier, dans mon service, trois enfants atteints de paraplégie, par la cautérisation au fusain. Les observations ont été publiées dans la *Gazette des hôpitaux*. Voici deux autres faits analogues dont vous venez d'être les témoins, et je saisirai cette occasion pour vous dire quelques mots de mon procédé opératoire.

Avant cela, parlons un instant des variétés de paraplégie qu'il est possible de soumettre à cette médication avec quelques chances de succès.

Il est bien évident que l'on ne saurait avoir la prétention de guérir les paraplégies dues à une sclérose ancienne de la moelle épinière, ni à une destruction plus ou moins étendue de ce cordon nerveux.

En dehors des graves altérations de la moelle, il y a une foule de lésions secondaires, congestives ou hémorrhagiques, qui, sans avoir détruit les cordons nerveux, peuvent avoir légèrement modifié leur texture et arrêté l'influx nerveux, de façon à produire la diminution ou l'abolition du mouvement des membres inférieurs. Ces paraplégies, comme les paraplégies nerveuses réflexes et hystériques, sont celles que la cautérisation au fusain peut guérir.

Dans ce nombre, il faut ranger les paraplégies dues au commencement de la sclérose spinale et de l'ataxie locomotrice, les paraplégies diphthéritiques, comme celle que vous venez de voir, les paraplégies dues à certaines formes du mal de Pott, les paraplégies dues à la myélite aiguë, les paraplégies dues aux phénomènes congestifs ou ischémiques de l'hystérie, etc.

Dans ces cas, la lésion spinale est peu de chose, et le désordre fonctionnel est tout. C'est le trouble fonctionnel qui domine la situation et qui n'a pas de rapport proportionnel avec la lésion. Alors la révulsion opérée, par la cautérisation épidermique par le fusain, change les conditions de circulation dans la moelle épinière et peut raviver l'action nerveuse ralentie ou suspendue.

Telle est l'explication des faits dont vous venez d'être les témoins et que je vais discuter.

Obs. I. — *Paraplégie suite de myélite aiguë. — Héminévrite optique. — Cautérisation spinale épidermique par le fusain. — Guérison.*

V...., âgée de dix ans et demi, entrée le 19 septembre 1877, au n° 17 de Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, s'aperçut il y a huit jours, pendant qu'elle jouait, que ses jambes fléchissaient sous elle. Elle tomba et se releva à plusieurs reprises différentes. On la coucha, et le lendemain elle se réveilla avec une paralysie complète des quatre membres et de la nuque. Pour la faire manger, on était obligé de lui soutenir la tête et de porter les aliments jusqu'à sa bouche.

A son entrée à l'hôpital, on constate une paralysie des quatre membres. L'enfant ne peut absolument pas se servir de ses mains. Il faut la faire manger. Lorsqu'on la soutient, elle peut faire quelques pas, mais en traînant les pieds. A chaque instant, les jambes fléchissent sous le poids du tronc. Elle est incapable de soutenir sa tête qui retombe sur sa poitrine. — Rien du côté de la sensibilité. Il n'y a pas de refroidissement ni d'atrophie des membres.

A l'ophthalmoscope, on constate une *héminévrite optique* double, occupant le côté externe des deux papilles, caractérisée par un nuage blanchâtre cachant le bord externe de chaque nerf optique.

10 *octobre*. — Sous l'influence d'un régime tonique et du sirop de sulfate de strychnine, à la dose de deux cuillerées à café par jour, la paralysie des muscles de la nuque s'est peu à peu dissipée.

L'enfant remue plus facilement les jambes dans son lit, mais elle est encore incapable de marcher seule. Même lorsqu'on la soutient, elle traîne les pieds et s'affaisse à chaque instant. Elle commence à se servir de ses mains et peut manger seule. — Il n'y a pas d'atrophie des membres.

Cautérisation du rachis avec des pointes de feu au moyen du fusain allumé.

1er *novembre*. — Depuis vingt jours, les pointes de feu au fusain ont été appliquées tous les deux jours de chaque côté de la colonne vertébrale. Les cautérisations, d'abord très-douloureuses, ont fini par être assez bien supportées. L'enfant maintenant se sert de ses mains, assez bien pour tricoter. Elle commence à marcher seule, mais lentement et en s'accrochant aux lits et aux tables. Encore se laisse-t-elle tomber de temps en temps.

28 *novembre*. — L'enfant marche maintenant sans se tenir aux meubles. Elle ne tombe plus, mais elle éprouve beaucoup de peine à monter les escaliers.

Il n'y a pas d'atrophie des membres. On a cessé les cautérisations depuis dix jours.

18 *décembre*. — L'enfant est tout à fait guérie. *Exeat* le 30 décembre 1877.

Obs. II. — *Paraplégie diphthéritique. — Cautérisations spinales avec les pointes de feu avec le fusain allumé. Guérison.*

R...., âgée de dix ans, entrée le 28 octobre 1877, au n° 10 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut. Elle a séjourné, il y a un mois, dans le service pour une angine couenneuse qui s'est bien passée. Elle n'est restée à l'hôpital que neuf jours et en est sortie guérie, mais en conservant un peu de nasonnement.

Il y a huit jours, ce nasonnement s'est mis tout à coup à augmenter. En même temps, les liquides ont commencé à revenir par les fosses nasales.

Les membres inférieurs se sont progressivement affaiblis. La malade marche, mais péniblement et en traînant les pieds. De temps en temps les jambes fléchissent sous elle. — On ne remarque aucune atrophie musculaire.

Rien du côté des membres supérieurs.

Rien du côté de la sensibilité.

La luette n'est pas déviée. La voix est extrêmement nasonnée. Lorsqu'on fait boire l'enfant, une partie du liquide lui revient par le nez.

Les mouvements des yeux sont normaux, les pupilles égales. Mais l'enfant se plaint d'avoir souvent un *brouillard* devant les yeux, sans que l'examen ophthalmoscopique révèle des lésions bien caractéristiques.

L'examen de la colonne vertébrale révèle l'existence d'une gibbosité volumineuse au niveau des deux dernières vertèbres lombaires. Mais cette gibbosité, non douloureuse, est de date très-ancienne et ne parait pas devoir être pour quelque chose dans les phénomènes de paraplégie. Il n'y a pas trace d'abcès par congestion.

Cautérisations avec les pointes de feu, au moyen du fusain allumé, faites le long du rachis, tous les trois jours.

28 *novembre.* — Sous l'influence du fer, du quinquina, etc., et d'applications *de pointes de feu au fusain* le long de la colonne, les mouvements des jambes sont à peu près revenus. L'enfant marche aujourd'hui avec assurance. La voix a repris à peu près son timbre normal. Le reflux des liquides avait cessé dès les premiers temps de son séjour à l'hôpital.

Exeat le 30 décembre 1877. — L'enfant est entièrement guérie.

Dans la première observation, la paralysie des quatre membres, suivie de paraplégie, est venue dans le jour pendant les jeux de l'enfant. — Elle n'a pas été suivie d'atrophie graisseuse des muscles, ni de diminution de volume des membres paralysés. — Sous ce rapport elle n'a aucun caractère de ce qu'on appelle la *paralysie infantile*. C'est une myélite aiguë dont la cause est impossible à apprécier et que je pense devoir attribuer à une hémorrhagie spinale ou rachidienne plutôt qu'à toute autre lésion.

Dans la seconde observation, la paraplégie était de nature toute différente. Elle avait succédé à une angine couenneuse traitée dans mes salles et était accompagnée de paraplégie du voile du palais, avec retour des boissons par les narines. C'était une paralysie diphthéritique.

Dans le premier cas, il y avait une lésion du nerf optique qui permettait d'affirmer l'existence d'une maladie de la moelle semblables à celles que j'ai décrites dans mon *Atlas d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie*, en donnant le dessin de la lésion intra-oculaire.

Dans le second cas, bien qu'il n'y ait pas eu de lésion intraoculaire, la maladie de la moelle n'en est pas moins certaine. On sait aujourd'hui que les paralysies diphthéritiques ne sont pas dues à l'anémie, ni à une altération diphthéritique du sang. Elles résultent d'une altération de la substance nerveuse cérébro-spinale due à une névrite ascendante du glosso-pharyngien qui, après avoir gagné les centres nerveux, redescend dans la moelle épinière.

Ces deux cas sont donc des exemples de maladies différentes de la moelle épinière, mais, dans leur nature différente que je viens de spécifier, la lésion spinale n'est pas considérable, et est plutôt congestive qu'atrophique. Ce sont là précisément les cas dans lesquels la cautérisation spinale avec le fusain enflammé peut réussir.

Or, qu'est-il arrivé de cette médication, et comment faut-il l'employer?

D'abord, ce n'est qu'une cautérisation épidermique, pointillée, ne faisant pas de plaie et ne produisant pas de suppuration. La brûlure doit être légère et superficielle, ne toucher qu'un point de l'épiderme qui, étant ainsi cautérisé se dessèche et tombe sousforme d'écailles, au bout de quelques jours. C'est une cautérisation pointillée de l'épiderme, comme on en fait avec le fer rouge ou avec l'acide sulfurique. Le procédé est différent, plus commode et plus pratique, voilà tout.

Au lieu de chauffer au rouge un cautère à boule, armé d'une pointe, pour faire les cautérisations pointillées de l'épiderme, ce qui exige un fourneau allumé et une perte de temps assez grande pour n'avoir qu'un cautère qui se refroidit très-vite, je préfère le fusain allumé, qui est toujours rouge et avec lequel on fait autant de mouchetures que l'on désire. C'est le fusain à dessiner dont je me sers pour ces cautérisations. On le trouve chez tous les papetiers qui les donnent à deux pour un sou. Une fois taillé en pointe, le fusain est allumé à la flamme d'une bougie, et on fait, le long de la colonne vertébrale, de chaque côté des apophyses épineuses, une trentaine de mouchetures pointillées, que l'on renouvelle deux fois la semaine. De cette façon, il n'y a ni plaie ni suppuration à craindre, la révulsion est très-énergique, et, autour des mouchetures, il se produit une rougeur qui annonce l'appel sanguin sous-cutané dérivatif.

Chez quelques paraplégiques, si la paralysie tient à l'hystérie ou au nervosisme, une seule cautérisation peut suffire, et j'ai fait marcher instantanément des malades qui étaient paralysés depuis plusieurs mois. Une des observations publiées l'an dernier par la *Gazette des hôpitaux* en est la preuve.

Dans d'autres cas, si la paraplégie tient à une cause plus sérieuse, comme dans les deux faits que je viens d'étudier, les cautérisations n'ont pas d'effet instantané, et il faut les renouveler un certain nombre de fois. C'est ce que j'ai fait faire, et le succès a confirmé mes prévisions.

En résumé, dans les maladies de la moelle épinière avec paraplégie, à côté des révulsifs ordinaires, tels que les vésicatoires, les cautères, les frictions irritantes révulsives, il faut placer les cautérisations épidermiques pointillées avec le fer rouge ou avec le fusain allumé. C'est ce dernier moyen dont je vous conseille de faire usage.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Duplay.

Des tumeurs dites bénignes du sein.

I.

La malade qui va faire le sujet de cette conférence est une femme, couchée au n° 65 de la salle Sainte-Marthe. Voici en peu de mots son observation.

Elle a eu deux accouchements à terme: le premier, il y a environ trois ans et demi; le second, il y a deux ans. Elle a nourri ses deux enfants. Lors de son premier allaitement, elle a eu à plusieurs reprises, au sein droit, des abcès très-probablement glandulaires, qui se sont ouverts spontanément. Néanmoins la

mamelle ne fut pas assez profondément atteinte par ces abcès pour qu'ils empêchassent la sécrétion lactée, car, lorsqu'elle eut son dernier enfant, elle put le nourrir aussi bien avec le sein droit qu'avec le sein gauche. Les choses en étaient là quand, au moment de sevrer ce dernier enfant, il y a dix-huit mois, cette femme s'aperçut qu'il s'était développé dans la moitié externe de la glande qui avait été précédemment le siège de ces abcès, et presque immédiatement en dehors du mamelon, une tumeur du volume d'une noisette, dure, indolente.

Un peu effrayée, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Quand nous l'avons observée, à ce moment, on constatait, plutôt qu'une tumeur véritable, une induration qui comprenait toute la partie supérieure et externe de la glande mammaire droite ; induration très-notable, très-accusée, et au niveau de laquelle la peau avait conservé son poli et sa souplesse habituels.

Mais, quoiqu'il n'y eût pas, à proprement parler, de tumeur isolée, bien circonscrite, néanmoins on trouvait tout à fait en dehors du mamelon et au-dessous, se continuant avec la partie indurée, un noyau plus dur que partout ailleurs, à peu près de la grosseur d'une noisette, formant relief et donnant lieu, à la pression, à une légère sensibilité.

Enfin la peau n'était pas adhérente avec les parties sous-jacentes, la mamelle avait conservé la même proéminence, elle n'était nullement déformée, et, de plus, la masse indurée dans sa totalité glissait librement sur les parties profondes. Pas trace de ganglions dans l'aisselle. Santé générale parfaite. Aucune espèce d'antécédent qui pût faire croire qu'il s'agissait d'une affection grave.

Nous conclûmes, d'après cet examen, que nous avions affaire à une tumeur bénigne du sein, adénoïde, ainsi qu'on les appelait autrefois.

Nous avons d'ailleurs, au n° 71 de la même salle, une autre malade, celle-là atteinte d'un cancer du sein, et qui va me servir de point de comparaison pour établir devant vous le diagnostic entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes de la mamelle.

Cette femme, qui s'observe peu, ne peut nous donner que des renseignements très-vagues sur le début et sur la marche de sa maladie.

Tout ce qu'elle sait, dit-elle, c'est qu'il y a environ un an que les accidents qu'elle présente ont commencé. Quoi qu'il en soit, nous constatons chez elle des différences très-caractéristiques.

Ainsi, tandis que, chez la malade du n° 65, la peau a conservé tous ses caractères normaux, qu'elle est mobile dans tous les sens et qu'elle se plisse comme à l'état ordinaire; tandis, enfin, que le mamelon présente sa forme et sa saillie habituelles ; chez l'autre, au contraire, les formes de la mamelle sont extrêmement altérées dans toutes les parties occupées par la tumeur ; il y a une fusion intime, absolue, de la peau avec les parties sous-jacentes, et, à défaut d'une altération de couleur proprement dite, les téguments sont le siège à ce niveau d'une rougeur assez vive. Enfin, le mamelon est aplati, déformé, altéré du côté de la tumeur et fait absolument corps avec elle.

L'état de la glande elle-même est, dans ces deux cas, tout à fait différent. Chez l'une, on reconnaît parfaitement dans la portion indurée les caractères de la mamelle, son apparence glandulée ; chez l'autre, on ne trouve qu'une masse, de la grosseur d'un petit œuf, aplatie, se fusionnant avec la peau et plus ou moins mobile sur les parties profondes.

La consistance de la tumeur varie également dans l'un et l'autre cas. C'est ainsi que, chez la première de ces malades, cette consistance rappelle beaucoup la sensation que donne le fibrome à la palpation ; de plus elle s'accompagne d'une sorte d'élasticité. Chez l'autre, au contraire, la tumeur est dure, inextensible, ferme, ligneuse, résistante comme du bois.

Enfin, caractère distinctif beaucoup plus important, chez la première malade, l'exploration minutieuse de l'aisselle ne révèle l'existence d'aucune espèce de ganglions; chez la seconde, au contraire, on sent d'une manière parfaitement nette, dans la région axillaire, quatre ou cinq ganglions indurés, augmentés de volume.

Tel est le diagnostic différentiel entre ces deux variétés de tumeurs. Mais l'examen des signes physiques ne suffit pas, et, dans ces circonstances, il ne faut jamais négliger de le fortifier, de le compléter par des commémoratifs. Ainsi, je vous ai dit, relativement à la femme du n° 65, que, bien que nous n'ayons pu avoir d'elle aucun renseignement précis sur le début et la marche de son affection, il lui semblait pourtant que ces accidents avaient commencé il y a seulement un an ; chez l'autre, la maladie a marché d'une façon beaucoup plus lente, car il y a plus de deux ans qu'elle s'en est aperçue.

De même, vous ne devez pas négliger les antécédents de famille. Il sont nuls pour la première de nos malades ; l'autre, au contraire, nous dit que sa mère était morte d'une affection chronique, qui a été causée surtout par des pertes utérines, dont vous connaissez la valeur : autrement dit, par un épithélioma de l'utérus.

Enfin l'état général des malades, la manière dont s'accomplissent leurs principales fonctions, doivent être examinés également avec un grand soin dans de pareilles circonstances. Ici nous n'avons pas de caractères distinctifs bien nets à cet égard. La femme au cancer du sein s'observant peu, elle n'a pu nous fournir aucun renseignement ; autrement, quoiqu'elle présente l'apparence d'une santé satisfaisante, peut-être nous aurait-elle dit qu'elle avait un peu maigri et que ses forces avaient diminué. Quant à l'autre malade, elle a conservé son embonpoint habituel, et nous n'observons chez elle rien de particulier du côté de son état général.

Nous concluons donc de ces faits, et cela sans aucune espèce de doute, à l'existence, chez cette dernière, d'une tumeur du sein dite bénigne, d'une tumeur adénoïde.

Mais c'est là un diagnostic bien vague, d'autant plus que certaines de ces tumeurs sont, comme vous le savez, susceptibles de se transformer et de devenir à un moment donné des tumeurs malignes.

Si, en effet, quelques-unes restent constamment bénignes et ne se reproduisent plus une fois qu'on les a enlevées, il en est d'autres qui récidivent sur place, tout en conservant leur caractère de bénignité ; certaines, enfin, ne se reforment pas seulement sur place, mais s'étendent au loin et se généralisent après leur ablation.

Cliniquement, est-il possible de diagnostiquer à laquelle de ces variétés de tumeurs on a affaire? Autrement dit, peut-on, en présence d'une tumeur bénigne dite du sein, affirmer que l'on est en présence d'une tumeur qni restera bénigne, qui, une fois enlevée, ne se reproduira pas, ou qui, enfin, récidivera et, à la rigueur, pourra se généraliser?

Je n'hésite pas à dire que l'histologie seule peut nous renseigner à cet égard.

NOTE

SUR L'ANALYSE DE L'URINE CHEZ UN HOMME ATTEINT D'HYDROPHOBIE,

Par M. Albert Robin.

Grâce à l'obligeance de M. Barthélemy, interne à l'hôpital Beaujon, j'ai pu pratiquer l'analyse de l'urine recueillie chez un homme atteint d'hydrophobie. Cette urine a été extraite à l'aide de la sonde, de six heures du soir à dix heures du matin, époque de la mort du malade. Comme il n'existe pas d'analyses complètes d'urines rabiques, je crois qu'il est intéressant de publier celle-ci, d'autant plus qu'elle révèle un certain nombre de faits qui n'avaient pas encore été signalés.

La *quantité* s'est élevée à 230 centimètres cubes, pendant un espace de temps de quinze heures, ce qui donnerait, pendant vingt-quatre heures, un chiffre de 368 centimètres cubes.

La *densité* égalait 1030 à 15°.

La *consistance* était normale, l'urine étant assez ténue, et apparaissant claire et limpide au-dessus de son sédiment.

L'*odeur* était urineuse, forte.

La *réaction* très-acide, si bien que l'urine, après huit jours de contact à l'air libre, n'avait point encore perdu son acidité.

La couleur était foncée, mais ne s'écartait de la normale que par une accentuation de ton assez prononcée.

Le sédiment, abondant, occupait un huitième de la hauteur du liquide coloré en brun rougeâtre peu foncé.

L'analyse quantitative avait fourni les chiffres suivants :

Matériaux solides	16gr,14	(quantité rendue)	25,83	(en 24 heures)
Principes organiques	11gr,53	—	18,45	—
Principes inorganiques	4gr,61	—	7,38	—
Urée	6gr,76	—	10,22	—
Acide urique	0gr,878	—	1,405	—
Matières extractives	3gr,90	—	6,73	—
Albumine	0gr,06	—	0,092	—
Chlorures	0gr,62	—	0,99	—
Acide phosphorique	1gr,12	—	1,82	—
Potasse	1gr,65	—	2,64	—

L'urine précipitait, par la chaleur, l'acide picrique, l'acide nitrique : l'albumine ainsi décelée a été dosée par le procédé des pesées.

Le traitement par la liqueur de Fehling donnait une réduction floconneuse brunâtre ; mais il a été impossible d'obtenir, soit par ce procédé, soit par d'autres, la réaction caractéristique du sucre.

Pas de matières colorantes anormales, hémaphéine ou uroérythrine.

Pas d'indican.

L'urohématine est beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, mais il faut tenir compte de l'extrême diminution de la quantité de l'urine.

La chaux et la magnésie paraissent diminuées.

Une petite quantité d'urine, à consistance sirupeuse, est concrétée en un magma cristallin dans lequel j'ai pu constater la présence des corps suivants :

Hippurate de chaux;
Acide margarique;
Leucine;
Urée.

La leucine et l'acide margarique m'ont paru exister en assez grande abondance.

Enfin l'urine, traitée par l'éther, a abandonné à ce dissolvant une grande quantité de graisse libre.

L'examen microscopique du sédiment présente une certaine importance; en effet, voici quels sont les éléments qui le constituaient :

Cristaux d'acide urique, losangiques et faiblement colorés en jaune.

Amas pigmentaires noirs et teintés de grenat.

Pas d'éléments figurés, sauf de très-rares globules blancs fortement chargés de graisse.

Gouttelettes graisseuses en très-grande abondance.

Très-rares torulacés.

Bâtonnets articulés immobiles.

Vibrions mourants.

Longs bâtonnets, beaucoup plus grands que ceux que l'on trouve ordinairement dans l'urine acide, immobiles, droits ou parfois incurvés. Longueur, 12 à 20 millimètres.

Chapelets de ferments resemblant à la levûre de bière, en abondance extrême. Diamètre, 3 millimètres; longueur, 4 millimètres.

Corpuscules brillants, agrégés en masses considérables, immobiles, arrondis, réguliers.

Voici quels sont les points dominants de cette analyse :

Diminution considérable de la quantité ;
Augmentation de la densité ;
Diminution des matières solides ;
— de l'urée ;
— des chlorures ;

Augmentation de l'acide urique et du rapport de l'acide urique à l'urée.

Augmentation du rapport normal de l'acide phosphorique à l'urée : cet acide se maintenant dans des proportions normales quand l'urée diminue dans de si grandes proportions.

L'acide phosphorique a passé dans l'urine à l'état de phosphate de soude et de phosphate de potasse : les phosphates terreux, au contraire, sont notablement diminués.

Présence de l'albumine.
Absence de sucre.
Présence de graisse en grande quantité ;
— de leucine et d'acide margarique ;
— de bactéries différentes de celles que l'on trouve dans l'urine qui commence à se putréfier.

Est-il possible de bâtir une hypothèse sur les faits précédents ? Non. On peut seulement rapprocher l'augmentation des phosphates alcalins, du phosphate de potasse surtout, et la présence de la graisse et de l'acide margarique, faits qui *paraissent* relever d'une dénutrition active des centres nerveux.

La leucine, l'hippurate de chaux, les matières extractives ont une valeur relative, en ce sens que les deux premiers ne se rencontrent pas dans l'état normal.

Quant aux organismes inférieurs que contient le sédiment, il est actuellement impossible de savoir le rôle qu'ils jouent, si tant est même qu'ils possèdent une importance quelconque. Je me borne simplement à constater leur existence, me réservant d'étudier à loisir l'action de ces organismes.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. **De l'involution utérine et de l'engorgement utérin**, par le docteur Chenet. Paris, Delahaye, 1877. — II. **De l'étiologie des avortements à répétition**, par le docteur Goubert. Paris, Delahaye, 1878. — III. **Emploi des anesthésiques pendant l'accouchement naturel**, par le docteur Piachaud. Genève, Georg, 1878.

I. — M. le docteur Chenet a choisi pour sa dissertation inaugurale un sujet extrêmement important. L'histoire de l'involution utérine et surtout celle de l'engorgement utérin sont très-délicates et encore fort obscures, les documents sont rares ; aussi devons-nous savoir gré à l'auteur d'avoir publié sur cette question, double en apparence, les idées d'un de nos plus éminents gynécologistes, M. le docteur Siredey.

Qu'est-ce que l'involution utérine ?

On sait que, pendant la période de gestation, l'utérus présente des changements non-seulement de volume, mais aussi de structure.

Il y a une hypertrophie de tous les éléments de la matrice, et développement d'éléments nouveaux.

Une fois le fœtus expulsé, l'utérus revient peu à peu au volume et

à la structure qu'il présentait avant la fécondation. Il existe bien néanmoins quelques différences ; ce retour n'est pas absolu, mais, indépendamment du volume, il est actuellement impossible de donner une caractéristique exacte à ces différences. C'est ce retour à l'état antérieur qui a reçu le nom d'involution.

Lorsque cette involution se fait d'une façon régulière à la suite d'un accouchement régulier, on observe d'abord une période de retrait qui commence au moment de l'accouchement et qui se termine lorsque l'utérus cesse d'être appréciable au-dessus des pubis. Ce retrait s'opère plus rapidement chez les primipares que chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, et d'après M. Depaul, il serait augmenté par l'administration du seigle ergoté et par une forte hémorrhagie. M. Chenet croît que la durée du travail peut avoir une certaine influence sur le retour de la matrice à ses dimensions premières; mais les observations lui manquent pour établir ce point d'une manière certaine.

En même temps le col tend à reprendre sa forme habituelle, avec des modifications variables dont quelques-unes peuvent se retrouver longtemps encore après l'accouchement.

Ces divers phénomènes sont accessibles à nos moyens d'investigation.

Ce qu'il est plus difficile d'étudier, ce sont les modifications anatomiques dépendantes de l'involution.

Il paraît évident qu'il se fait un travail atrophique, en même temps qu'un utérus composé d'éléments nouveaux se forme peu à peu. D'après Retzius, Kolliker et Heschl, il se produit une dégénérescence graisseuse des éléments anatomiques ; elle commence vers le sixième jour qui suit l'accouchement, et, vers la quatrième semaine, les premiers rudiments d'une substance utérine nouvelle font leur apparition

Les travaux du professeur Robin sur la régénération de la muqueuse utérine sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les résumer ici.

Que deviennent les éléments atrophiés de l'utérus ancien? Une partie est entraînée avec les lochies, le reste est repris par la circulation.

La montée du lait peut-elle avoir une influence sur l'involution utérine? Nous ne le croyons pas, car il n'y a pas d'observations absolument probantes sur ce point. Dans les cas relevés par M. Chenet, il y a balance entre les faits positifs et les faits négatifs.

Quant à l'allaitement, son influence ne peut être que favorable, car, suivant l'expression même de l'auteur, et c'est une expression heureuse, l'allaitement est le complément naturel de la maternité.

On ne possède pas de faits suffisamment concluants pour affirmer les rapports qui doivent exister entre la fausse couche et l'involution utérine.

Toutefois les observations III, IV et V du travail que nous analysons, indiquent qu'après des avortements survenus à une époque assez avancée de la grossesse, le retrait était plus lent que dans les conditions normales.

Plusieurs causes peuvent troubler l'involution et amener des accidents graves. Ce sont surtout l'inflammation des lymphatiques ou des veines, les inflammations de voisinage, le défaut de soins de propreté, le séjour dans l'utérus de débris du placenta, enfin les manœuvres obstétricales.

Telle est, analysée à grands traits, l'involution utérine. Or la période d'involution est toute favorable à l'établissement d'une congestion passive, ajoute M. Chenet. Cela est de toute évidence. Il est clair, en effet, que la circulation en retour s'accomplira avec difficulté lorsque le tissu propre de l'organe sera remplacé par des fibres musculaires en voie de dégénérescence graisseuse et déjà dissociées par une infiltration granuleuse.

Cette congestion passive, ajoute l'auteur, détermine l'engorgement.

Ici nous touchons à une question remplie de discussions et de controverses, auxquelles M. Chenet aurait dû, ce nous semble, consacrer un chapitre.

Déjà en 1839, dans son traité des maladies de la matrice, Duparque avait écrit que ce sont principalement les suites de la conception qui deviennent l'origine et la cause des maladies chroniques du parenchyme de l'utérus. Pour Scanzoni, beaucoup d'engorgements qu'on regarde comme inflammatoires n'ont rien d'inflammatoire dans le sens absolu du mot. « Ce sont des désordres de nutrition comme on en voit se former dans d'autres organes à la suite d'une hyperémie veineuse de longue durée. » C'est bien là la véritable définition, et, quoique nous soyons convaincus que les états diathésiques ont une influence considérable sur la production des maladies utérines, nous croyons, qu'au lieu d'affirmer avec Courty, que l'engorgement est le plus souvent causé par une affection diathésique, il est plus vrai de rapporter cet état, dans la majorité des cas, à une congestion passive favorisée, sinon causée, par le ramollissement du tissu utérin en état d'involution.

Et il est si vrai que l'engorgement est en somme un arrêt d'involution, que, le jour où il disparaît, l'involution reprend son cours interrompu.

La partie bibliographique du travail de M. Chenet est loin d'être complète ; c'est la seule lacune qu'il y ait à signaler. En revanche, nous louons fort l'auteur de n'avoir admis que des faits sérieusement établis et d'avoir formulé des conclusions auxquelles l'imagination est absolument étrangère.

II. — En lisant le titre du travail de M. le docteur Goubert, nous nous attendions à trouver une étude d'ensemble sur cette question si importante : l'étiologie des avortements à répétition. Il est en effet peu de médecins qui n'aient été consultés, à ce sujet, par de nombreuses femmes qui paraissent fatalement vouées à des gestations malheureuses comme résultat.

Notre espoir a été déçu. M. Goubert a réuni des matériaux dont la valeur est incontestable, mais il a fait une analyse là où il y avait lieu de faire une synthèse, ce qui aurait été certes plus utile, mais aussi beaucoup plus difficile, nous devons l'avouer.

Une des causes des avortements répétés que l'auteur a laissée dans l'ombre consiste dans le fait d'une première fausse couche. Nous ne développerons point ici cette idée et nous nous bornerons à citer quelques cas intéressants relatés par M. Goubert.

Il est assez curieux de voir que le repos exagéré peut amener des fausses couches successives.

En voici un exemple dû à Baudelocque. (Obs. XX.)

Il s'agit d'une dame qui eut trois avortements à diverses époques de la gestation. Pendant toute la durée de ses grossesses, elle restait tantôt couchée, tantôt étendue sur une chaise longue. Enceinte pour la quatrième fois, elle prit un exercice modéré à la campagne, sur les conseils de Baudelocque, et accoucha heureusement à terme. Pendant une cinquième grossesse, elle reprit ses habitudes sédentaires, et eut encore un avortement.

M. Goubert pense que ces divers avortements étaient dus à des hémorrhagies placentaires consécutives à la stase sanguine.

Les affections cardiaques peuvent avoir une influence considérable sur la grossesse.

Comme l'a fait remarquer le professeur Peter, dans ses cliniques médicales, les maladies du cœur apportent en effet des troubles profonds dans la circulation.

Trois divisions doivent être établies :

Ou le fœtus est mort, le sang vicié de la mère n'ayant pu lui fournir les matériaux nécessaires à sa nutrition, et alors il est expulsé comme corps étranger.

Ou le fœtus est vivant, et l'acide carbonique contenu en excès dans le sang de la mère peut déterminer des contractions utérines, quelquefois assez violentes pour amener une expulsion prématurée. Les expériences faites en 1858, par Brown-Séquard, les résultats qu'ont obtenus Scanzoni et Simpson en employant l'acide carbonique sous forme de douche, dans des cas d'inertie utérine, donnent une grande vraisemblance à cette dernière assertion.

Enfin l'expulsion du fœtus peut avoir lieu avant qu'il soit viable, et elle est due dans ce cas, soit à une hémorrhagie utéro-placentaire, soit à la stase prolongée du sang veineux dans les sinus utérins.

Quoique les faits recueillis jusqu'ici soient en nombre insuffisant pour qu'on puisse formuler une proposition rigoureuse, il semble

que ce sont les affections mitrales qui prédisposent le plus aux avortements.

L'intoxication saturnine chronique peut être aussi une cause d'avortement. Une femme bien portante qui s'expose à l'intoxication fait une série de fausses couches, et elle peut mener d'autres grossesses à bon terme si elle se rétablit en quittant son état. (Voir les observations.)

Nous arrêterons là l'analyse de la thèse de M. Goubert. C'est un travail consciencieusement fait; plus de cent vingt observations y sont résumées. Il n'y manque, à notre avis, qu'une liaison plus étroite entre les diverses idées qui y sont émises.

III. — Le docteur Piachaud a publié tout récemment le mémoire qu'il a présenté au dernier congrès international des sciences médicales. Nous nous bornerons à résumer les conclusions de ce travail honnêtement écrit.

On peut, d'une manière générale, conseiller l'emploi des anesthésiques dans l'accouchement naturel, et, de tous ceux qui ont été expérimentés jusqu'à ce jour, c'est le chloroforme qui doit avoir la préférence.

C'est surtout pendant la période d'expulsion qu'il doit être administré; cependant, dans certains cas de nervosité, l'auteur n'a pas attendu la complète dilatation du col, et il a eu lieu d'en être satisfait. On doit faire respirer l'agent anesthésique par petites doses, au début de chaque douleur, et suspendre dès que la douleur est passée.

On se bornera à une simple hypanesthésie, et ne point pousser l'action jusqu'à l'insensibilité complète.

Il ne faudrait pas croire que les anesthésiques suspendent les contractions utérines ou celles des muscles abdominaux. Ce serait une grande erreur: leur rôle est d'affaiblir la résistance naturelle des muscles du périnée. On n'a jamais observé d'effet fâcheux, soit sur la santé de la mère, soit sur celle de l'enfant.

Enfin, dans les cas d'accouchement naturel, les anesthésiques sont indiqués:

1° Lorsque le travail est suspendu ou retardé par la souffrance causée par des maladies antérieures, ou survenant pendant le travail;

2° Lorsque des contractions irrégulières et partielles occasionneront une douleur presque continue sans concourir au progrès du travail.

Dr DE FOURCAULD.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 juin 1878. Présidence de M. HOUEL.

COMMUNICATIONS.

Greffes animales transportées d'une race à l'autre. — M. MOREL, médecin de la marine, dans un séjour de deux années à la Guyane, ayant sous la main des représentants de toutes les races humaines, a eu la curiosité de rechercher ce qu'il adviendrait des greffes animales transportées d'une race à l'autre. Toutes les combinaisons, tous les rapprochements ont été tentés.

Qu'est-il résulté de cette confusion? Les greffes ont-elles pris dans tous les cas? Ont-elles gardé leur coloration originaire? Toutes les peaux sont-elles aptes à les fournir et à les recevoir?

En ce qui concerne ce dernier point, il paraît que, si rien n'est plus aisé que de prendre greffe sur l'Européen, rien n'est plus difficile que de la prendre sur le nègre, à cause de la résistance et de la dureté que présente la peau. Par exemple, toutes les peaux sont également aptes à recevoir des greffes de provenance quelconque. La peau noire ou jaune prend fort bien racine sur l'Européen, de même que la peau blanche s'implante très-bien sur le noir.

La greffe prend la couleur de la peau qu'elle vient compléter: la greffe noire devient blanche sur un sujet blanc, jaune sur un sujet jaune, et réciproquement. Par exception, chez le nègre, dans les cas où la plaie à couvrir est très-grande, la greffe demeure blanche; mais c'est qu'alors elle se trouve comme enveloppée par la cicatrice qui toujours fait tache blanche sur la peau noire.

Le Hoang-nan. — MM. RABUTEAU et PIÉTRI, voulant se rendre compte de la nature de ce produit asiatique, ont épuisé une certaine quantité de cette poudre par l'alcool, et ont obtenu un extrait qu'ils ont injecté à des lapins en solution au 50e. Des convulsions presque immédiates, violentes, répétées, suivies d'une période d'épuisement nerveux périphérique presque absolu: tels furent les phénomènes observés. Comme avec le curare, le système musculaire demeure excitable sous l'influence de l'électricité; comme avec le curare encore, le système nerveux de la vie organique n'est pas atteint, au moins tout d'abord, et le cœur continue à battre, alors que, les muscles de la poitrine étant paralysés, commence l'asphyxie. N'était la période convulsivante du début, on pourrait assimiler le Hoang-nan au curare. Physiologiquement les deux substances sont semblables. Le Hoang-nan, comme le curare, doit donc contenir de la strychnine.

M. HARDY, qui, ayant eu l'occasion de faire l'analyse chimique du Hoang-nan, le croit composé d'un mélange de strychnine et de brucine, confirme cette manière de voir. Il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce que le Hoang-nan eût des effets comparables à ceux du curare, dans lequel entre également la strychnine.

Histologie des papules syphilitiques. — M. CORNIL fait une communication sur ce sujet. Les petites papules de la roséole déterminent d'abord, quand on examine les choses d'assez près, des irrégularités cutanées coïncidant avec les saillies papillaires du derme. Les vaisseaux des papilles vasculaires sont congestionnés et autour d'eux il y a épanchement des cellules lymphatiques. Enfin on observe à la surface même de la peau une desquamation de cellules épidermiques. Quand les papules roséoliques sont plus grosses, la surface cutanée présente un dos d'âne, conséquence de l'augmentation considérable de la couche épidermique et de la couche muqueuse de Malpighi. Au dessous se trouvent des papilles hypertrophiées, baignées de cellules lymphatiques et présentant souvent de petits épanchements sanguins.

M. HILLAIRET exprime à M. Cornil combien de dermographes et de syphiligraphes vont lui être reconnaissants pour les recherches qu'il a entreprises. Peu d'entre eux se sont armés jusqu'ici d'un microscope, et assurément, sans M. Cornil, ils ignoreraient encore longtemps ce que cache de désordres cette petite papule de la roséole.

M. CORNIL répond que bien des erreurs règnent encore dans l'histoire de certaines affections, et il importe d'aborder toute une série d'études encore négligées. Ce que j'ai dit de la papule roséolique, ajoute-t-il, je pourrais le dire de la plaque muqueuse de la syphilis, dont les ravages s'étendent bien au-delà de ce que l'œil peut apercevoir. Peau muqueuse de Malpighi, tissu cellulo-adipeux sous-jacent, follicules et glandes sébacées environnantes, tout est atteint par cette petite ulcération, en apparence si superficielle.

Mouvements spontanés de la sensitive. — M. PAUL BERT fait une double communication. Dans la première il a raconté qu'il n'était pas parvenu à tuer le vibrion septique du charbon par l'alcool phéniqué pas plus que par l'extrait de feuilles de noyer, auquel on a fait jusqu'ici une réputation imméritée.

La seconde communication a trait aux mouvements spontanés de la sensitive.

Les botanistes nous ont appris jusqu'ici que la feuille de la sensitive, redressée pendant le jour, tombait durant la nuit. Suivant M. Paul Bert, c'est le contraire qui a lieu. La feuille de la sensitive, parvenue à la limite extrême d'abaissement à la chute du jour, se redresse lentement pendant toute la durée de la nuit, pour arriver à la limite extrême de redressement au lever du jour; après quoi elle retombe peu à peu. Les botanistes, voyant la feuille très-bas vers le soir et très-haut vers le matin, ont cru que ce deuxième état se produisait sous les premiers rayons du soleil. S'ils avaient observé ce qui se passait pendant la nuit, ils auraient vu que ce sont précisément ces premiers rayons qui déterminent le début du phénomène de descente.

Quelle est la cause de cet abaissement et de ce redressement spontanés? Si l'on considère la plante, on observe que chaque pétiole est muni à son point d'attache d'un petit renflement traversé par la nervure de la feuille. M. Bert a fait l'hypothèse qu'une certaine modification dans le volume de ce renflement pouvant déterminer les mouvements de la feuille, il était probable que ce renflement fabriquait une substance osmotique, capable, à un certain moment, sous certaines variations de chaleur atmosphérique. d'aspirer une partie de l'eau contenue dans la plante. L'hypothèse s'est trouvée vraie. M. Bert a tiré du renflement une quantité de glucose énorme, si on la compare à ce que contiennent les autres parties de la plante.

Séance du 29 juin 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Daremberg dépose sur le bureau une brochure intitulée: *Comparaison des climats d'hiver sur les côtes africaine et française de la Méditerranée.*

Du développement des centres psycho-moteurs. — M. Tarchanof communique la première partie d'un travail dans lequel il fait connaître les nombreuses expériences qu'il a pratiquées cette année à Saint-Pétersbourg dans le but d'étudier le développement des centres psycho-moteurs chez les animaux de diverses espèces. Il résulte de ces expériences que les animaux nouveau-nés n'ont pas de centres psycho-moteurs, que ceux-ci ne commencent à se développer qu'un certain temps après la naissance, qui varie suivant l'espèce de l'animal, et qu'enfin on peut hâter ce moment par certains procédés expérimentaux, en particulier par le phosphore ou par l'afflux du sang que détermine la position verticale de l'animal placé la tête en bas et les membres postérieurs en haut.

Analyse de l'urine d'un homme atteint d'hydrophobie. — M. Albert Robin fait une communication sur ce sujet (voir plus haut).

Nerf vaso-dilatateur de la muqueuse des fosses nasales. — M. Jollyet fait connaître les résultats de ses recherches sur la présence dans le maxillaire supérieur d'un nerf vaso-dilatateur de la muqueuse des fosses nasales.

La séance est levée à six heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lyon. — Un concours pour une place d'aide d'anatomie s'ouvrira le 18 novembre 1878. Tous les étudiants en médecine sont admis à concourir. La durée des fonctions est de deux ans. Le traitement annuel est de mille francs.

— M. le professeur Richet suspend, à partir de ce jour, ses leçons de clinique chirurgicale.

— M. le professeur Ehrmann, doyen honoraire de l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg, correspondant de l'Institut, associé national de l'Académie de médecine, est mort à Strasbourg, le 19 juin dernier, dans sa quatre-vingt-sixième année.

— Le concours annuel pour l'admission de nouveaux élèves dans les Écoles vétérinaires, aura lieu le 7 octobre, au siège de chacune des Écoles d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des propriétés chimiques et physiologiques du suc gastrique, par le docteur Ch. Richet, 1 vol. gr. in-8°, avec une planche lithographiée. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Germer-Baillière et Cᵉ.

Étude clinique sur la peur des espaces (agoraphobie des Allemands), névrose émotive, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre, in-8° de 76 p. Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50. — Ad. Delahaye, éditeur.

De la gastro-élytrotomie, par le docteur Masson. In-8° de 61 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Suivant les coutumes académiques, M. Verneuil devait avoir le dernier mot dans la discussion provoquée par lui.

Il était temps du reste de la voir terminer, car elle commençait à s'envenimer de questions de personnes, ainsi qu'il arrive trop souvent quand, toutes les opinions ayant été émises, tous les faits connus exposés, tous les arguments développés tels qu'ils se présentent à l'esprit dans l'état actuel de la science, les orateurs n'ont plus d'autres ressources que de répéter indéfiniment ce qu'ils ont déjà dit une première fois ou de se critiquer les uns les autres.

Depuis longtemps le sujet avait changé de face. On ne s'occupait plus du procédé opératoire préconisé par M. Verneuil pour la désarticulation de la hanche, ni de son idée de laisser les plaies ouvertes en en développant toute la surface, sans les recouvrir par aucun lambeau. Ce qu'on discutait, c'était la valeur comparative des pansements antiseptiques et des divers autres pansements.

Naturellement, M. Verneuil en est revenu à son point de départ. Dans un discours très-développé et très-étudié, peut-être un peu long, il a passé en revue les critiques dont son mémoire avait été l'objet, et il y a répondu avec une habileté incontestable.

Le débat est clos.

Si maintenant nous nous demandons à quoi aura servi toute cette discussion, nous pourrons répondre, encore cette fois : à faire connaître très-exactement les divers courants d'opinion qui se partagent actuellement les esprits.

Depuis quelques années toute une révolution s'est accomplie en chirurgie. On pratique journellement, avec un plein succès, des opérations d'une audace extraordinaire, ne craignant pas d'ouvrir le péritoine, les articulations, etc.

Est-ce donc à la méthode antiseptique que l'on doit ces beaux résultats? Non, car ils s'obtenaient déjà quand cette méthode a pris naissance. Mais elle est venue à temps pour généraliser, pour vulgariser les soins minutieux indispensables à qui veut réussir, et dont on n'a bien reconnu toute l'importance que quand ils ont été rattachés à une théorie nouvelle.

Mais il n'est pas indispensable d'adopter cette théorie et les procédés qui en découlent pour sortir des vieux errements. Par d'autres voies, tout aussi sûres, on peut atteindre le même but. C'est là ce que plusieurs orateurs, particulièrement M. Richet, M. Trélat, M. Gosselin, M. Le Fort, se sont attachés à prouver.

Quant à M. Verneuil, ce n'est pas d'aujourd'hui qu'il fait jouer un grand rôle à la septicémie. Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Paralysie rhumatismale du nerf médian.

I.

Nous avons actuellement dans le service une femme qui est atteinte d'une affection rhumatismale inusitée, tellement rare, même, que jusqu'ici je n'en avais encore observé aucun exemple.

Voici, très-succinctement, l'observation de cette malade. Il y a trois ans, elle a été traitée pour une luxation de l'épaule qui lui était survenue à la suite d'une chute dans un escalier et qui l'avait rendue absolument impotente du membre droit. Après la réduction, cette impuissance fonctionnelle disparut, mais incomplètement, et cette femme conserva, dans l'exercice de son membre, une gêne persistante.

Les choses en étaient là quand, il y a environ quinze jours, se sentant un peu fatiguée, elle s'endormit auprès de son poêle, le bras appuyé sur une table et la tête reposant sur le bras. Elle avait à sa droite une fenêtre près de laquelle elle travaillait habituellement et qui, fermant mal, donnait lieu à un courant d'air assez violent. Au bout de quelque temps, quand la malade se réveilla, elle constata que son bras était le siège d'un engourdissement qui persiste depuis et avec une impotence infiniment plus considérable qu'elle ne l'avait eue jusque-là. C'est alors qu'elle nous demanda à entrer à l'hôpital.

A ce moment, nous constatâmes l'état suivant : Cette femme était absolument incapable de se servir de son membre supérieur; les mouvements de l'épaule, de même que ceux du coude, étaient assez libres, mais ils s'exécutaient beaucoup moins facilement qu'à gauche. Quant à la main, elle pouvait s'étendre, se redresser sans difficulté aucune; mais il était

impossible à la malade, du moins avec les trois premiers doigts, de serrer un objet avec une certaine énergie; en d'autres termes, elle fléchissait assez bien les articulations métacarpo-phalangiennes; mais les jointures inter-phalangiennes devenaient alors presque immobiles. Cela voulait dire que les inter-osseux seuls agissaient bien pour déterminer la flexion, tandis que les fléchisseurs du bras ébauchaient en quelque sorte et n'effectuaient qu'avec une extrême lenteur la part qui leur est dévolue dans l'exécution de ce mouvement. Il en était de même du pouce qui, de plus, ne pouvait être opposé aux autres doigts.

Nous avions donc là des troubles du mouvement extrêmement manifestes, dont il s'agit maintenant de déterminer la nature.

D'après la description que je viens de vous en faire, il est évident que nous avons affaire à une paralysie des muscles fléchisseurs des doigts et de l'avant-bras. Or, le nerf qui anime ces muscles, c'est le médian, lequel, comme vous le savez très-bien, se distribue à tous les muscles de l'avant-bras, le cubital antérieur excepté; c'est également lui qui préside aux mouvements des trois premiers doigts, ainsi qu'à la moitié externe du quatrième. Il s'agit donc d'une paralysie du nerf médian.

Cette paralysie, d'après le récit que vous venez d'entendre, est survenue exactement dans les mêmes conditions qui s'observent ordinairement pour la paralysie rhumatismale de l'avant-bras, c'est-à-dire la malade ayant le bras exposé à l'air frais et, de plus, légèrement comprimé, avec cette différence, toutefois, que cette espèce de paralysie affecte ordinairement un tout autre nerf, le radial.

Voilà donc une manifestation du rhumatisme tout à fait particulière, tout à fait inusitée, et dont, à ma connaissance, il n'existe, dans la science, qu'une seule observation qui est due à M. Becquet.

Mais, pour être bien assurés que nous avons affaire à un fait de ce genre, trois points sont à démontrer :

1° Que le nerf médian est affecté;

2° Qu'il est atteint de paralysie rhumatismale;

3° Pourquoi celle-ci a, dans ce cas, porté sur le médian au lieu de s'exercer sur le radial.

Que ce soit le médian qui est affecté ici, il n'y a pas là-dessus l'ombre d'un doute. La distribution des troubles de la motilité est, en effet, bien limitée, comme je l'ai démontré, aux fléchisseurs du bras, lesquels sont innervés par le nerf médian; tandis que les inter-osseux, qui ne sont pas soumis à l'influence de ce nerf, ont conservé leur activité. Je sais bien qu'il y a un peu d'impuissance de la part de ces derniers, mais cela s'explique, assez bien, je crois, par cette raison que, d'habitude, et sans que nous sachions exactement pourquoi, quand une région animée par un nerf se trouve atteinte de paralysie musculaire ou d'anesthésie, les parties avoisinantes sont elles-mêmes plus ou moins affectées. Quoi qu'il en soit, ce fait ne nuit en rien à la constatation que nous avons faite, à savoir, que tout ce qui appartient à la distribution du médian est atteint.

D'un autre côté, la sensibilité, dans les troubles qu'elle présente, ne répond pas exactement à cette manière de voir, car tout le côté droit est analgésié. Mais cela tient très-vraisemblablement, non pas à ce que les nerfs voisins sont eux-mêmes atteints d'une façon spéciale, mais à ce que nous avons affaire à une malade manifestement hystérique et fille elle-même d'une femme atteinte d'une affection nerveuse grave, puisqu'elle est aliénée.

Le nerf médian est donc positivement celui de qui relèvent toutes les altérations que nous présente cette malade, et, comme vous venez de le voir, il l'est devenu dans les conditions qui sont habituelles aux manifestations rhumatismales. Cependant il est, vous ai-je dit, extrêmement rare que ce nerf subisse les influences qui donnent lieu au rhumatisme, et, le plus habituellement, c'est le radial qui est atteint. Mais il faut vous rappeler qu'avec cette cause habituelle aux dispositions rhumatismales, l'exposition au froid durant le sommeil, la malade présentait déjà un trouble dans les fonctions nerveuses du membre en général, du médian en particulier, et que ces désordres existaient depuis qu'elle avait eu son épaule luxée.

Les troubles, dans les fonctions du nerf médian, consécutifs à la luxation de l'épaule, ne sont d'ailleurs pas chose rare. M. Richet en a publié une observation bien positive, et, si l'on n'entend pas parler plus fréquemment de cas analogues, c'est, je le répète, que rien n'est plus commun : soit que ces désordres résultent de la compression persistante ou même momentanée exercée sur le tronc nerveux, à son origine, par la tête humérale ayant abandonné la cavité glénoïde, soit qu'ils soient dus aux manœuvres nécessitées par la réduction et dont le nerf sort souvent tiraillé, contus, parfois même déchiré.

Une seule chose ici pourrait nous étonner, c'est la durée exceptionnelle de la maladie, car, dans le plus grand nombre des cas, les troubles nerveux, suites de luxations, disparaissent spontanément au bout de quelques semaines, rarement de quelques mois.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Duplay.

Des tumeurs dites bénignes du sein (1).

II.

Pour bien comprendre le mode de formation de ces tumeurs, il est bon de se rappeler la structure des derniers éléments de la glande mammaire.

Les canalicules secondaires et les acini se composent de deux parties : l'une, essentielle, comprenant la membrane limitante qui sert de paroi à ces petits organes et la couche épithéliale qui, à l'intérieur, tapisse ces parois propres; l'autre, accessoire, qui consiste dans l'existence, autour des acini, d'une couche de tissu conjonctif par laquelle pénètrent les organes de la nutrition, et disposée de telle sorte que, très-lâche dans les parties qui sont immédiatement en rapport avec les éléments glandulaires, ils s'épaississent et deviennent très-résistants à mesure qu'ils s'éloignent, de façon à constituer en quelque sorte une seconde membrane limitante.

De là, deux espèces de tumeurs dites bénignes du sein, suivant que la lésion débute dans le tissu conjonctif périacinulaire, ou bien qu'elle commence par affecter les éléments glandulaires eux-mêmes.

Pour le cancer, dont nous n'avons pas d'ailleurs à nous occuper ici, le mode d'origine est assez contesté. Au contraire, il est très-bien démontré que les adénomes se développent tantôt aux dépens du revêtement épithélial qui tapisse la paroi limitante des canalicules et des acini dont se compose à son origine la glande mammaire, tantôt dans la couche de tissu conjonctif qui entoure ces derniers. De là, comme je le disais,

(1) Fin. — Voir le n° 76 du 2 juillet.

deux grandes classes de tumeurs : les unes, d'origine conjonctivale ; les autres, d'origine épithéliale.

Supposons en effet que, par suite d'un processus irritatif quelconque, le tissu conjonctif périacinulaire s'enflamme : il va proliférer, s'épaissir, et l'élément glandulaire, tout en restant intact, subira des altérations de forme, de longueur, etc., dans tous les sens. De là, l'erreur des anatomo-pathologistes qui avaient donné à ces tumeurs le nom d'adénomes, les attribuant à une hypertrophie des éléments glandulaires eux-mêmes. Or nous venons de voir que c'est, au contraire, en dehors de ces éléments que la lésion commence, et que ceux-ci sont simplement modifiés dans leurs formes et dans leurs dimensions. Tels sont les fibrômes.

Une autre classe de tumeurs, non moins importantes, ce sont les tumeurs d'origine épithéliale, résultant de l'irritation de la couche d'épithélium qui tapisse l'élément glandulaire lui-même. Dans ce cas, il se fait une prolifération des cellules qui entrent dans la composition de cette membrane, lesquelles se multiplient et deviennent assez abondantes pour remplir les canalicules et les acini, les obstruer, les distendre, au point qu'il semble que les éléments glandulaires augmentent de volume et de nombre. Ce sont les épithéliomas, les sarcomes et, plus souvent, les myxomes.

Est-il possible de diagnostiquer, d'après le seul examen des signes et des symptômes fournis par le malade, à quelle variété de tumeurs on a affaire ? Oui, dans un certain nombre de cas, en tenant compte des commémoratifs. C'est ainsi que, chez cette malade, je crois pouvoir vous dire qu'il s'agit d'un fibrôme et non d'un épithéliome.

Quelques-unes des raisons qui me semblent autoriser cette manière de voir sont les suivantes : c'est d'abord que cette malade a allaité il y a très-peu de temps. Or une altération des éléments épithéliaux, étendue à une aussi grande partie de la glande, n'aurait probablement pas permis un allaitement de ce sein.

J'ajouterai que, dans les cas d'épithéliome glandulaire aussi développé, il n'est pas sans que, de temps en temps, un peu de liquide séro-sanguin s'écoule par le mamelon, phénomène que cette femme n'a pas présenté, et qu'enfin, cette variété de tumeur ne s'observe ordinairement qu'à un âge plus avancé que celui de notre malade.

Une question importante est celle du pronostic.

Je vous ai mis en garde, précédemment, contre ce caractère de bénignité absolue que, du temps de Velpeau, on attribuait à ces tumeurs. En lisant le livre de ce chirurgien, vous trouverez même un certain nombre de faits au sujet desquels il a dû revenir sur cette prétendue propriété bénigne de ces adénomes, sans que pourtant il puisse savoir exactement pourquoi ces tumeurs étaient devenues malignes, et cela au point de revêtir, dans certains cas, toutes les apparences du cancer véritable. Il est certain aujourd'hui qu'il ne s'agit pas ici, comme Velpeau tendait à le croire, de tumeurs ayant subi des transformations qui les ont rendues différentes de ce qu'elles étaient lors de la première atteinte, mais qu'elles se sont tout simplement modifiées par suite de leur évolution.

Rien n'est plus simple que de comprendre comment une tumeur épithéliale peut, tout en restant identique à elle-même, devenir une tumeur maligne.

En effet, la prolifération épithéliale se produisant d'abord à l'intérieur des éléments glandulaires, la membrane limitante l'empêche de se propager au dehors. Mais il arrive, à un moment donné, que, par le fait de la rupture des parois des canalicules et des acini, les éléments cellulaires épithéliaux envahissent le tissu cellulaire, qui forme à ceux-ci une atmosphère graisseuse. Au bout d'un certain temps, cette gaîne de tissu conjonctif est elle-même débordée : alors les cellules épithéliales arrivent en plein dans le tissu cellulaire voisin, elles remontent les vaisseaux lymphatiques, et c'est ainsi que se fait la généralisation, tout simplement par suite de la modification histologique des éléments glandulaires.

Les tumeurs d'origine conjonctivale peuvent aussi devenir malignes, mais à un degré moindre. Cela dépend du degré d'irritation que subit le processus.

Ainsi, vous n'ignorez pas que ce qui constitue le sarcome, ce sont les éléments conjonctifs restés à l'état embryonnaire et proliférant avec une rapidité extrême. Eh bien, dans des tumeurs qui avaient été jusque-là simplement fibreuses et conjonctivales, il peut arriver à certain moment que, sous l'influence d'un traumatisme, d'une cause inconnue, cette prolifération des cellules embryonnaires prenne, en un point quelconque, une activité exceptionnelle, de telle sorte que l'on a des sarcomes dans une tumeur fibreuse.

Vous remarquerez donc, d'après ce que je viens de vous dire, que les tumeurs épithéliales sont plus dangereuses que celles qui appartiennent aux autres catégories, en ce sens que, par suite de la rupture des éléments glandulaires dans l'intérieur desquels elles se développent primitivement, elles peuvent arriver à se généraliser, et aussi en ce sens que la transformation des éléments conjonctifs, dans le fibrome, ne conduit jamais qu'au sarcome.

Pour en revenir à notre malade, je crois que, en raison même de l'existence chez elle d'une tumeur fibreuse, le pronostic est relativement bénin, et que dans ces conditions on ne doit pas considérer son affection comme devant entraîner d'une façon absolue des accidents sérieux.

Quel est le traitement de ces tumeurs? Je vous dirai d'abord que tout traitement médical est absolument nul et qu'il faut y renoncer complètement. Il en est de même du traitement local, qui consiste dans l'application de substances médicamenteuses sur la tumeur, dans des frictions faites avec des pommades fondantes, etc. Ces moyens ne sont bons qu'à un point de vue purement moral, et à la condition qu'on ne se servira pas de topiques excitants qui pourraient enflammer la peau et rendre plus rapide la marche de la maladie.

Dans ces conditions, les seuls moyens dont on obtienne des résultats sérieux sont la compression et l'ablation. C'est ainsi que je vous conseillerai, dans ces cas de tumeurs fibreuses dont notre malade nous offre un exemple, de faire au niveau de la tumeur une compression assez forte pendant huit, dix ou quinze jours. Si, passé ce délai, vous n'avez obtenu aucun résultat dans le volume de la tumeur, votre dernière ressource est de l'enlever avec le bistouri. Mais n'oubliez pas que la compression n'est bonne qu'autant que l'on est sûr du diagnostic ; qu'elle est, au contraire, extrêmement nuisible s'il s'agit d'une tumeur épithéliale.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur Lœwenberg.

La différence entre les deux catégories de sons nasaux consiste, selon nous, en ce que le rétrécissement constitué par le rapproche-

(1) Suite. — Voir les numéros des 23, 25 mai, 4, 18 22, et 29 juin.

ment du dos de la langue et du voile du palais est infiniment plus complet pour les sons nasaux étrangers que pour la prononciation française de ces sons (voir aussi, sur ce chapitre, le travail de M. Brücke, publié dans les Transactions de l'Académie des sciences de Vienne, 1849).

Les sons nasaux non français que Brücke désigne par π^1 et π^2 (exemples : allemand dans Klingel, Enge, Wange, anglais dans Tinker, Angle, etc., etc.) sont des résonnants également; mais, comme nous venons de le dire, la fermeture buccale est ici plus étroite, et le pertuis nasal encore plus indispensable que pour les sons nasaux français. Lorsque le nez est fermé en arrière, il est impossible de les prononcer, et l'air forçant l'entrave palato-linguale produit un *gh*; par exemple, *Klingel* devient *Kligghel.*

L'ensemble des substitutions provoquées par l'obstruction nasale postérieure constitue le *nasonnement*, qu'il faut distinguer du *nasillement* (*naeseln* des Allemands, *twang* des Anglais). Le nasonnement se trouve d'une façon passagère chez les personnes enrhumées, et est provoqué par la tuméfaction intense de la muqueuse nasale.

Il est surprenant que, seule, la langue française possède des expressions différentes pour distinguer ces deux vices de prononciation tout à fait différents, et que les autres langues modernes, au moins celles que nous connaissons, les confondent; même en français, d'ailleurs, cette distinction n'est pas bien répandue : les mots *nasonner* et *nasonnement* ne se trouvent pas dans la plupart des dictionnaires classiques (Académie française, Littré, Larousse, etc.). Nous les avons trouvés cependant dans Lachâtre et dans Boiste.

Même dans le langage médical, on se sert de ces termes pour désigner des vices de prononciation fort différents les uns des autres; ainsi on les applique à la manière de parler des personnes qui ont le nez bouché et à celle des malades atteints de fissure du palais. Les conditions physiques étant entièrement différentes dans l'un et l'autre cas, nous n'avons été nullement étonné de trouver que les substitutions des phonèmes sont opposées dans les deux cas. Nous reviendrons d'ailleurs, à une autre occasion, sur ce point intéressant; ici, bien entendu, nous ne traitons que le vice de prononciation caractérisé par les substitutions décrites ci-dessus.

Le nasonnement diffère du *nasillement* en ce que celui-ci est produit par une résonnance nasale exagérée qui accompagne tous les sons, et non pas, comme cela a lieu normalement, les résonnants seulement; en touchant le nez on perçoit, dans ce cas, une vibration continue, et on peut nasiller artificiellement, en rétrécissant ou en pinçant la partie cartilagineuse du nez près de la partie osseuse. On peut donc dire qu'en prononçant régulièrement, on parle du nez pour certaines lettres (m, n et voyelles nasales), qu'en nasillant, on parle *trop* du nez (résonnance nasale généralisée et augmentée), et qu'en nasonnant, on parle *sans l'aide du nez* (résonnance nasale faisant défaut). Ces distinctions ont été entrevues par Dodart (1), Gerdy (2) et M. Segond (3); voir l'excellent mémoire de ce dernier auteur sur les modifications du timbre de la voix humaine (4).

Nous ne saurions quitter l'étude de ce symptôme sans faire ressortir que, pour qu'il y ait nasonnement, le passage nasal doit pour ainsi dire être *aboli* complètement. Tandis qu'une simple gêne à l'entrée postérieure des fosses nasales suffit déjà pour rendre impossible la respiration par le nez qui nécessite un courant rapide et large, la phonation se contente d'une circulation aérienne beaucoup moins libre. Ainsi nous donnons nos soins en ce moment à un garçon de huit ans, fils d'un confrère de Paris très-estimé, chez lequel on constate facilement la présence de tumeurs adénoïdes très-grosses avec presque tout leur cortège de symptômes, tels que surdité, respiration buccale, ronflement nocturne, etc., mais chez lequel la prononciation est restée bonne, le passage pharyngo-nasal n'étant pas absolument intercepté, mais seulement rétréci.

k) *Influence sur le larynx et sur la voix chantée.* — Nous touchons ici à un point très-obscur : on a observé plusieurs fois des aphonies paralytiques qui résistaient au traitement électrique, souverain d'ordinaire en pareil cas, et ne guérissaient que le jour où l'on avait enfin enlevé, soit une tonsille pharyngienne hypertrophiée, soit d'autres tumeurs adénoïdes. Une fois cette complication écartée, l'aphonie disparaissait spontanément, ou bien sous l'influence du courant d'induction qui jusque-là était resté impuissant. Voir les observations de M. Bresgen (1) et de M. Gerhardt (2). On ne peut penser ici qu'à une action réflexe de l'affection pharyngienne sur l'innervation des muscles du larynx; M. Gerhardt va même jusqu'à admettre que toute irritation du pharynx peut amener une aphonie par voie réflexe.

Quelquefois, au lieu de supprimer la voix, la présence des tumeurs adénoïdes ne fait qu'en diminuer l'étendue ; sont-elles volumineuses, elles peuvent s'opposer à l'émission des notes élevées que le malade ne peut plus émettre avant qu'on ne l'ait débarrassé des végétations. M. Meyer, de Copenhague, a vu un cas où, immédiatement après l'opération, la voix a monté d'un ton et demi. Il a voulu démontrer que c'était bien la présence d'un obstacle matériel qui avait empêché la voix d'atteindre sa limite supérieure naturelle, et, pour cela, il a tenté d'imiter l'état pathologique par l'occlusion artificielle des arrière-narines. Les ayant oblitérées chez un ténor avec des tampons de charpie, il observa qu'en effet ceux-ci exerçaient la même influence sur la voix du chanteur que les végétations avaient produite chez quelques malades.

En dehors de ce mode d'action, les tumeurs adénoïdes peuvent encore empêcher la voix de monter, en s'opposant à l'élévation du voile du palais; on sait en effet que, plus on s'approche des notes aiguës, plus le voile du palais se lève. D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'il n'est pas besoin d'un obstacle matériel de ce volume pour que la même entrave se produise : ne sait-on pas qu'il suffit de la présence d'une simple pharyngite granuleuse pour empêcher l'émission des notes aiguës? (Voir à ce sujet l'ouvrage de M. Lasègue.) (3) La question n'est donc pas aussi simple qu'elle le paraît de prime abord, et il est nécessaire de combiner, dans chaque cas de cette nature, l'inspection du pharynx et même l'examen laryngoscopique avec la rhinoscopie pour s'assurer qu'il n'y a aucune autre affection du pharynx ou même du larynx.

l) *Influence des tumeurs adénoïdes sur l'oreille moyenne.* — Les tumeurs adénoïdes pharyngiennes sont toujours accompagnées d'inflammation chronique du pharynx nasal, et nous pensons qu'elles ne constituent, à proprement parler, qu'un degré particulier de développement de cette inflammation. Outre cela, il y a, dans la majorité des cas, pharyngite buccale, très-souvent rhinite chronique et quelquefois aussi hypertrophie des amygdales. Mais la complication la plus grave est l'*otite moyenne* qui accompagne à peu près les trois quarts des cas.

Quant à la nature même de l'affection dont l'organe de l'ouïe souffre dans les cas où les tumeurs adénoïdes l'atteignent, nous avons rencontré surtout l'*inflammation catarrhale* de la trompe d'Eustache et de la caisse, généralement à marche chronique. La *forme suppurative avec perforation de la membrane du tympan* se trouve beaucoup plus rarement dans nos observations. Nous allons leur emprunter la relation d'un cas qui, avec celui rapporté sous le n° 1 de ce mémoire, montre de quelle façon curieuse ces deux formes peuvent se présenter successivement chez le même individu.

L'histoire du malade que nous allons exposer nous semble encore mériter la publicité à cause de la singulière marche intermittente

(1) *Mémoire sur les causes de la voix de l'homme, etc.* (*Mém. de l'Acad. des sciences*), 1700, p. 6 et 7.

(2) *Mémoire sur la voix et la prononciation*, 1842.

(3) Loc. cit.

(4) Le défaut de prononciation décrit dans ce chapitre rappellera certainement au lecteur familiarisé avec la littérature anglaise un des types les plus frappants des romans de Dickens. Dans *Oliver Twist*, il fait parler de cette façon un jeune homme nommé Barney. D'ailleurs, le pseudonyme même du grand humouriste qui a signé longtemps *Boz* (corruption de *Moz-Moses-Moyse*), emprunté au nom familier d'un de ses frères, nous paraît indiquer que celui-ci a dû être affligé d'un nasonnement caractérisé, et provoqué probablement par des tumeurs adénoïdes (car nous croyons que ce défaut de prononciation reconnaît infiniment plus souvent celles-ci comme cause que le *coryza chronique* simple qu'on accuse généralement).

(1) In : *Centralblatt f. Chirurgie*, 9 juin 1877.

(2) *Ibidem* (cité par M. Bresgen).

(3) Lasègue, *Traité des Angines*, 332.

de l'affection auriculaire, et, de plus, parce que nous avons eu occasion de l'étudier pendant très-longtemps : depuis le commencement de l'année 1865 jusqu'à ce jour (1878).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes-rendus des épidémies qui ont régné en 1877 dans les départements du Gard et de Saône-et-Loire (commission des épidémies) ;

2° Le rapport général de M. le médecin-inspecteur des eaux d'Alet pour l'année 1876 (Commission des eaux minérales)

M. le ministre de la guerre adresse à l'Académe un exemplaire du tome V (2e série) du *Recueil des mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires*.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remercîments de MM. les docteurg Sanguin, Dubesc, Perron, Sagnier, Bringuier, lauréats de l'Académie;

2° Un mémoire sur les épidémies observées dans le cercle de Tenemarah (Algérie) pendant l'année 1877, par M. le docteur Géraud, médecin-aide-major au 31e bataillon d'artillerie (commission des épidémies) ;

3° Un autre mémoire intitulé : *Étude sur la vaccine basée sur des observations recueillies dans le cercle de Tenemarah,* par le docteur Géraud (commission de vaccine).

M. Alphonse Guérin, à l'occasion du procès-verbal, vient compléter sa réponse à M. Le Fort. Sur les deux malades indiqués comme morts d'infection purulente dans son service, il en est un qu'il ne se rappelait pas d'abord, mais dont il a maintenant l'histoire parfaitement présente à l'esprit. C'était un homme atteint d'une arthrite fongueuse du genou. A la suite de cautérisations profondes, il fut affecté d'une lymphite, qui donna lieu à des abcès nombreux dans le tissu cellulaire sous-cutané, puis l'articulation suppura, des drains y furent introduits, et le malade était dans un état septicémique des plus prononcés lorsqu'on lui amputa la cuisse le 11 décembre 1872. Le 18 il était mort.

L'autre fait a été publié dans les bulletins de la Société de chirurgie, et il ne prouve rien contre la méthode. M. Guérin rappelle que, dans ces deux années où il a perdu six amputés de cuisse, il a pratiqué également d'autres opérations dont M. Le Fort aurait dû parler pour faire une statistique exacte : d'abord une désarticulation de cuisse suivie de mort (la malade était arrivée à la dernière période de la cachexie cancéreuse), puis cinq amputations de l'avant-bras, du bras ou de la jambe, toutes les cinq suivies de guérison.

M. Guérin maintient donc de nouveau qu'il n'y a pas eu dans son service un seul cas d'infection purulente vraiment attribuable à sa méthode.

Il revient sur une citation qui prouverait que M. Le Fort n'avait pas bien compris l'opinion de Lister sur le rôle des germes dans la production du pus.

Il combat comme non démontrée, la théorie d'après laquelle l'infection purulente pourrait survenir en l'absence de toute plaie communiquant avec l'extérieur, par suite de phlébite suppurée, par exemple, tout en déclarant que cette théorie, fût-elle fondée, se rapportant à certains cas exceptionnels, n'influerait pas sur la pratique à adopter à la suite des amputations.

M. Le Fort répond à M. Guérin que, s'il a parlé uniquement des six amputations de cuisse suivies de mort, c'est parce qu'en général il s'est jusqu'ici, dans ses discours, spécialement occupé des amputations de cuisse, pour comparer les résultats des diverses méthodes. Mais il avait relevé la statistique complète et n'avait nullement l'intention de cacher les six autres faits dont M. Guérin vient de parler. Quant à l'opinion de Lister, il la connaissait à merveille et l'avait comprise, comme le prouve un autre passage de son discours du 19 mars.

M. Depaul dit que M. Le Fort a tort de s'attribuer l'honneur d'avoir obtenu que les accouchements se fissent chez les sages-femmes, car, bien avant M. Le Fort, et dès 1858, dans les conclusions d'un discours prononcé à l'Académie, M. Depaul avait préconisé la même mesure.

M. Le Fort répond que, si M. Depaul et bien d'autres avaient, en effet, eu la même idée, c'est lui qui l'a fait appliquer par l'administration en s'adressant à M. Husson, alors directeur général.

M. Marey, absent de Paris durant quelques jours, n'a pu faire encore à l'Académie les observations que lui suggérait la lecture du procès-verbal de la séance où M. Collin a pris la parole après lui. Il tient à dire que M. Collin a ajouté par écrit beaucoup à ce qu'il avait dit, notamment en ce qui regarde les allures des chevaux et l'étude des mouvements cardiaques. L'application de la méthode graphique a permis particulièrement d'étudier chez les quadrupèdes les changements d'allure; elle a aussi permis de choisir entre les différentes théories qui avaient été émises jusque-là à propos des diverses allures. Quant à ce qui touche les mouvements du cœur, elle a conduit à attribuer une importance considérable au durcissement des ventricules, contrairement aux idées qui ont généralement cours.

M. Collin demande la parole. Mais le président lui fait observer que la discussion sur le pansement des plaies et la désarticulation coxo-fémorale devant se terminer dans cette séance par un discours de M. Verneuil, il convient de remettre ses observations à mardi prochain.

DISCUSSION SUR LE PANSEMENT DES PLAIES ET LA DÉSARTICULATION COXO-FÉMORALE.

M. Verneuil constate que la discussion s'est singulièrement éloignée de son point de départ. Depuis quelque temps il n'est plus question de la désarticulation coxo-fémorale et du procédé opératoire, on pourrait dire de la méthode (car son application est générale dans toutes sortes d'opérations) qu'il a préconisées et qu'il vient défendre.

Il commence par annoncer que le sujet opéré en juillet, et qui paraissait si bien guéri en octobre, a été pris de récidive locale en décembre, puis de cachexie à laquelle il a succombé en février dernier.

Puis il aborde la défense de son *procédé opératoire* et du *pansement antiseptique ouvert.*

Il rappelle les critiques dont ce procédé a été l'objet de la part de MM. Perrin, Richet, Rochard, Legouest, Gosselin, Le Fort, critiques qui, toutes, peuvent se réduire à deux reproches principaux :

1° Difficulté trop grande;

2° Durée trop longue.

Le premier reproche, M. Verneuil ne peut parvenir à le comprendre, se demandant en vain ce qu'on peut trouver de malaisé à diviser couche par couche avec un bistouri les parties molles d'un membre jusqu'à la chute complète de celui-ci.

Les principales ressources dont on dispose pour remplir l'indication de l'hémostase sont au nombre de quatre :

1° On peut opérer *très-rapidement* et ne se préoccuper des vaisseaux qu'après l'extirpation complète : c'est un procédé très-périlleux qui demande un chirurgien extrêmement habile.

2° On peut, avec les doigts des aides, comprimer certains vaisseaux importants avant de les ouvrir et boucher au fur à mesure les vaisseaux ouverts. C'est le procédé préconisé par MM. Perrin et Richet; il n'est ni très-lent, ni très-rapide, ni très-brillant, ni très-difficile, mais il exige l'assistance d'aides instruits et décidés.

3° On peut lier ou saisir avec des pinces hémostatiques les vaisseaux dès qu'ils sont ouverts et continuer ainsi jusqu'à la fin de l'opération. C'est le procédé le plus simple. Il convient très-bien quand les artères à diviser ne sont pas d'un trop gros calibre; mais, quand il s'agit d'une artère volumineuse comme l'artère fémo-

rale, on risque de perdre une certaine quantité de sang dans le temps, même très-court, qui s'écoule entre l'ouverture et l'occlusion du vaisseau.

4° Enfin on peut adopter le principe des ligatures préliminaires et eschoémier ainsi à l'avance le territoire sur lequel va passer le bistouri. C'est le procédé le plus facile, le plus sûr de tous, et c'est celui que recommande M. Verneuil.

M. Marcellin Duval, MM. Rose et Ledentu, qui s'en sont également servis, en ont fait également l'éloge. Ceux qui le critiquent ne l'ont pas essayé. Ils ont cru sans doute que, pour effectuer cette ligature préalable des principaux vaisseaux, il fallait aller à leur recherche dans la profondeur du membre, tandis qu'il suffit de couper les muscles, en travers, nettement, les uns après les autres; leurs bouts s'écartent et dans leurs interstices on voit les vaisseaux.

En liant l'artère fémorale immédiatement au-dessous du ligament de Fallope dans la désarticulation de la hanche, on n'a plus à s'occuper que des branches de l'hypogastrique : obturatrice, fessière et ischiatique. On sait d'ailleurs d'avance où se trouvent les vaisseaux, ce qu'on ignore pour les tumeurs très-volumineuses et très-vasculaires. Aussi M. Verneuil affirme-t-il que l'ablation de certaines tumeurs de la face, du cou, de l'aisselle, est infiniment plus difficile, plus périlleuse et plus dramatique que le paisible détachement du membre inférieur. Cette opération n'est pas par trop longue; elle a demandé une moyenne de vingt-cinq à trente minutes dans les trois faits cités, il est probable que vingt minutes suffiraient avec le dernier procédé. Il n'est pas certain que les procédés préconisés par d'autres ne soient pas d'une exécution tout aussi lente, y compris, comme ici, la ligature de tous les vaisseaux. D'ailleurs, peut-être vaut-il mieux ne pas aller par trop vite, ne pas ouvrir à la fois par trop de vaisseaux; la perte de sang, étant moins rapide, prédispose moins, soit à la syncope, soit à cette faiblesse particulière si souvent observée après la désarticulation de la hanche. Pour terminer ainsi en moins d'une demi-heure, il n'est nullement nécessaire d'être d'une extrême habileté.

L'orateur en vient à la défense de son *pansement antiseptique ouvert.*

On lui a surtout reproché de retarder beaucoup la guérison, d'exposer à la mauvaise conformation du moignon, et aussi de favoriser cette septicémie, ces accidents traumatiques consécutifs qu'il a pour but d'empêcher. Les deux premiers reproches sont peu sérieux, car la rapidité plus ou moins grande de la guérison et la bonne conformation du moignon tiennent encore plus à la bonne santé générale du sujet qu'au procédé choisi. Quant au dernier reproche, il est mal fondé. En effet, avec des procédés antiseptiques, les conditions des plaies sont tout à fait changées, et il n'y a eu chez le malade de M. Verneuil ni fièvre traumatique, ni douleur, ni accident d'aucune sorte.

M. Verneuil développe les propositions suivantes qu'il a émises dans un récent mémoire :

« 1° Plusieurs pansements, très-différents à première vue, peuvent être utilement employés, à la seule condition qu'ils se ressentent directement ou indirectement de la méthode antiseptique dont ils constituent les divers procédés et qu'ils satisfassent aux exigences de la doctrine de la septicémie.

« 2° Aucun pansement n'est applicable partout et ne peut prétendre à une efficacité constante. Le meilleur de tous, dans un cas, peut devenir le plus médiocre dans un autre.

« 3° Le même pansement, convenable à certaine période de la cure, peut nuire avant ou après.

« 4° Si rarement appliqué et applicable qu'il soit, un pansement peut, dans un cas exceptionnel, l'emporter sur un autre.

« 5° L'art consiste à faire un choix motivé..... »

Sur 28 amputés chez lesquels M. Verneuil a appliqué l'un des pansements antiseptiques, il en a perdu 4 seulement, dont aucun par suite de pyohémie, ou d'érysipèle, ou de complications traumatiques graves. L'érysipèle tend à disparaître du service de M. Verneuil, où il faisait de si grands ravages avant l'application générale des procédés antiseptiques.

A l'aide du pansement ouaté et de la buée de Lister, M. Verneuil a pu obtenir la guérison à la suite d'écrasement de la cuisse avec ouverture de l'articulation fémoro-tibiale et fracture d'un condyle, il a pu ouvrir le genou des deux côtés pour en extraire des corps étrangers, etc., etc.

Suivant lui, la doctrine septicémique, ayant pour corollaire la méthode antiseptique, domine actuellement toute la chirurgie et révolutionne la thérapeutique et la médecine opératoire.

M. LE PRÉSIDENT déclare la discussion close, la liste des orateurs inscrits étant épuisée.

A cinq heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juin 1878. — Présidence de M. HERVIEUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

Embolie cérébrale double dans la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu. — M. DUGUET fait une communication relative à un cas d'embolie de l'artère sylvienne droite suivie trente-six heures après d'une embolie de l'artère sylvienne gauche, chez une femme convalescente d'un rhumatisme articulaire aigu. (Sera publié.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE.

M. DUMONTPALLIER fait une nouvelle communication sur ce sujet ayant pour but de montrer les avantages de l'anesthésie obstétricale.

M. HERVIEUX lit un nouveau travail sur le même sujet dans lequel, tout en se montrant partisan de l'anesthésie obstétricale, il insiste sur la nécessité d'en bien poser les indications et les contre-indications, de n'en confier l'administration qu'avec une certaine réserve à des personnes compétentes et de veiller à ce que, dans les hôpitaux, par exemple, les internes ne s'en rapportent pas aux externes ou aux sages-femmes pour administrer le chloroforme aux femmes en travail.

M. DUMONTPALLIER ne croit pas nécessaire de se montrer si prudent et d'exagérer ainsi les réserves à apporter dans l'emploi du chloroforme pour la femme en travail. On peut dire, sans restriction, que l'administration du chloroforme n'offre pas de dangers chez la femme en travail, puisqu'elle se trouve dans des conditions particulières, encore mal déterminées, encore peu connues, mais qui n'en existent pas moins et qui font qu'on n'a rien à craindre de l'action du chloroforme sur le bulbe.

M. HERVIEUX fait remarquer que ses observations visent, non pas le présent, mais l'avenir. Nous devons penser, dit-il, à l'espèce de sécurité qui s'établira du jour où nous aurons déclaré aussi nettement l'innocuité absolue du chloroforme chez la femme en travail. Il arrivera bientôt que les sages-femmes elles-mêmes donneront le chloroforme sans éducation préalable. Cela est inévitable, nous n'y échapperons pas, et il y a là un danger qu'il faut prévoir et prevenir autant que possible.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à l'occasion de cette discussion, rappelle qu'il a fait des injections sous-cutanées de chloroforme suivant la méthode préconisée par M. Besnier; il a démontré qu'on pouvait ainsi obtenir le sommeil, mais jamais il n'est parvenu à obtenir ainsi l'anesthésie chirurgicale, même en injectant 10 grammes de chloroforme sous la peau. Il a fait les mêmes expériences sur les femmes en travail et n'a obtenu aucun résultat, ni en bien ni en mal.

M. BESNIER, à cette occasion, relève plusieurs erreurs qui ont été commises relativement à l'emploi de cette méthode; jamais d'abord il n'a produit d'eschares, parce qu'il prend des précautions pour que la seringue soit toujours d'une extrême propreté et pour l'enfoncer assez profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il n'a jamais eu à constater le plus petit accident à la suite des injections

de chloroforme. Quant au sommeil que l'on obtient par ce moyen, il est incontestable; M. Besnier a pu, par ce moyen, guérir des sciatiques rebelles qui avaient résisté jusque-là à tous les modes de traitement habituellement employés dans ces cas.

M. CONSTANTIN PAUL, tout en reconnaissant les avantages de cette méthode, fait observer que, le caoutchouc étant soluble dans le chloroforme, on a constamment des seringues hors de service.

M. VIDAL emploie des seringues en caoutchouc durci.

M. BESNIER dit que, pour éviter l'inconvénient signalé par M. Constantin Paul, il suffit, une fois l'injection terminée, de démonter la seringue et d'en mettre dans l'eau les différentes pièces.

Syphilide ulcéreuse très-étendue chez un enfant de quatorze mois. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente à la Société un moule en cire fait par Baretta et représentant une affection de la peau qu'il a observée chez un enfant de la crèche de l'hôpital Saint-Antoine. C'était un garçon de quatorze mois qui portait sur la partie postérieure de la cuisse et de la jambe droite une ulcération ayant une étendue de 18 centimètres. Cette ulcération considérable était constituée par des ulcérations à l'emporte-pièce laissant entre elles des portions de peau saine; on pouvait aussi observer sur les fesses, sur la partie inférieure du tronc et sur la partie postérieure de la cuisse du côté opposé, des ulcérations circulaires taillées à l'emporte-pièce et en nombre plus ou moins considérable; on remarquait aussi sur la voûte du palais des ulcérations de même nature. Cette affection ulcérative aurait marché, au dire de la mère, avec une extrême rapidité. Dans la nuit du 24 au 25 mai, la mère aurait commencé à remarquer l'apparition des taches, taches érythémateuses, circulaires, dont on retrouve des traces à la partie inférieure du membre gauche; puis ces taches se seraient ulcérées, et le 28, à son entrée à l'hôpital, on constatait les lésions que l'on vient de décrire. D'ailleurs on ne retrouve aucune trace de syphilis chez la mère, qui est mariée et a eu déjà cinq enfants tous bien portants.

En présence de cette ulcération et de sa marche, M. Dujardin-Beaumetz crut devoir porter le diagnostic de syphilide ulcéreuse, et ce diagnostic fut partagé par MM. Mesnet, Lancereaux et Le Dentu, qui examinèrent la malade. On fit des pansements au chloral, et le 6 juin l'enfant succombait avec des phénomènes de suffocation. M. le professeur Parrot, qui voulut bien diriger l'autopsie, fit constater d'abord la présence sur le crâne d'exostoses symétriques qui lui permirent d'affirmer que l'on avait sous les yeux un cas de syphilis. Lorsque la peau du crâne fut enlevée, on constata en effet, symétriquement placés sur les deux pariétaux, deux ostéophytes de coloration rose-violacée, ayant deux centimètres de diamètre, et formant une saillie de deux millimètres environ sur la table externe des frontaux. On retrouve d'ailleurs le long de la suture sagittale des ostéophytes en forme de croissants entourant la bosse pariétale. Outre ces productions que M. Parrot considère comme caractéristiques de la syphilis tertiaire, M. Parrot montra, par la coupe des os longs et en particulier par celle des humérus, qu'il existait à l'extrémité supérieure de ces os une altération portant sur le cartilage et qui augmente dans des proportions anormales la couche chondro-calcaire. Il existe enfin à l'extrémité inférieure et à la face interne de cet humérus des ostéophytes analogues à ceux que l'on rencontre sur le frontal; ce sont là encore pour M. Parrot des ulcérations osseuses qui permettent d'affirmer la syphilis tertiaire chez les jeunes enfants. De plus, on trouva les ganglions thoraciques considérablement augmentés de volume, ainsi que la présence de granulations tuberculeuses dans le poumon et le foie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Par décret en date du 25 juin 1878, M. Bonnafy, médecin de 1re classe de la marine, a été promu, après concours, au grade de médecin-professeur.

— M. Chatin fera sa prochaine herhorisation, le dimanche 7 juillet, dans les bois de Meudon et Chaville. On se réunira à la gare de Bellevue, à l'arrivée du train partant de Paris à dix heures du matin (gare Montparnasse).

— M. Stanislas Meunier fera sa prochaine excursion géologique, le dimanche 7 juillet, à Grignon, Thiverval et Beynes. Rendez-vous à la gare Montparnasse (cour d'en haut), où l'on prendra à sept heures du matin le train pour Grignon.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris, — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER.

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Les véritables DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTÉ ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble

de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'emploi de ce produit, d'une absorption sûre et régulière, est indiqué dans les diverses formes de l'anémie, la cachexie paludéenne, la phthisie, les maladies de la peau, les névralgies, le diabète, etc. Prendre de une à quatre cuillerées à café avant les deux principaux repas. Chaque cuillerée à café représente 1 milligr. d'arséniate de fer soluble.

2 fr. 50 le flaçon portant la signature ci-contre :



Détail : 25, rue de Grammont, Paris et toutes Phies.
Gros : Grillon, 27, rue de Rambuteau, Paris.

Vin de Catillon à la Glycérine

ET AU QUINQUINA.

Le même FERRUGINEUX, 0gr. 25 de fer par cuill, *Troubles digestifs, fièvres, chloro-anémie, diabètes*

Puissants toniques reconstituants, offrant réunis tous les principes du quina, le fer à haute dose sans constipation, et la glycérine pure succédané de l'huile de foie de morue. — Paris, rue Fontaine Saint-Georges, 1.

Granules antimoniaux du

docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, r. Montmartre.

Croisic Loire-Infre Établissement des bains de MER

de vapeur térébenthinée et hydrothérapie marine. — Traitement spécial et héroïque des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. Guérison de la scrofule à tous les degrés par les *eaux-mères*.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Sirop d'alcoolate de chloral

DE LECONTE

Ex-professeur agrégé de la faculté de Paris, pharmacien de 1re classe des hôpitaux.

La place importante prise par le chloral comme hypnotique, à côté de l'opium, justifie les tentatives faites pour vulgariser l'emploi de ce précieux sédatif.

Plusieurs obstacles s'y sont jusqu'ici opposés : *son odeur violente, sa causticité* et enfin *sa saveur âcre et mordante* attribuées en partie à des huiles étrangères au produit pur.

Les expériences faites par M. GUBLER, notre éminent professeur de thérapeutique, lui ont permis d'affirmer que l'ALCOOLATE DE CHLORAL jouit de propriétés supérieures à celles de l'*hydrate*, dont il ne diffère chimiquement que par la substitution de l'alcool à l'eau dans sa constitution intime. Il paraît donner un sommeil plus calme et plus réparateur.

A l'état de pureté, il est sous forme de beaux cristaux, d'une odeur éthérée fraîche et agréable, d'une saveur plus faible et privée presque complétement de son âcreté.

Sous forme de sirop, soit pur, soit délayé dans un peu d'eau, il est d'une administration facile qui permet d'en continuer l'usage sans répugnance ni fatigue pour l'estomac.

Chaque cuillerée à soupe du SIROP DU DOCTEUR LECONTE contient 1 gramme d'alcoolate de chloral.

Dépôts, à Paris, dans les pharmacies CAVAILLÈS, 9, rue Vivienne ; VIAL, 1, rue Bourdaloue ; POMMIES, 113, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

NÉVRALGIES, MIGRAINES, MAUX DE DENTS
Guéries par les préparations de

Gelsemium sempervirens

PILULES ANTINÉVRALGIQUES

Une à cinq au maximum en vingt-quatre heures

ELIXIR ANTINÉVRALGIQUE

Une à cinq cuillerées à café au maximum en vingt-quatre heures.

TEINTURE DE GELSEMIUM

En petits flac. pour l'usage de MM. les médecins. Exiger la signature du **Dr FOURNIER**, *pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux.*

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Fumouze — Albespeyres

FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe.

Vésicatoire d'Albespeyres.

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière. — Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres*.

Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sûre et régulière. — Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyres.*

Capsules de Raquin

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,

Approuvées par l'Académie de médecine.

Les Capsules Raquin à enveloppes de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine*. — Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin.*

Papier et Cigares ANTI-ASTHMATIQUES

de Bin BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica.*

Cataplasme Jouanique

en feuilles minces, légères, souples, inaltérables.

Sa souplesse et sa légèreté permettent de l'appliquer sur toutes les parties du corps, et dans tous les cas où le poids d'un cataplasme est difficilement supporté par les malades.

Pulvérisateur Marinier,

admis dans les hôpitaux.

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons ; — la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

DÉPÔT à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis ; vente des pulvérisations chez FUMOUZE frères, 78, faubourg Saint-Denis.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs de reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PHTHISIE PULMONAIRE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

A LA CRÉOSOTE VRAIE

et à **l'Huile de Foie de Morue,**

Formule des docteurs BOUCHARD et GIMBERT.

(*Gazette hebd. de médecine et de chirurgie*, 1877.)

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe très-soluble*, d'*odeur agréable*, *à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigrammes de *créosote vraie* et 2 grammes d'huile de foie de morue.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE, 4 FRANCS.

Pilules du Brésil

(AU JÉQUITIBA).

Contre les accès de **Goutte** et les **Rhumatismes**, Cet agent spécifique (laxatif) élimine vite les produits de ces affections. 4 pilules par jour, à jeun.

Capsules de Hollande

(A L'ÉTHÉROLÉ DE GENIÈVRE)

Contre la **Gravelle.** Cet agent délite les calculs, guérit et prévient les crises néphrétiques. 2 à 4 par jour, matin ou soir.

10 fr. le flac. Ph. MOPPERT, r. du Temple, 51, *Paris.*

EAU ARSÉNICALE DE LA

Bourboule,

GRANDE SOURCE PERRIÈRE

(*La plus arsénicale connue.*)

Guérison radicale : lymphatisme, scrofule, fièvres intermittentes, maladies de poitrine, de la peau, des os, etc., etc.

Compagnie des eaux minérales de la Bourboule, à Clermont-Ferrand.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hématémèses supplémentaires des règles.

Les vomissements de sang supplémentaires des règles constituent une espèce à part. Ils ont tout spécialement attiré l'attention depuis quelques années.

Pourtant le nombre des observations qui en ont été publiées n'est point encore assez considérable pour qu'il soit oiseux d'en recueillir d'autres.

En voici une qui vient de se présenter dans le service de M. Bernutz, à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 13.

La malade dont il s'agit est entrée le 3 juin dernier. Agée de trente-quatre ans, cuisinière, elle habitait Paris depuis sept ans. Vers cette époque, elle avait eu, bien que non mariée, un enfant, ce qui paraît l'avoir déterminée à quitter la ville de Lyon où elle avait servi jusqu'alors.

A Lyon, depuis 1863, à plusieurs reprises, elle avait été obligée d'entrer à l'hôpital pour des douleurs qui l'empêchaient de travailler. Ces douleurs siégeaient, dans les membres, particulièrement dans les jambes et dans les pieds; mais elles n'étaient pas articulaires; jamais aucune articulation ne fut rouge ou gonflée. D'ordinaire le séjour à l'hôpital durait d'un à deux mois, puis la malade se sentait en état de reprendre son service, tout en souffrant encore.

A Paris, les mêmes douleurs reparurent, mais beaucoup plus faibles, car la malade, jusqu'à cette année, avait pu se dispenser d'un nouveau traitement et ne pas interrompre son travail.

Depuis quelque temps déjà les époques menstruelles s'étaient rapprochées; mais l'écoulement sanguin, qui revenait maintenant au bout de quinze jours ou de trois semaines, avait conservé son abondance, jusqu'à il y a environ sept mois. A ce moment les règles se supprimèrent, ou du moins ne furent plus indiquées que par l'apparition de quelques gouttes de sang, qui tachaient à peine le linge.

Cette suppression durait depuis trois mois, lorsque, pour la première fois, la malade rendit dans un effort de vomissement une quantité de sang noir qu'elle évalue à une demi-cuvette. Cette hématémèse coïncidait avec l'écoulement par le vagin de ces quelques gouttes de sang qui, du côté des organes génitaux, représentaient seules l'hémorrhagie cataméniale.

Cinq fois, en trois mois, la même chose se reproduisit, et à chaque époque il survenait un vomissement de sang, unique, mais toujours copieux. Dans l'intervalle, les fonctions digestives s'accomplissaient comme à l'ordinaire. Jusque vers la fin de mai, il n'y eut, en dehors des époques, aucune espèce de vomissement, sanguin ou autre.

Cependant les choses avaient changé à ce point de vue, lorsque la malade se présenta à l'hôpital. Durant une huitaine de jours, dans l'intervalle entre deux époques, elle avait eu toute une série de petits vomissements sanguins, survenant sans toux, comme les grands vomissements dont nous venons de parler, et ramenant également du sang noir. En même temps, les digestions étaient devenues tout à fait mauvaises. Peu après le repas, cette femme ressentait à l'épigastre une douleur vive, qui répondait jusque dans le dos; puis survenaient des vomissements, non plus sanguins, mais alimentaires. La malade se sentait très-faible. Le 3 juin, lors de son entrée dans le service, elle avait encore eu le matin une hématémèse assez abondante, et dans la journée elle rejeta les aliments qu'on lui fit prendre.

Le cas était assez complexe, et le diagnostic, difficile. En effet, les vomissements alimentaires ou sanguins, la douleur, qui, de l'épigastre, s'étendait jusque dans le dos et que la malade elle-même comparait à un coup de couteau la traversant de part en part, s'exaspérant après le repas, se calmant par le vomissement, tout cela devait faire songer à l'existence possible d'un ulcère simple de l'estomac. D'un autre côté, on voyait bien que la malade était dans les conditions les meilleures pour pouvoir présenter une déviation fonctionnelle.

Ce n'était pas une hystérique dans l'étroite acception du mot. Elle ne s'était jamais entièrement trouvée mal; mais elle était sujette au vertige, surtout quand elle se trouvait au milieu de ses fourneaux. D'ailleurs elle était depuis sa naissance, disait-elle, d'une impressionnabilité excessive. Les douleurs névralgiques avaient une prédilection pour le côté gauche. Du même côté, la sensibilité était très-émoussée. Jusqu'à la ligne médiane, on constatait un certain degré d'anesthésie et d'analgésie.

Était-ce aussi à un fond de nervosisme bien accusé qu'il fallait attribuer quelques autres symptômes, tels que ceux-ci? Depuis quelque temps il existait un peu de tremblement dans les deux mains, mais surtout dans la gauche. Ces tremble-

ments s'accentuaient dans une large proportion quand la malade venait à éprouver une émotion vive. La vue était moins bonne: elle se fatiguait vite par la lecture ou par toute autre application soutenue. La mémoire était devenue capricieuse: elle présentait des *trous*, pour ainsi dire. Parmi les faits d'une même date, il en était que la malade se rappelait dans les moindres détails, tandis que d'autres étaient complètement oubliés. La nuit, le sommeil était mauvais; la malade rêvait d'habitude et avait souvent des cauchemars qui la réveillaient en sursaut. Elle avait eu dans les épaules, particulièrement dans l'épaule droite, une névralgie très-douloureuse, qui s'étendait jusqu'au milieu du bras et qu'elle attribuait à un refroidissement provoqué par un courant d'air. Avant le commencement de l'aménorrhée, déjà, le matin, sans jamais vomir, elle ressentait quelques maux de cœur et des vertiges.

On était donc en droit de supposer des habitudes d'intempérance qui avaient eu pour résultat les phénomènes habituels d'une intoxication alcoolique chronique.

Cette hypothèse cadrait très-bien avec celle d'un ulcère simple de l'estomac, car, parmi les causes de l'ulcère simple, l'alcoolisme tient un bon rang.

Une fois la malade à l'hôpital, elle n'eut plus d'hématémèse; mais elle continuait à vomir les aliments et se plaignait toujours de cette douleur vive qui, de l'épigastre, s'étendait horizontalement vers le dos.

Aussi commença-t-on par le traitement classique de l'ulcère simple, c'est-à-dire le régime lacté dans toute sa rigueur. Mais on ne put pas continuer longtemps. Dès le troisième jour, la malade déclara que ce régime l'affaiblissait trop, qu'elle ne pourrait plus quitter le lit si on ne la nourrissait pas davantage, qu'elle avait besoin de toniques et surtout de vin. On lui accorda ce qu'elle demandait, et, persuadé maintenant que l'on avait affaire à un simple trouble fonctionnel se rattachant au nervosisme, on voulut agir principalement sur le moral, et dans ce but on prescrivit des potions, des pilules qui n'avaient pas d'action réelle, mais dont l'effet devait être, disait-on, de faire reparaître les règles normales et de supprimer les vomissements.

Ce résultat fut bientôt obtenu. Vers le milieu du mois de juin, la malade perdit par la vulve, durant plusieurs jours, une quantité de sang à peu près égale à celle qu'elle perdait autrefois au moment des règles, et elle n'eut pas d'hématémèse. Les vomissements alimentaires avait également cessé, la douleur épigastrico-dorsale s'était dissipée, l'appétit était revenu. Quant aux forces, il parut probable qu'elles n'avaient jamais été aussi profondément atteintes que la malade l'avait prétendu. Il n'y avait pas même eu d'amaigrissement très-considérable à la suite des vomissements, soit sanguins, soit alimentaires; et c'était là un caractère dont il fallait tenir grand compte dans le diagnostic différentiel, car c'est surtout dans l'hystérie ou le nervosisme que cette conservation d'un certain embonpoint s'observe, alors même que, l'estomac ne gardant plus les aliments, la malade perd en outre une partie de son sang par hémorrhagie stomacale.

Cependant, ici, je n'affirmerais pas qu'il se soit tout le temps uniquement agi d'une perversion fonctionnelle et d'autres effets du nervosisme. La malade décrit trop bien les crises de douleur violente, s'étendant d'avant en arrière, de l'épigastre jusqu'au rachis, crises de douleur si bien connues comme appartenant à l'ulcère simple de l'estomac, et qui n'auraient duré chez elle que les quelques jours durant lesquels elle aurait vomi soit du sang, soit des aliments, en dehors de toute congestion cataméniale, tout ce syndrome est trop régulièrement classique pour qu'on ne soit pas tenté de croire à l'existence momentanée, durant ces quelques jours, d'une petite ulcération de la muqueuse stomacale, ulcération bientôt guérie sous l'influence du repos et du régime.

Il n'est pas rare qu'on ait à se poser cette même question à propos des hématémèses et des vomissements des hystériques; et, quand la crise de douleurs est très-courte, comme ce fut le cas chez cette malade, on est d'autant plus embarrassé que l'amaigrissement, la perte des forces, les autres signes rationnels de l'ulcère simple, n'ont pas eu le temps de s'accuser d'une manière assez évidente. D'ailleurs les douleurs dans les membres dont cette femme s'est toujours plainte, même avant son aménorrhée, et qui rendaient parfois les mouvements difficiles, ne permettaient guère d'apprécier l'état exact de ses forces. Du reste, on comprend mieux encore que l'hémorrhagie supplémentaire se soit faite chez elle de préférence sur la muqueuse stomacale, si l'on admet que cette muqueuse était chroniquement irritée par des habitudes d'alcoolisme qui devaient la prédisposer à s'ulcérer superficiellement. N'est-ce pas, en effet, une loi générale, qu'en cas de suppression de l'écoulement menstruel, l'hémorrhagie tend à se faire, *dans un lieu de moindre résistance*, par un organe déjà irrité, affaibli?

C'est une question sur laquelle nous allons avoir à revenir.

Remarquons que, chez cette malade de M. Bernutz, les règles ne furent jamais complètement supprimées, bien que réduites à un écoulement momentané de quelques gouttes de sang par la vulve.

Ainsi, le molimen hémorrhagique se portait encore sur l'utérus, tout en se portant également sur un autre organe. L'hématémèse était plutôt complémentaire que supplémentaire, à proprement parler.

Du reste, il en était de même dans beaucoup d'autres observations : dans celle, par exemple, qui fait la base de la thèse récente de M. Maisonnave.

Une jeune fille de seize ans, effrayée par une tentative de viol, eut pour la première fois une attaque d'hystérie, et ses règles se supprimèrent.

Le mois suivant, les règles reparurent un peu, mais cessèrent, au bout de vingt-quatre heures, après un suintement pâle, tachant à peine le linge. Le lendemain matin, à son réveil, la malade eut un vomissement de sang.

Depuis cette époque, la malade a tous les mois, au moment de ses règles, un petit écoulement de sang par les organes génitaux, qui dure vingt-quatre heures au plus; puis le lendemain, quelquefois un, quelquefois deux ou trois vomissements de sang, toujours le matin à son réveil.

Ces vomissements de sang surviennent après quelques nausées, et, pendant la journée, la malade n'a plus que quelques renvois et un goût de sang dans la bouche. Cela dure deux ou trois jours au plus. Jamais il n'y a de douleurs ni de vomissements alimentaires.

Cet état dure depuis onze ans; il n'a été nullement modifié par le mariage, sauf que les vomissements de sang se supprimèrent en même temps que les règles, pendant les grossesses et l'allaitement.

Je passe les autres détails de cette observation, dont ce court résumé suffit pour montrer les analogies avec celle que nous publions, au point de vue de la coïncidence des vomissements avec un faible reste d'écoulement menstruel.

Seulement, chez la malade de M. Maisonnave l'habitude des

hématémèses complémentaires s'est si bien établie qu'il a fallu renoncer à toute tentative pour les supprimer : tandis qu'il a suffi d'agir sur le moral de la malade de M. Bernutz, pour reporter sur les organes génitaux la congestion hémorrhagique.

Hémoptysies aux époques menstruelles chez les phthisiques.

C'est habituellement chez des phthisiques, ou chez des personnes prédisposées à le devenir, qu'on voit survenir des crachements de sang au moment des règles.

J'en ai observé récemment encore un exemple bien convaincant. Une jeune fille, qui paraissait jouir d'une très-bonne santé, qui était grasse, fraîche et robuste, bien qu'ayant la poitrine peut-être un peu étroite, et étant très-nerveuse, très-impressionnable, très-excitable comme une enfant gâtée, s'était une première fois, vers la fin de l'année 1875, mouillé les pieds dans de l'eau très-froide au moment où elle avait ses règles.

L'écoulement menstruel s'était suspendu ; elle avait craché d'abord un peu de sang pur, puis une quantité assez notable d'un liquide très-albumineux, semblable à celui que fournit l'expectoration albumineuse de certains pleurétiques, mais teinté de rose. Du reste, pas la moindre fièvre, fort peu de toux, tout juste ce qui était nécessaire pour expectorer ce liquide, aucune douleur sur aucun point de la poitrine. Les règles avaient reparu au bout de quelques mois, mais moins abondantes que d'habitude. Quand elles cessèrent, la toux et l'expectoration cessèrent également.

Pendant tout le reste de l'hiver, presque à chaque époque menstruelle, il y avait aussi quelques crachats sanguins ou pour le moins quelques crachats albumineux teintés de rose. Dans l'intervalle, jamais aucune expectoration d'aucun genre, rarement un peu de toux ; la sonorité de la poitrine était excellente; il n'y avait pas même vers les sommets le moindre prolongement du bruit expiratoire, la plus petite exagération dans la résonnance de la voix. La santé générale restait parfaite.

Pendant les grandes chaleurs de l'été, la menstruation parut se faire plus régulièrement. Il n'y eut plus de ces suspensions de quelques heures ou d'une demi-journée, qui étaient devenues habituelles. Plus de toux, plus d'expectoration sanglante ni albumineuse.

Quand revinrent les froids, probablement par suite de quelque nouvel accident, qui aura passé cette fois inaperçu, les mêmes troubles reparurent.

A chaque époque menstruelle, malgré l'usage des arsenicaux sous diverses formes, malgré l'application de petits vésicatoires sous les clavicules, etc., on vit revenir, au moins pendant un jour ou deux, cette expectoration toute particulière.

Je dis toute particulière, car les crachats albumineux, plus ou moins rosés, dont je parle, n'étaient nullement aérés. Ils se renouvelaient par accès, en séries, pour ainsi dire. Ils étaient rejetés sans efforts, au milieu d'une petite toux retentissante comme une toux sèche : et cela durait seulement quelques instants. Puis un peu plus tard survenait un nouvel accès, et ainsi de suite durant deux ou trois jours. Du reste l'état général restait tout aussi bon que l'année précédente.

Encore cette fois, pendant l'été, tout revint à l'état normal. Le nervosisme de la malade pouvait faire supposer qu'il ne s'agissait que d'une perversion fonctionnelle, sans aucune atteinte sérieuse du côté des poumons.

La percussion, l'auscultation, pratiquées à plusieurs reprises avec le plus grand soin, ne donnaient toujours que des résultats complètement négatifs en dehors des crises.

Cependant le renouvellement de ces crises deux hivers de suite et la présence de ces crachats albumineux, qui décèlent toujours une congestion aiguë, m'inquiétaient vivement. J'insistai beaucoup pour qu'on ne risquât pas un troisième hiver dans un climat aussi froid que le nôtre. Il fut résolu en principe que cette jeune malade, originaire d'un pays intertropical repartirait pour ce pays avec son père.

Malheureusement, son père, retenu à Paris par diverses affaires, remit son départ de mois en mois. L'automne s'était passé, l'hiver était venu, et ils étaient toujours ici. On avait cru bien faire en confinant cette jeune fille dans une chambre que l'on chauffait avec du coke. Mais cet appartement était situé au nord, au cinquième étage, sur un boulevard, dans une partie de la maison où les murs, déjà en retrait, étaient excessivement minces : de telle sorte que les transitions, quand on passait d'une chambre à l'autre, étaient trop fortes, presque brutales, si je puis m'exprimer ainsi. Mieux eût valu peut-être encore laisser la malade au grand air que dans de telles conditions.

Elle se remit à tousser, cette fois d'une manière continue. On ne s'en inquiéta pas d'abord, croyant que c'était un simple rhume, d'autant plus que, comme d'habitude, elle ne crachait du sang qu'au moment de ses règles. On ne consulta personne durant un certain temps. Je restai ainsi sans la voir durant plusieurs semaines.

Cependant elle avait de la fièvre, perdait l'appétit, s'affaiblissait. On me fit appeler enfin, et je fus effrayé de voir le progrès que la maladie avait fait en si peu de temps : une caverne énorme existait, en arrière, dans le sommet du poumon gauche; on entendait des craquements tout autour; la fièvre était vive, incessante ; les chairs se fondaient à vue d'œil, pour ainsi dire. Les parents, effrayés d'apprendre combien la situation était devenue grave, se hâtèrent, trop tard, de la faire partir pour un climat chaud. C'est à peine si la marche de cette maladie si rapide en fut retardée. Trois mois plus tard cette malade était morte.

On voit qu'on aurait tort de se trop rassurer par l'idée qu'une hémorrhagie ne se produit qu'aux époques menstruelles. Alors même que la santé se maintient excellente pendant un temps très-long, on doit toujours se demander jusqu'à quel point on peut compter sur la solidité parfaite des organes qui sont le siége de ces congestions ou de ces flux, supplémentaires ou complémentaires.

Saignées anti-hémorrhagiques.

C'est à peine changer de sujet que de parler maintenant de la saignée employée comme dérivation pour arrêter une hémorrhagie.

M. Chauffard est d'avis qu'aujourd'hui on néglige trop la phlébotomie dans des cas où elle serait utile, particulièrement quand il s'agit d'ouvrir une autre voie au sang qui se porte sur un organe pour s'épancher à sa surface.

Dans son service à l'hôpital Necker, il nous a fait voir deux beaux exemples des indications de la saignée et des avantages qu'on en peut tirer quand on sait la faire à propos.

L'un ne rentrant pas dans notre sujet, nous allons parler seulement de l'autre.

Un jeune homme de vingt ans, robuste, bien en chair, presque pléthorique, avait joui jusqu'alors d'une santé parfaite, lorsque, le 24 juin dernier, il fut soudain pris d'hémoptysies presque continuelles et très-abondantes. Il exerçait le métier

de tailleur de pierres, métier dangereux, comme on le sait, à cause des poussières irritantes qui peuvent pénétrer dans les poumons.

Les hémorrhagies pulmonaires ne cessant pas, au bout de trois jours, le 26 juin, le malade entra à l'hôpital.

Le lendemain matin, M. Chauffard, ayant examiné cet homme et constaté qu'on ne trouvait dans les poumons aucun signe indiquant une lésion profonde, qu'on n'avait pas d'ailleurs affaire à un anémique, loin de là, se décida à lui prescrire une saignée de 500 grammes.

Le résultat fut des plus rapides. Cet homme, qui crachait encore autant de sang que le premier jour, cessa d'en cracher presque aussitôt; l'appétit, les forces revinrent, et les globules se refermèrent si vite que, de cette double déperdition sanguine, il ne restera bientôt plus aucune trace.

C'est ici l'inverse de ce que nous voyons quand une hémorrhagie normale supprimée en fait naître une autre à sa place.

Un lien étroit de connexité rattache cette observation aux précédentes.

Ce n'est pas seulement du reste une hémorrhagie accidentelle que l'on peut arrêter ainsi, c'est le molimen hémorrhagique qui se porte par habitude sur un organe où il devient un danger.

Par exemple, une des applications de la saignée des plus essentielles à connaître dans la pratique, c'est pour prévenir les congestions cataméniales persistant après l'imprégnation et amenant le détachement du germe.

Il y a là une cause de stérilité souvent méconnue.

Mon père m'a raconté beaucoup de faits de ce genre, dans lesquels, à l'aide de la saignée, et de la saignée seule, il est parvenu à faire arriver à bonne fin la grossesse chez des femmes qui jusqu'alors ne pouvaient plus avoir d'enfants.

Je m'en rappelle très-bien une, entre autres, une dame noble de Besançon, qui, depuis plus de dix ans, consultant à peu près partout, avait parcouru toutes les villes d'eaux alors réputées comme convenant aux femmes stériles, et toujours inutilement.

Cette dame, d'une carnation puissante, un peu grasse, était pléthorique; les pertes menstruelles, toujours très-abondantes, n'avaient pas cessé de se succéder à intervalles réguliers.

Le mari était un homme robuste, et se portait aussi bien que sa femme. Ni chez lui, ni chez elle, on ne pouvait trouver aucune cause, générale ou locale, qui s'opposât à l'imprégnation.

Mon père fut convaincu que cette imprégnation avait eu lieu plus d'une fois, mais avait toujours été rendue vaine par l'hémorrhagie trop abondante qu'elle n'avait pas empêchée.

Partant de cette idée, chaque mois, la veille du jour où devaient survenir les règles, ce qui était facilement calculé chez cette dame, il commença à pratiquer une saignée d'une demi-palette, qu'il renouvelait le lendemain.

Au bout de neuf mois, cette dame accouchait d'un premier enfant; elle en eut par la suite un certain nombres d'autres.

Ce sont là de ces faits qui en eux-mêmes ne présentent rien d'extraordinaire, mais qu'il est bon de rappeler souvent au souvenir du praticien, car cette cause de stérilité, surtout dans certaines provinces à sang généreux, n'est pas des plus rares.

Dr Victor Revillout.

SUR LES PHENOMÈNES
QUE DÉTERMINENT LES INJECTIONS D'URINE CHEZ LES GRENOUILLES

Par M. le docteur P. Picard
Professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon (1).

Que l'urine modifiée par la fermentation constitue un liquide susceptible de déterminer chez l'être vivant des phénomènes toxiques, c'est là un point acquis à la science, et indiscutable.

Le travail que j'ai entrepris ne vise nullement ce problème, qu'il laisse de côté comme résolu, au moins quant à ses termes simples.

En commençant cette étude, je me suis proposé un tout autre but, et j'ai eu pour objectif une question d'un intérêt physiologique bien supérieur : j'ai voulu m'assurer si les matériaux de déchet qui sont rejetés par les reins sont réellement innocents, comme l'opinion tend à en prévaloir.

Ceci parce que, s'ils l'étaient réellement, il y aurait là un fait tout spécial en contradiction avec tout ce que l'on sait des actions d'autres produits d'excrétion, qui sont, eux, manifestement délétères. On établirait donc une différence nette entre les significations de fonctions analogues, et on ferait avancer la science, car ce sont précisément des distinctions bien établies ou des identités bien démontrées qui constituent toute science à ce moment de son développement, et c'est en cela que réside, si je ne m'abuse, le désidératum le plus manifeste de la physiologie actuelle.

Outre ce côté physiologique de la question que j'étudie, il y en a un autre que je veux signaler encore.

On comprend du reste aisément ce dont je veux parler, et on sent bien qu'on ne peut isoler le problème physiologique de cette inconnue pathologique : quelle est la cause des accidents urémiques? Je dis mieux : quelles sont les causes? car les phénomènes qu'on connaît sous ce nom sont différents, et on doit, par conséquent, admettre des influences multiples déterminant leur apparition.

Ces causes, on le sait, ont été cherchées dans la rétention des matériaux de l'urine, qui cesseraient d'être éliminés par les reins, et l'on a expliqué, à l'aide de deux hypothèses différentes, la production des accidents à la suite de cette accumulation.

Dans la première, on avait admis que ces substances étaient toxiques par elles-mêmes.

Dans la seconde, au contraire, qui a suivi la première et l'a remplacée, on a supposé qu'une altération préalable précédait et causait l'apparition de tout le cortège symptomatique.

Cette seconde manière de voir est soutenue aujourd'hui avec pleine assurance, et, on peut le dire, considérée comme démontrée.

Elle ne l'est pas cependant, à bien prendre les choses; je crois même devoir me rallier à l'opinion ancienne, car, en accumulant dans le sang des animaux les matériaux de l'urine humaine, on observe des phénomènes analogues à ceux de l'urémie, et alors pourquoi chercher un intermédiaire inutile dont, d'ailleurs, je le répète, nulle preuve directe n'a encore établi l'existence? Ceci étant dit pour donner à la question ses significations et son intérêt véritables, je rappelle que, dans une note précédente, j'ai montré que quelques centimètres cubes de liquide, tenant en solution plus concentrée les matériaux de 300cc d'urine environ, suffisent pour tuer un chien par arrêt du cœur.

Pour faire suite, je vais aujourd'hui étudier l'action des mêmes liquides chez les grenouilles, montrer d'abord leur qualité toxique, puis chercher le mécanisme par lequel ils déterminent la mort.

Pour atteindre ce double but, il me suffira de transcrire ici quelques-unes des expériences que j'ai faites et qu'il est très-facile de répéter.

Dans une première série, j'ai voulu savoir uniquement si les animaux succombaient, et, si cela était, en combien de temps et avec quelles quantités approximatives.

Je citerai une seule de ces expériences, car toutes celles que je pourrais publier dans cet ordre d'idées auraient la même signification.

Expérience I. — 300cc d'urine fraîche sont immédiatement con-

(1) Voir le numéro du 28 mai.

centrés, suivant la méthode indiquée antérieurement, jusqu'à ce que le volume soit réduit à 30cc. On filtre et on en injecte dans le sac lymphatique dorsal d'une grenouille 2cc, dans celui d'une autre 1cc, dans celui d'une troisième 1/2cc.

Tous ces animaux manifestent un peu de douleur au moment de l'injection, aboutissent rapidement à un état paralytique, et meurent, la première après trois quarts d'heure environ, la seconde après une heure et quart, la troisième après un temps beaucoup plus long (on a pris, pour décider l'heure de la mort, le moment de l'arrêt complet du cœur).

La conclusion de cette expérience est claire et se formule comme suit : les grenouilles sont empoisonnées rapidement par l'urine humaine.

Dans une seconde série de recherches, j'ai étudié les choses de plus près et examiné à de courts intervalles l'état des divers éléments vivants.

Je reproduis ici une seule des expériences, car toutes sont identiques, à des nuances près, que j'indiquerai tout à l'heure.

Expérience II. — 320cc d'urine fraîche sont évaporés, et réduits à un volume de 25cc. On pousse 2cc de ce liquide dans le sac dorsal d'une première grenouille, et 1cc dans celui d'une autre.

Les animaux manifestent de la douleur ; leur peau, qui était verte, brunit rapidement, surtout celle du dos, qui est en contact presque immédiat avec la solution.

Après quinze minutes la première reste immobile ; si on la met sur le dos, elle reste dans cette position. Si on l'excite alors fortement, elle fait des efforts pour se relever, sans y parvenir.

Il n'y a plus de mouvements respiratoires ; à la trentième minute la paralysie a fait des progrès ; une excitation très-énergique des pattes postérieures est suivie de mouvements à peine visibles dans les pattes antérieures (1/2 flexion des doigts) et d'un effort pour retirer la patte postérieure qui ne se fléchit qu'incomplètement. Somme toute, l'animal sent ; mais il ne peut effectuer des mouvements pour fuir.

Trois quarts d'heure après le début de l'empoisonnement, on ne peut plus provoquer de mouvements réflexes ; le cœur mis à nu montre ses systoles faibles et rares.

L'excitation des nerfs moteurs sectionnés, faite par les procédés ordinaires, détermine une contraction musculaire impuissante à déterminer l'extension complète du membre postérieur qu'on avait demi-fléchi.

Peu de minutes après ce moment, l'excitation des nerfs est sans effet, et celle des muscles ne détermine que des contractions faibles et incomplètes qui cessent elles-mêmes rapidement de se montrer.

Le cœur s'arrête complètement à peine une minute après qu'on a eu fait cette dernière observation.

La seconde grenouille, qui a eu 1cc seulement, montre un ensemble symptomatique identique, mais développé plus lentement. Elle meurt une heure trente seulement après l'injection.

Je dois faire remarquer aussi que, en employant des solutions plus concentrées (500cc réduits à 30cc, etc.), ou un volume plus grand de la solution (300cc réduits à 25 ou 30cc), on a une marche plus rapide de l'empoisonnement, et on peut trouver les muscles inexcitables avant d'avoir pu constater la mort du nerf moteur qui la précède toujours quand les choses marchent lentement.

On peut aussi, dans ces conditions, observer l'arrêt du cœur avant la disparition des propriétés des nerfs et du cœur.

Du reste, je dois ajouter que tous les poisons qui agissent à la fois sur ces divers organes : nerfs moteurs (muscle, cœur), déterminent un cortège symptomatique analogue à celui que je viens de décrire quand ils pénètrent lentement dans le sang, et produisent l'arrêt primitif du cœur quand ils sont introduits brusquement, notamment par injection intra-veineuse.

S'il y a eu, ou non, une action exercée sur les nerfs sensitifs, c'est un point qu'on ne peut *décider* par les seules expériences ci-dessus et qui nécessitera d'autres études.

Comme conclusion, on voit que l'urine empoisonne chez les grenouilles les nerfs moteurs (les muscles et le cœur).

REVUE DE LA PRESSE.

Mort par introduction de l'air dans les veines. — A la Société des sciences médicales de Lyon, M. Peuch communique une observation de mort chez un cheval par introduction d'air dans les veines, à la suite de la section d'une branche de la jugulaire gauche traversant une tumeur mélanique qu'on extirpait. Immédiatement après la section, mouvements convulsifs de tout le corps, puis des masséters. Respiration irrégulière. Mort très-rapide. A l'autopsie, on trouve la veine jugulaire remplie d'un sang spumeux. Des bulles d'air dans les cavités droites du cœur. Le sang est spumeux dans le cœur gauche, mais moins qu'à droite. La mort était bien due à l'introduction de l'air dans les veines.

Cet accident arrive fréquemment chez le cheval, lors de la saignée à la jugulaire. Cela tient probablement à la disposition spéciale de cette veine très-volumineuse et maintenue béante par du tissu conjonctif adhérent au niveau du golfe.

Depuis douze ans, M. Peuch emploie l'introduction d'air dans les veines pour faire mourir les vieux chevaux servant ultérieurement aux dissections ou les chevaux morveux. Sur soixante expériences environ, il n'a trouvé qu'un cheval réfractaire. Le sujet était bien portant, on s'en débarrassait à cause de sa vieillesse. On put impunément lui insuffler plusieurs fois une très-grande quantité d'air dans les deux jugulaires, sans parvenir à provoquer la mort. C'est du reste la seule exception. Quant à la sidération, elle n'est point constante : les uns meurent rapidement, foudroyés ; les autres, beaucoup plus lentement. Enfin, certains animaux demandent une plus grande quantité d'air que d'autres.

M. Delore rappelle un cas analogue à celui de M. Peuch. Il s'agissait d'un homme jeune et vigoureux, porteur d'une énorme tumeur encéphaloïde occupant toute la région parotidienne, sous-maxillaire et cervicale latérale. Elle était peu mobile. M. Delore voulut s'entourer de toutes les précautions : plusieurs confrères furent appelés, toutes les veines furent comprimées. L'opération fut conduite avec toute la lenteur possible. Plus de trente ligatures furent placées. L'ablation eut lieu sans grande difficulté. La tumeur était presque enlevée, elle n'était plus retenue que par une mince aponévrose ; le dernier coup de bistouri allait être donné, lorsqu'un aide cessa la compression, croyant l'opération terminée. Un sifflement étrange se fait entendre. Le malade éprouve un vertige, remue les lèvres, les yeux, et tombe. Mort immédiate. On pratique sans succès la respiration artificielle. A l'autopsie, faite vingt-quatre à trente-six heures après, on trouve du sang spumeux dans le cœur et les gros vaisseaux. Le vaisseau qui avait laissé pénétrer l'air était la jugulaire intérieure, qui était cependant sinueuse et peu volumineuse. (*Lyon méd.*)

A ce propos, signalons les expériences démontrant le rôle de l'air introduit dans les systèmes artériels et veineux, présentées à l'Académie des sciences par M. V. Feltz. (4 février 1878.)

Des expériences de l'auteur, il résulte que la présence d'air gazeux dans le système aortique, même en très-minime quantité, provoque des accidents dont la gravité varie selon les territoires vasculaires dans lesquels s'engagent les embolies gazeuses ; c'est ce qui me fait penser que les troubles et les lésions, qui caractérisent la décompression brusque, tiennent à des embolies gazeuses artérielles. Le cœur gauche, malgré sa force contractile, ne parvient que bien rarement à chasser les bulles d'air des artères dans les veines, ce qui est démontré par la durée des symptômes et les modifications cadavériques. Le retour possible des fonctions normales fait supposer qu'en certains cas les index gazeux peuvent être résorbés.

L'introduction d'air dans le système veineux est presque sans danger, car l'air ne tue qu'autant qu'il fait équilibre par sa tension à la puissance contractile du cœur droit, qui peut être évaluée à la pression d'une colonne d'eau de 35 centimètres de hauteur.

Extensibilité des membranes de l'œuf, formation de la bosse séro-sanguine avant la rupture de la poche des eaux. — M. P. Budin appelle l'attention sur une propriété que pos-

sèdent au terme de la grossesse les membranes de l'œuf, l'extensibilité. Cette extensibilité est telle, parfois, que les membranes forment une poche volumineuse qui remplit le vagin et vient faire saillie jusqu'à l'orifice vulvaire. C'est surtout dans les présentations de la face, du siège et de l'épaule, qu'on peut constater cette grande extensibilité, c'est-à-dire dans les cas où l'extrémité céphalique fléchie ne vient pas appliquer sur le segment inférieur de l'utérus sa sphère régulière et s'opposer ainsi à la descente du liquide amniotique.

Des expériences inédites jusqu'ici, faites, en 1873, par MM. Tarnier et Pinard, et qui avaient principalement pour but de démontrer les phénomènes d'osmose, viennent également donner la preuve de cette extensibilité. Des membranes fraîches ayant été tendues sur l'orifice inférieur d'un tube de verre cylindrique, on les maintenait solidement fixées à l'aide d'un fil de caoutchouc très-serré, qu'un bourrelet existant sur le tube empêchait de glisser. Une certaine quantité d'eau était alors introduite dans le tube, et, avec un piston, on exerçait sur le liquide une pression lente et continue. On voyait alors les membranes bomber et parfois s'allonger au point de former un véritable boudin.

M. Budin rapporte plusieurs observations dans lesquelles la bosse séro-sanguine s'est formée, avant la rupture des membranes, et grâce à leur extensibilité. Dans ces cas, le diagnostic fut difficile parce que le doigt arrivant sur une partie ronde, mais mollasse et dépressible sous le doigt, avait la sensation d'une fesse, alors qu'il ne touchait que cette bosse sanguine, et encore, recouverte par les membranes intactes. Dans un cas même de présentation du siège, le doigt fut introduit dans l'anus, en refoulant comme un gant les membranes qui n'étaient pas rompues; on ne pouvait par conséquent diagnostiquer la présentation par le siège au moyen des traces de méconium qui restent toujours sur le doigt après qu'il a été introduit dans l'orifice anal. Ce cas est une preuve clinique de l'extensibilité des membranes, déjà démontrée par les expériences citées plus haut. (*Progrès méd.*)

De la stérilité des femmes qui ont une maladie des organes génitaux. — D'après Grünewald, de Saint-Pétersbourg, l'élément essentiel de la faculté de reproduire, chez la femme, réside dans son aptitude à couver l'œuf fécondé, qui dépend elle-même de l'intégrité des tissus utérins, bien plus que dans l'aptitude à concevoir (contrairement à l'opinion de Marion Sims).

Les maladies des ovaires, des trompes et du vagin sont des causes fréquentes de stérilité, mais qu'il est rarement possible de constater.

Sur 490 cas de stérilité observés par l'auteur, 50 0/0 étaient dus principalement à des processus inflammatoires; 30 0/0 à d'autres anomalies des organes génitaux compliquées plus ou moins de formes inflammatoires; dans 20 0/0 seulement la stérilité existait sans qu'on eût pu constater de processus inflammatoires ou leurs suites dans les tissus de l'utérus.

L'état du col de la matrice n'a que peu d'importance dans la question ; par contre, l'intégrité de la muqueuse utérine y joue un rôle capital. Tout dépend de l'étendue de la lésion de cette muqueuse et de la profondeur à laquelle le trouble nutritif s'est propagé dans le tissu sous-muqueux et dans la couche musculaire.

Les para et les périmétrites agissent dans deux sens : d'abord en modifiant sensiblement la nutrition et la fonction des organes génitaux, et en second lieu en altérant leur position normale. Les inflammations de ce genre se produisent souvent dans les premiers temps du mariage, qui alors ne reste que trop souvent stérile. La raison en est dans l'ignorance complète des jeunes mariés quant à l'hygiène sexuelle.

Pour les malformations et les sténoses du col et de l'orifice, l'auteur dit qu'elles sont rarement congénitales, mais qu'elles sont la plupart du temps le résultat d'inflammations antérieures ou d'autres anomalies de nutrition. Si, dans ces cas, la stérilité est guérie après la discision du col, ce résultat n'est pas dû à ce que le germe peut alors entrer librement dans la matrice, mais à ce que cette opération provoque la guérison des troubles nutritifs de la matrice.

En ce qui regarde les versions et les flexions de l'utérus, il faut convenir que le traitement mécanique des déviations utérines ne sert qu'à délivrer les malades de leurs plaintes, mais que la grossesse n'est que rarement le résultat du traitement orthopédique.

C'est ainsi que Grünewald observa que, sur 13 femmes, 11 devinrent enceintes sans avoir été soumises à un traitement mécanique, et ce n'est que pour 2 d'entre elles qu'on pouvait admettre que l'usage d'un pessaire intra-utérin avait contribué à la guérison de la stérilité.

Les néo-formations circonscrites de la matrice entraînent la stérilité dans la très-grande majorité des cas, non parce qu'elles entravent la conception, mais parce qu'elles donnent lieu secondairement à des maladies de texture de la matrice qui rendent l'implantation et le développement de l'œuf fécondé plus difficiles et quelquefois même impossibles. Les néo-formations, n'intéressant que le col isolément, sont beaucoup moins importantes pour la reproductibilité. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, d'après *Arch. f. gynæcologie.*)

Heureux effets de la ligature des cuisses dans les épistaxis rebelles aux traitements ordinaires. — M. Blondeau rapporte, à la Société de médecine pratique, qu'un malade goutteux avait déjà perdu deux litres de sang, et avait eu une syncope à la suite de laquelle l'hémorrhagie s'était arrêtée. Cependant, huit jours plus tard, une nouvelle hémorrhagie nasale se produisit, et le malade avait même avalé déjà beaucoup de sang quand le médecin arriva. N'ayant pas de sonde de Belloc à sa disposition pour pratiquer un tamponnement méthodique, il fit usage d'injections à l'eau froide, additionnée de perchlorure de fer; puis, en face de leur inefficacité, il tenta l'application d'un ruban de fil, étroitement serré autour de la partie moyenne de la cuisse. Aussitôt après, il eut la satisfaction de voir l'hémorrhagie nasale s'arrêter rapidement. Le lendemain, l'écoulement de sang n'ayant pas reparu, le lien fut enlevé, et, peu de temps après, l'hémorrhagie reparaissait. Une nouvelle application fut, comme la première fois, promptement suivie d'un heureux résultat ; et puis, le lien ayant été de nouveau enlevé, le sang revint encore, jusqu'à ce que, finalement, après une série de plusieurs de ces alternances, l'hémorrhagie cessât complétement.

M. de Beauvais a vu employer, avec succès, le même moyen qui lui paraît agir à la manière de la ventouse de Junod. (*Paris méd.*)

Extirpation remarquable du rein gauche. — *Berlin Klin.* rapporte que Langenbeck a extirpé, chez une femme de trente-deux ans, une tumeur très-douloureuse et très-incommode de la région lombaire gauche; la présence de l'uretère démontra qu'il s'agissait du rein gauche. Cependant, sous l'influence de l'inflammation chronique, il était si bien dégénéré que l'on ne retrouvait plus rien du tissu propre du rein, et que l'afflux sanguin était si faible que l'on n'eut à lier que quelques artérioles. L'organe était transformé en une masse de tissu dense, cicatriciel, enfermé dans la capsule rompue et encore résistante par places. Ce qu'il y avait de plus remarquable était la situation anormale que l'organe occupait : son extrémité inférieure avait en quelque sorte perforé les muscles lombaires, et, presque sous-cutanée, elle s'était établie solidement dans ce trou musculaire. Langenbeck cherche à expliquer ce rapport étonnant par la production d'un processus inflammatoire dû à des excitations extérieures, propagé par les muscles jusqu'à la capsule rénale et au rein lui-même, et, soit qu'il y ait eu ou non suppuration, conduisant à une rupture cicatricielle par laquelle le rein a été attiré. (*Lyon méd.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

39. Burette. — Des luxations des phalangettes des quatre derniers doigts.

40. Bois. — Essai sur les déformations et les pertes de substance du palais dans la scrofule.

41. Burtin. — De la pachyméningite spirale hypertrophique.
42. Pélissier. De l'éclampsie puerpérale.
43. Dussac. — Étude médico-légale sur la séparation de corps.
44. Gibard. — Étude sur un nouveau moyen d'aspirer les fluides pathologiques.
45. Rigaud. — Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma disséminé.
46. De Béchon. — De la méningite tuberculeuse, forme cérébro-spinale.
47. Bouveret — Sur une tumeur osseuse généralisée à laquelle conviendrait le nom de tumeur à ostéoblastes.
48. Vignol. — Relation entre le sommeil physiologique et l'activité cérébrale.
49. Ollé. — De la dyspepsie et de son traitement par la teinture d'iode.
50. Follenfant. — De l'aphonie nerveuse.
51. Schwartz. — Recherches anatomiques et cliniques sur les gaînes synoviales de la face palmaire de la main.
52. Labarrière. — Essai sur la méningite en plaque ou scléreuse limitée à la base de l'encéphale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 29 juin 1878, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : MM. Gras, médecin-professeur, et Bourgarel, médecin principal.

Au grade de médecin principal : M. Richaud, médecin de 1re classe.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants qui doivent demander un sursis d'appel, ou qui doivent contracter, cette année, l'engagement conditionnel d'un an, sont priés de demander au secrétariat, *dès à présent*, le certificat dont ils ont besoin pour l'autorité militaire.

— Un concours s'ouvrira successivement dans les Écoles de médecine navale de Brest, de Rochefort et de Toulon, à partir du 2 septembre 1878, dans le but de pourvoir à trente-cinq places d'aide-médecin, et à cinq places d'aide-pharmacien dans le corps de santé de la marine.

— Les obsèques de M. Labat, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Bordeaux, ont eu lieu, dan cette ville, au milieu du concours empressé de ses amis et de ses élèves.

M. Labat a succombé aux suites d'une hémorrhagie cérébrale, au moment même où il venait d'être nommé professeur titulaire de la nouvelle Faculté. Il était âgé de quarante-six ans seulement.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance, mercredi 10 juillet, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Constitution médicale du mois de mai; policlinique. — 2° Rapport sur l'usurpation des titres médicaux, discussion et vote sur la conclusion de ce rapport, par M. Paul Richard. — 3° Des accouchements qui se font à Paris, chez les femmes indigentes, patronnées ou non par l'Assistance publique, et des réformes à apporter dans l'enseignement comme dans l'exercice général de l'obstétrique, par M. Matteï. — 4° Morceau de fer extrait de la vessie, par M. Delefosse.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance, le lundi 8 juillet 1878, à trois heures précises, au Palais de Justice, salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil.

Ordre du jour : I. Etude médico-légale sur la combustion, par M. le docteur Brouardel. — II. Discussion du rapport de M. Penard, sur la nécessité d'une révision du tarif des expertises judiciaires. — III. Communications diverses.

— M. Bureau fera sa prochaine herborisation, le dimanche 7 juillet, dans la forêt de Sénart. Rendez-vous à la station de Ris-Orangis, à l'arrivée du train partant de Paris (gare de Lyon), à neuf heures vingt-cinq du matin.

Recherches histologiques sur l'anatomie normale de la peau de l'homme à ses différents âges, par le docteur Rémy. In-8°, avec 3 planches. — Prix : 3 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Essai sur le diagnostic des phlegmasies péri-utérines et leur pronostic, par le docteur d'Orticos. In-8° de 116 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 79. — MARDI 9 JUILLET 1878. 51e ANNÉE. MARDI 9 JUILLET 1878. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

—

Paralysie rhumatismale du nerf médian (1).

II.

Nous avons donc à nous demander pourquoi, dans le cas présent, les troubles qu'a présentés cette malade ont duré aussi longtemps. J'avoue qu'il me serait assez difficile de vous donner une explication suffisante, car nous ne trouvons dans l'histoire de cette femme absolument rien qui puisse nous éclairer à ce sujet, à moins toutefois que l'on ne fasse intervenir l'action constante de ce courant d'air frais filtrant à travers les jointures mal closes d'une fenêtre auprès de laquelle la malade se tenait continuellement assise. Peut-être, en effet, entretenait-elle ainsi un trouble qui, sans cela, eût cessé depuis longtemps.

Quant à la nature rhumatismale de la maladie, elle est facile à comprendre si l'on réfléchit au mécanisme habituel qui préside à la formation du rhumatisme. Les affections rhumatismales ont pour caractères communs d'affecter les tissus fibreux, muscles, nerfs, etc.; ce sont en général des affections fluxionnaires plutôt qu'inflammatoires; enfin, elles se développent sous l'influence du froid humide. Mais ce n'est pas tout, et à côté de ces caractères généraux il en est d'autres, particuliers, qui donnent à la maladie une allure toute différente, suivant les conditions dans lesquelles elle s'est produite.

Si donc vous prenez une affection rhumatismale très-nette, très-franche, le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, par exemple, on arrive à établir qu'à côté du froid humide, dont l'influence est incontestable, il est d'autres causes qu'on peut partager en prédisposantes et en occasionnelles ou déterminantes et dont l'action ne saurait être méconnue.

Les causes prédisposantes se subdivisent en deux catégories qui agissent chacune d'une façon différente : les unes en créant en quelque sorte la diathèse, les autres en préparant l'explosion des accidents qui appartiennent à cette diathèse.

Les causes prédisposantes, qu'on peut considérer comme créant la diathèse, sont, d'abord, l'hérédité : il est incontestable qu'on naît rhumatisant. Dans l'enfance, celle-ci se manifeste surtout par du lymphatisme qui, disparaissant avec l'âge, fait place plus tard au rhumatisme.

Quant aux causes qui préparent l'explosion de la maladie, les unes disposent simplement le malade à subir les manifestations rhumatismales d'une façon générale, les autres préparent la localisation de ces manifestations.

Les premières sont encore l'humidité et le froid, et, à côté de ceux-ci, le surmenage, c'est-à-dire la dépense exagérée des forces et toutes les causes qui affaiblissent l'économie et en diminuent la résistance, comme la grossesse, l'allaitement, l'état perpuéral, etc. Puis vient un groupe d'affections toutes spéciales qui ont pour siège l'urèthre et créent le rhumatisme blennorrhagique. Enfin, certaines maladies aiguës, en ébranlant l'économie d'une façon générale, prédisposent également au rhumatisme. Je veux parler notamment des fièvres éruptives et de la scarlatine en particulier.

Viennent enfin les causes qui prédisposent à la localisation du rhumatisme. Telle est encore l'action prolongée du froid sur une même région du corps; tel est également le surmenage des articulations, celles qui travaillent le plus étant, ainsi que l'a démontré M. Peter, prises de préférence.

Les muscles n'échappent pas à cette dernière condition, ainsi que le prouvent le lumbago et le rhumatisme si fréquent du deltoïde, et les parties du système nerveux lui-même qui sont exposées aux excitations les plus fréquentes subissent également cette influence. Le rhumatisme cérébral, rare dans nos hôpitaux, est beaucoup plus commun, par exemple, à la maison Dubois, où l'on n'admet guère que des artistes, des hommes de lettres, dont le système nerveux est toujours très-excité et qui ont fait travailler plus ou moins leurs cellules cérébrales.

Restent maintenant les causes qui déterminent la maladie en elle-même. Ici encore c'est le froid humide qui, en agissant longtemps et même d'une manière très-transitoire sur un point particulier, a le rôle le plus considérable. Il en est de même de la fatigue agissant dans les mêmes conditions.

Vient ensuite l'influence du traumatisme, entrevue déjà par quelques médecins au commencement de ce siècle et que les travaux de M. Charcot et de M. Verneuil ont surtout mise en lumière.

C'est, en effet, dans ces derniers temps seulement que

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 juillet.

l'attention des médecins a été attirée sur ces cas dans lesquels une articulation devient, à la suite d'un traumatisme, le siège d'une arthrite, laquelle, gagnant de propre en proche les articulations voisines, donne bientôt lieu à une manifestation rhumatismale aiguë généralisée. M. Charcot a même montré qu'il n'est pas nécessaire que le traumatisme porte sur l'articulation même pour provoquer l'explosion du rhumatisme et que l'attrition des parties avoisinantes peut parfaitement la faire naître. D'un autre côté, M. Verneuil a fait remarquer qu'en chirurgie l'existence d'une diathèse rhumatismale est facile à reconnaître: d'abord, parce que le traumatisme peut déterminer une attaque de rhumatisme, ensuite par cette raison que, chez les individus prédisposés, une attrition des tissus, même très-légère, peut, par le fait même de cette prédisposition, devenir le point de départ d'une affection grave et surtout persistante.

Pour nous résumer, le froid humide d'une part, le traumatisme de l'autre, ainsi que toute cause susceptible d'ébranler le système nerveux, telles sont les influences qui interviennent le plus souvent dans l'explosion des accidents rhumatismaux. Or, chez notre malade, ces trois conditions se trouvent réunies : elle a un système nerveux ébranlé, et, fille d'aliénée, est elle-même très-nerveuse. Quant à l'humidité et au froid, elle y a été constamment exposée et depuis plusieurs années; son membre supérieur droit n'a cessé de subir l'action de ce courant d'air filtrant au-dessous de la fenêtre près de laquelle elle travaillait. Mais cette action prolongée du froid humide est restée sans influence notable jusqu'au jour où un traumatisme, la luxation ou la réduction de cette épaule luxée, a donné lieu à ces désordres du membre supérieur qui ont succédé au traumatisme.

Cependant il ne faudrait pas croire que les troubles que nous observons actuellement soient la conséquence immédiate et directe du traumatisme. Quand, en effet, cette femme a cessé complètement, pour la seconde fois, de se servir de son membre droit, à ce moment, dis-je, il ne restait plus guère de traces de sa parésie première, et c'est subitement, tout à coup, qu'un beau jour elle s'est réveillée complètement paralysée.

C'est, en effet, durant le sommeil que la plupart du temps se produit la paralysie rhumatismale. Cela tient à ce que pendant le sommeil on subit d'une façon plus persistante l'action du froid à laquelle le membre en repos ne fait aucun mouvement capable de le soustraire.

M. Panas a bien émis l'opinion que, en pareil cas, la compression était la cause unique de la paralysie, et, chose curieuse, que la pression énergique ne déterminait que de l'engourdissement là où une pression même légère suffisait pour faire apparaître la paralysie. C'est une erreur, et il est certain que le rhumatisme doit être seul incriminé, car, si l'on interroge ces malades, on retrouve toujours dans leur histoire l'influence du froid et de l'humidité.

D'où je conclus que, chez notre femme, les phénomènes qu'elle nous présente du côté du bras sont la conséquence de l'action du froid et de l'humidité en même temps que du traumatisme chez une femme prédisposée déjà par l'influence du froid plus ou moins prolongée et d'un autre côté par l'hérédité. Quant à la forme inusitée de la maladie, elle est due simplement à l'altération du nerf médian par le fait même du traumatisme.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

I. De la valeur de la photophobie dans les affections des yeux. — II. Des ulcères syphilitiques.

I. Parmi les malades atteints d'affection des yeux qui sont en ce moment dans le service, je vous citerai celui qui est couché au n° 28 de la salle Sainte-Vierge, dont le cas est à la fois très-intéressant et très-instructif. Cet individu est affecté de conjonctivite double. Ce serait, d'après son récit, la seconde fois que cette affection se développerait chez lui, car il aurait déjà eu, il y a un an, des deux côtés, une conjonctivite granuleuse qui se serait terminée par la guérison complète. Cette fois-ci, le retour de la maladie aurait coïncidé avec une visite que cet homme a faite à l'hôpital des Enfants malades, où son enfant est actuellement traité pour une affection de même nature.

Quoi qu'il en soit, voici ce qu'il présente de capital. Avec une rougeur assez considérable des deux conjonctives, mais sans chémosis, sans sécrétion purulente et seulement avec un léger suintement séro-purulent, ce qui nous permet d'appliquer à sa maladie le nom de conjonctivite catarrhale ; avec un certain degré d'altération de la cornée qui consiste dans la présence sur cette membrane de petites taches blanchâtres qui me paraissent se rapporter plutôt à la maladie ancienne qu'à celle dont il est actuellement affecté; avec ces signes, disons-nous, ce que cet homme présente de capital, c'est une photophobie extrême, qui n'est nullement en rapport avec la nature de l'affection dont il est atteint. Elle est telle, en effet, que le malade a la tête constamment cachée dans son oreiller et que c'est à peine si on peut parvenir à obtenir qu'il entr'ouvre ses paupières pour qu'on puisse l'examiner. Est-ce réellement de la photophobie? Est-ce simplement le mouvement des paupières qui impressionne désagréablement la conjonctive? Jusqu'à présent je ne suis pas parvenu encore à établir ce point d'une manière bien positive. Cependant, ce qui me fait pencher de préférence en faveur de la première hypothèse, c'est que ce malade m'a déclaré à plusieurs reprises qu'il ouvre les yeux sans difficulté, alors qu'il se trouve dans une obscurité complète. Il s'agirait donc chez lui d'un cas tout particulier de photophobie, c'est-à-dire de cette impression pénible de la rétine, par le fait de l'arrivée de la lumière dans un milieu malade.

Mais, non-seulement on constate chez cet homme une photophobie bien plus considérable qu'on ne l'observe ordinairement dans la conjonctivite catarrhale, surtout chez les adultes; mais il existe également un ectropion très-prononcé, un renversement très-notable de la paupière gauche, phénomène dû, comme vous le savez, à la contraction très-énergique de l'orbiculaire.

Qu'est-ce donc que cette maladie, et quelle conclusion pouvons-nous en tirer pour le diagnostic et aussi pour le pronostic de ce symptôme si fortement accentué, la photophobie?

Le diagnostic que j'ai porté chez ce malade est celui de kératite, très-légère, récente, superficielle, avec lésions en grande partie anciennes ; mais, comme je vous l'ai dit, ce diagnostic n'explique pas cette photophobie extrêmement intense dont se plaint cet homme. On observe bien ce phénomène dans la kératite plastique, dans la kératite phlycténulaire pustuleuse ; mais, dans ces cas encore, il est très-rare que la photophobie atteigne, chez les adultes, une intensité semblable à celle que nous constatons ici. A plus forte raison, je le

répète, elle est tout à fait exceptionnelle dans une affection aussi bénigne que celle dont ce malade nous offre l'exemple.

On sait également qu'il y a de la photophobie dans l'entropion, dans cette variété d'iritis qui s'accompagne d'inflammation du cercle ciliaire, dans la cyclite, dans l'endocyclite, comme l'a appelée Auguste Bérard; on a également de la photophobie dans la rétinite, mais cet homme n'a pas trace d'une affection de ce genre.

L'explication qu'il faudrait donner de ce phénomène serait donc bien difficile à trouver si, pour moi, la photophobie ne pouvait exister dans toutes les maladies de l'œil. Je la considère en effet comme un phénomène nerveux, comme une sorte de névralgie, qui ne se lie pas, comme on le dit ordinairement, avec la présence de tel ou tel ordre de lésions et qui, pour moi, n'est pas nécessairement en rapport avec une maladie très-grave, notamment chez les enfants : soit que cette maladie ait simplement son siége dans le nerf ciliaire, soit qu'elle réside dans la rétine, ce qu'il est difficile de distinguer. Cet homme est un exemple de ce que j'avance, et je ne conclus pas, par conséquent, de ce qu'il a une photophobie intense, à un pronostic grave pour sa maladie. Seulement, ici, l'impression pénible de la lumière a cette particularité sérieuse qu'elle donne lieu à du blépharospasme qui, lui-même, a amené un ectropion lequel finirait à la longue par devenir irréductible, si nous ne nous efforcions de le faire disparaître.

Heureusement, ce phénomène ne date pas de longtemps, et je ne doute pas que nous ne parvenions à le guérir à l'aide des divers moyens que nous avons à notre disposition.

Le premier moyen que j'ai conseillé dans le traitement de cette affection, et qui réussit quelquefois, est un moyen purement moral. Il consiste à engager vivement les malades à supporter la lumière, à surmonter l'impression fâcheuse qu'elle leur produit, à entr'ouvrir les yeux pour s'habituer peu à peu à son action; en leur faisant observer surtout que la cause de leur mal, c'est leur ectropion, que, celui-ci guéri, la photophobie disparaîtra, et que ce n'est qu'en luttant ainsi qu'ils parviendront à amoindrir assez le blépharospasme pour que le renversement de la paupière cesse de se produire.

A ce moyen moral, que j'ai employé chez notre malade, j'ai joint un moyen physique : l'usage des lunettes à verres foncés qui, en diminuant l'intensité de la lumière, diminuent la photophobie.

En outre, j'ai prescrit chez cet homme, comme on doit le faire en pareil cas, des collyres au sulfate de zinc et au laudanum. Enfin, j'ai inauguré chez lui, ce matin même, un dernier moyen thérapeutique, dirigé surtout contre l'ectropion, c'est-à-dire que j'ai essayé de fixer les paupières au moyen de deux bandelettes de linge imbibées de collodion, procédé qui réussit quelquefois, lorsque l'inflammation est modérée.

II. A côté de ce malade, je vous signalerai en passant celui du n° 18 de la même salle, qui offre également un fait clinique extrêmement intéressant. C'est un homme de 27 ans qui nous est arrivé avec des ulcères multiples, au nombre de sept ou huit, très-rapprochés les uns des autres et siégeant à la partie antérieure du bas de la jambe et un peu sur la face dorsale du pied. Ces ulcères sont arrondis, à bords taillés à pic, à fond grisâtre comme certains ulcères en voie de réparation et surtout comme les ulcères syphilitiques secondaires ou tertiaires.

En présence de ces lésions, l'idée que nous avions affaire à des lésions syphilitiques m'est venue immédiatement à l'esprit. Il n'est pas ordinaire, en effet, qu'un homme jeune, bien portant, qui n'a pas de varices, qui, enfin, n'a jamais subi de traumatisme à la jambe, soit atteint d'ulcères. Et d'ailleurs, en fût-il autrement, j'ajouterai que le siége de la maladie, chez cet homme, n'est pas celui qu'occupent les ulcères variqueux, lesquels, comme vous le savez, ont leur point d'élection à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, ou bien à la partie latérale de la jambe, un peu au-dessus de la malléole. Enfin les ulcères de cette nature ne se multiplient ordinairement pas de la sorte; on en trouve un, deux, trois, mais jamais sept ou huit, comme c'est le cas chez notre malade.

Si donc ces ulcères ne se sont pas développés sous l'influence d'une cause locale, quelle est la cause générale qui les a fait naître? Est-ce de la débilité, de l'épuisement, de la chloro-anémie, comme cela se voit quelquefois, à la suite de fatigues excessives, de marches prolongées, etc.? Mais cette manière de voir n'est pas plus admissible que la précédente, attendu que nous ne trouvons dans l'observation de cet homme aucun antécédent qui eût pu le conduire à cet état de chloro-anémie voisin de la cachexie, et que rien dans sa constitution ne présente ce délabrement considérable de l'économie, que nous désignons sous le nom de chloro-anémie, avec tendance à la cachexie.

Mais, s'il n'est pas assez chlorotique, assez tuberculeux pour que sous l'influence de cet état cet homme ait commencé par avoir sur les jambes des bulles d'ecthyma qui plus tard sont devenues le point de départ des nombreux ulcères qu'il présente, il suffit de l'interroger avec soin pour que toute incertitude sur la nature de sa maladie disparaisse. Il nous a déclaré en effet qu'il avait eu, il y a deux ans, un chancre syphilitique, et que, pour cette raison, il avait été soumis à l'usage de la liqueur de Van Swieten. Enfin, il a eu des plaques muqueuses, des croûtes dans les cheveux, des ganglions engorgés, etc.; en un mot, il a manifestement présenté quelques-uns des accidents secondaires de la syphilis.

Et d'ailleurs, alors même que cet homme ne nous aurait pas donné des renseignements aussi précis, il nous eût suffi de l'examiner avec attention pour être suffisamment éclairés sur la nature de ses ulcères. En effet, il a les testicules un peu volumineux, et, si on examine avec attention ces organes, on constate dans la tunique vaginale du côté droit un peu d'épanchement avec gonflement et induration du corps du testicule à sa partie antérieure et à sa face postérieure. A gauche, la quantité de liquide épanché est même assez abondante pour donner lieu à des fluctuations; et si, par la pression, on refoule le liquide, on sent un testicule très-volumineux, un peu bosselé, mais surtout très-dur.

Que peuvent être des testicules ainsi entourés de liquide, ainsi augmentés de volume et durs? Ce ne sont pas des testicules tuberculeux, attendu que, s'il en était ainsi, ces organes ne seraient pas arrivés au volume qu'ils présentent chez cet homme sans avoir été déjà le siége de trois ou quatre poussées inflammatoires.

Il ne s'agit pas davantage ici de sarcocèles cancéreux, et la raison capitale sur laquelle je me fonde pour repousser ce diagnostic, c'est l'invasion des deux testicules à la fois.

Nous avons donc affaire à des testicules syphilitiques. Mais, me direz-vous, les individus qui sont atteints d'affections de ce genre accusent, sinon de la douleur, du moins un sentiment de pesanteur, de tiraillement dans l'aine, dans les reins. Cela est vrai, mais j'ai vu un certain nombre de malades atteints de syphilis qui n'éprouvaient pas du côté des testicules le

moindre phénomène capable d'éveiller leur attention ; aussi l'absence de douleurs, qui pourrait induire en erreur un chirurgien inexpérimenté, n'a-t-elle, chez notre homme, rien qui m'étonne.

Je vous présente donc ce malade comme atteint d'ulcère de la jambe, de nature syphilitique, consécutif à la rupture de pustules d'ecthyma syphilitique, ou bien de très-petites gommes, diagnostic confirmé par l'existence de deux testicules volumineux et qui ne peuvent être que des testicules syphilitiques.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

VIII

Un autre point qui ressort de l'étude de cette statistique, point fort intéressant et très-flatteur pour la chirurgie anglaise, c'est qu'elle donne une preuve manifeste des nombreux succès du traitement des anévrysmes dans ce pays. Le chiffre total des anévrysmes poplités compris dans notre table est de 212, dont 77 traités par la ligature d'emblée, 124 par la compresssion, 2 par l'opération ancienne, 1 par la ligature temporaire, 1 qui guérit sans aucune opération, enfin 7 dans lesquels on fit l'amputation d'emblée. Le chiffre total des décès est de 29 ou 30 (14, 1 pour cent seulement) dont beaucoup dus à des causes étrangères, telles que maladies du cœur ou des viscères. Comme je l'ai montré plus haut, presque tous les cas furent traités à une période avancée. 12 ont guéri après l'amputation, 4 fois seulement le traitement a échoué ; mais je n'ai pas trouvé qu'il fût fait mention de traitement ultérieur. Tout le reste (166 cas) furent guéris d'une manière ou d'une autre, avec conservation du membre. On ne peut rien objecter ici, comme on l'a fait souvent et avec justice contre les statistiques d'opérations parce qu'elles ne reposaient que sur des observations qui n'avaient été publiées qu'à cause du succès. Ici il ne s'agit que d'une série de faits de la pratique hospitalière, présentant tous les degrés de gravité, enregistrés dans l'ordre où ils se sont présentés et pris indistinctement dans la pratique des chirurgiens de Londres et de province. On ne peut trouver l'influence mortelle de l'atmosphère des hôpitaux, dont il a tant été question récemment, dans ces observations authentiques. Elles sont prises sans distinction; mais il est hors de doute que des cas de cette espèce se présentent surtout dans les grands hôpitaux et les cités populeuses, et les chiffres fournis par les grands hôpitaux de la capitale et de la province peuvent très-bien soutenir la comparaison avec des chiffres fournis par les infirmeries de la campagne. Le tout ensemble donnera un très-suffisant aperçu de ce qui s'est fait dans le traitement d'une affection qui, il y a peine plus d'un siècle, était regardée comme si meurtrière.

Le chiffre total des anévrysmes poplités, dans la précédente statistique de M. Tufnell, est de 28, dont 21 guéris par la compression.

En ajoutant l'une à l'autre les deux statistiques, nous trouvons 51 cas d'anévrysmes poplités (et fémoro-poplités) traités par la compression, 38 dans lesquels le traitement réussit d'emblée, 3 dans lesquels la fémorale fut liée avec succès, 4 dans lesquels on fit l'amputation (4 fois avec un succès certain, le résultat de la cinquième amputation n'est pas indiqué), 2 dans lesquels le traitement échoua et fut abandonné et enfin 3 dans lesquels les malades moururent. La mort fut causée deux fois par affection du cœur et des poumons, et le traitement y fut complètement étranger. Cependant ces cas comptent parmi les morts suite de ligature et enflent la mortalité moyenne. Dans le troisième cas la mort fut causée par un érysipèle, mais dans ce cas le traitement fut compliqué par l'emploi de la galvano-poncture et l'érysipèle eut les piqûres pour point de départ.

Si nous pouvons considérer cette statistique comme l'exacte représentation des faits, il en faut conclure que les anévrysmes poplités traités par la compression guérissent dans les trois quarts des cas ; que dans le reste des cas la ligature de la fémorale réussira vraisemblablement, ou que du moins le malade peut conserver la vie aux dépens du membre, la mort ne survenant qu'exceptionnellement, sauf le cas d'affection viscérale. Mais je ne donne pas cette liste comme complète, tout en ayant la confiance que les recherches des chirurgiens de Dublin nous mettront en possession de la collection complète des faits.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de doute que la compression mécanique ait souvent échoué entre les mains de chirurgiens doués certainement d'une habileté au moins ordinaire et d'un zèle et d'une patience plus qu'ordinaires. Le nombre même des instruments qu'on a imaginés témoigne de la difficulté que présente la solution du problème. Les bases de la théorie émise par Broca ont été complètement détruites par les faits multipliés de guérison certaine et définitive par la coagulation rapide du sang *en masse*, donnant lieu à ce qu'il a appelé des *caillots passifs*. De pareilles guérisons ont été observées de bonne heure, puisque, dans l'un des premiers cas de compression rapportés par Tufnell, tout le traitement ne demanda que sept heures et demie; mais elles sont devenues plus fréquentes et ont pris une plus grande importance pratique depuis l'emploi de la compression digitale et de la compression rapide à l'aide du chloroforme. Il n'y a pas de doute aujourd'hui que ces guérisons ne sont pas exceptionnelles, comme on le croyait d'abord; et que le remplissage du sac par un caillot mou, au lieu d'être une chose dangereuse ou défavorable, est ordinairement le premier pas vers une guérison définitive. Il est très-vrai que ces caillots mous se redissolvent quelquefois et que l'anévrysme, après une guérison apparente, présente de nouvelles pulsations et peut même commencer à s'accroître de nouveau ; mais cette dissolution du caillot n'est presque jamais suivie d'un symptôme fâcheux, et une nouvelle application du traitement réussit généralement.

Cela étant, on ne considère plus qu'il soit nécessaire ou prudent de s'attarder à diminuer simplement l'intensité du courant dans la tumeur, au lieu d'arrêter complètement la circulation; en conséquence, le but principal du chirurgien est de trouver par quel moyen il pourra le plus aisément obtenir la pression nécessaire pour faire disparaître les pulsations dans le sac jusqu'à ce qu'il soit rempli de caillots et que son orifice soit suffisamment oblitéré pour ne plus se laisser distendre lorsque la compression sera supprimée. Il semble évident que le changement de volume subi par la tumeur dans les alternatives de compression et de relâchement dans la méthode de compression intermittente, doit retarder la consolidation définitive de la tumeur, même lorsqu'il ne l'empêche pas, ce qui, je crois, doit arriver souvent. D'où résulte l'importance d'obtenir une consolidation définitive en une seule séance, ou au moins en aussi peu de séances que

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 26 mars, 6, 11 avril, 4, 11 mai et 20 juin.

possible, importance basée autant sur l'anatomie pathologique de la tumeur que sur des considérations de convenance et de sécurité pour le malade. Ce n'est pas toujours possible, mais ce l'est souvent, et alors la compression n'en est que plus effective. Il faut apporter le plus grand soin à s'assurer que la moindre ondulation ne se transmette pas à la tumeur; si l'excitabilité du malade l'exige, il faut le tenir sous l'influence de l'opium, ou même l'anesthésier suffisamment à l'aide du chloroforme ou de l'éther, pour qu'il puisse supporter une compression continue et complète aussi longtemps qu'il sera nécessaire. Avant de commencer la compression, il est bon de se rappeler la précaution du docteur Carte, qui consiste à modérer la circulation par quelques jours de repos au lit et de diète, et de réduire la compression au point qu'un poids de 8 à 9 livres suspende complètement les pulsations dans l'anévrysme.

Il s'agit maintenant de déterminer la meilleure manière d'appliquer la compression, sujet sur lequel on a émis les opinions les plus diverses. Beaucoup de chirurgiens, et je suis du nombre, préfèrent à toute autre la compression digitale, quand on peut se procurer un nombre suffisant d'aides intelligents sur lesquels on puisse compter; d'autres, au contraire, pensant que la compression digitale est sujette à varier et qu'elle est plus douloureuse, et s'exagérant peut-être les difficultés qu'elle présente, préfèrent un tourniquet quelconque, ou même, avec le docteur P. Heron Watson, un simple poids. Voici comment s'exprime ce chirurgien : « La compression digitale est douloureuse; ordinairement maintenue d'une manière variable, sujette à devenir excessive, elle exige des relais d'aides adroits, dont le changement fréquent fatigue le malade et l'empêche de dormir, et de plus, excepté à l'hôpital, ces aides sont pratiquement impossibles à avoir. Le poids, au contraire, une fois bien appliqué, n'exige plus qu'on y touche, il n'épuise les forces de personne, il exerce une pression invariable, et, en fait de surveillance et de régularisation, il n'exige que ce que peut faire toute personne étrangère à la profession, qui, sans fatigue, peut aisément surveiller pendant plusieurs heures consécutives, sans troubler en rien le repos du malade. »

Je suis loin de prétendre qu'il n'y ait rien de vrai dans ces objections à la compression digitale, mais je ne puis admettre que les difficultés puissent compenser les avantages de la méthode. Comme, du reste, j'ai déjà cité des exemples dans lesquels on a obtenu la guérison à l'hôpital comme dans la clientèle privée, par la compression digitale exercée sur des artères aussi profondément situées que la carotide et la sous-clavière, il ne peut pas y avoir de difficulté insurmontable à faire la compression digitale de la fémorale si le doigt est un corps réellement plus intelligent, moins irritant et moins volumineux qu'une pelote ou qu'un poids et s'il peut également bien aplatir l'artère, toutes choses que j'aurais cru suffisamment évidentes.

Nous verrons plus loin comment l'expérience la plus récente s'accorde avec l'opinion de M. Watson.

Il est cependant certain que l'application d'un poids, comme le recommande le docteur Watson, est ordinairement un moyen commode de réaliser la compression complète et intermittente; et c'est un avantage de plus que ce poids puisse souvent être façonné de manière à ne pas dépasser le volume du bout du doigt et que le malade, lorsqu'il est intelligent, puisse souvent le manier lui-même. Un cas récemment traité par M. Hussey, d'Oxford, prouve ce que je viens de dire. Le malade était un homme en bonne santé, âgé de trente et un ans environ. La flexion du membre n'arrêta pas les pulsations dans la tumeur; le sac semblait contenir quelque caillot et l'anévrysme n'était pas volumineux. Le cas sembla donc favorable à la compression, et on essaya le poids ordinaire et diverses sortes de tourniquets; mais la peau devint trop sensible pour supporter la pression, et l'anévrysme ne fut pas guéri. En conséquence, on essaya la compression digitale complète et continue; elle fut maintenue sans interruption pendant cinq heures, lorsque, tout à coup, le malade se plaignit d'un sentiment de chaleur puis de froid dans la tumeur ; ces sensations furent suivies d'une vive douleur dans la jambe, puis les pulsations disparurent. On suspendit alors la compression et l'on crut le malade guéri. Mais, quarante-huit heures après, de faibles pulsations commencèrent à se montrer dans la tumeur, et au bout d'un ou deux jours les symptômes étaient les mêmes qu'avant la compression. On appliqua alors un poids consistant en un sac de toile, se terminant en une pointe remplie de sable, le sac lui-même renfermant 8 livres de plomb. Ce poids fut suspendu à une poulie, et l'on apprit au malade à l'appliquer convenablement sur l'artère au niveau du pubis, une pièce de cuir ayant préalablement été appliquée sur la peau. Après cinq heures d'une semblable compression, les mêmes symptômes se reproduisirent, et, cette fois, la guériso nne se démentit pas. Lorsque, quelques mois après, le malade se représenta à l'hôpital, on pouvait sentir la tibiale postérieure, mais pas l'antérieure.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 juillet 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

Influence des aimants sur les troubles de la sensibilité. — M. Charcot entretient la Société de nouveaux faits rentrant dans la catégorie de ceux qui ont déjà été exposés à la Société et qui sont relatifs à l'influence des aimants sur l'hémianesthésie d'origine hystérique ou de cause cérébrale. M. Charcot a déjà démontré, en effet, que l'approche d'un simple aimant ramène la sensibilité dans une hémianesthésie de cause cérébrale. Il s'agissait d'un malade, adressé par M. Grancher et qui était atteint d'une hémianesthésie ayant eu pour cause une hémorrhagie cérébrale. Chez ce malade, l'hémianesthésie a disparu sous l'influence de l'approche d'un simple aimant. Depuis cette époque, M. Charcot a répété un grand nombre de fois l'expérience.

Cette influence des aimants n'était pas méconnue : elle avait été signalée par plusieurs auteurs, entre autres par Andry, par Becker, un auteur allemand, par Maggiorani, un Italien; mais aucun de ces auteurs n'est arrivé à déterminer d'une façon précise l'influence particulière de l'aimant sur les troubles de la sensibilité, ce qui s'explique aisément par ce fait qu'il leur manquait des notions suffisantes sur la pathologie nerveuse. Or, aujourd'hui, nous sommes arrivés à pouvoir déterminer d'une façon précise que l'aimant agit sur l'hémianesthésie de cause cérébrale ou d'origine hystérique, absolument comme les métaux et les courants électriques. Tout ce qui a été dit des effets des métaux et des courants est applicable à ceux des aimants. Les effets obtenus par les applications des métaux, des courants ou des aimants, sont si singuliers que plusieurs médecins ont élevé des doutes sur ces effets. Or M. Charcot voudrait que la Société de biologie reconnût que les observations et les expériences relatives à ces faits sont toutes empreintes d'un caractère absolu de rigueur scientifique.

En terminant, M. Charcot présente deux malades hystériques, atteintes l'une d'hémianesthésie gauche, l'autre d'hémianesthésie

droite. Chez ces deux hystériques, l'action pure et simple d'un aimant a pour effet de laisser disparaître d'une façon absolue une anesthésie complète, et on observe chez elles le phénomène de transfert, tout aussi bien qu'avec les applications métalliques, c'est-à-dire que, tandis que l'anesthésie disparaît d'un côté, elle apparaît du côté opposé d'une façon tout à fait symétrique. Ces phénomènes sont transitoires chez les hystériques; ils sont définitifs, au contraire, dans les cas d'hémianesthésie de cause cérébrale.

M. Regnard a démontré également qu'on obtient avec un solénoïde absolument les mêmes effets qu'avec un aimant.

Tous ces faits sont empreints d'une telle régularité, d'une telle constance dans la façon dont ils se manifestent, que la métalloscopie se trouve aujourd'hui dégagée de tout caractère mystérieux. Il ne reste plus qu'une particularité encore inexpliquée : c'est ce que M. Burq appelle l'idiosyncrasie métallique. Il y a encore là une série de faits à l'étude.

Ligne et gouttière primitives de l'embryon. — M. MATHIAS DUVAL a fait sur ce sujet une série de recherches d'où il résulte que la ligne et la gouttière primitives de l'embryon ne sont nullement, comme on l'a cru jusqu'ici, ni la ligne ni la gouttière médullaires, et que le feuillet moyen se forme, non pas exclusivement aux dépens du feuillet externe suivant les uns, du feuillet interne suivant les autres, mais bien aux dépens à la fois du feuillet interne et du feuillet externe.

Action physiologique de l'aconitine.— M. LABORDE fait, sur ce sujet, une communication qui a pour but de démontrer que ce n'est pas par le cœur, mais bien par le poumon, qué meurent les animaux soumis à l'influence de l'aconitine, et que, par conséquent, le meilleur contre-poison de l'aconitine est la respiration artificielle.

M. RABUTEAU rappelle qu'en 1872 il a démontré qu'il y avait une similitude absolue entre les effets du curare et ceux de l'aconitine.

M. LABORDE fait observer que tous les expérimentateurs qui l'ont précédé dans cette étude, y compris M. Rabuteau, ont employé de trop fortes doses dès le début de leurs expériences, n'ont pu suivre, en conséquence, la subordination des phénomènes, et n'ont pu constater que les résultats ultimes.

A cinq heures un quart, la Société se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

53. Viel. — Étude clinique et expérimentale sur les différences que peut présenter la symptomatologie de la méningo-encéphalite de la convexité du cerveau suivant le siège des lésions.
54. Cosnard. — Étude sur quelques manifestations articulaires de la phlegmatia alba dolens.
55. Godet. — De l'étiologie de l'urticaire.
56. Noël. — Contribution à l'étude de l'hybridite morbide. Quelques considérations sur l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de la combinaison des diathèses.
57. Lévesque. — Étude d'un cas de fracture du crâne intéressant les deux rochers.
58. Pouzet. — Étude clinique sur deux cas de goutte observés à l'hospice de Bicêtre.
59. Vack. Essai critique sur la pathogénie et l'étiologie de l'atrophie papillaire.
60. Vétu. — Du pronostic des fractures compliquées traitées par la méthode antiseptique.
61. Audoucet. — Sur une observation d'engorgement herniaire.
62. Hirtz. — De l'emphysème pulmonaire chez les tuberculeux.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1878, par M. le Dr PASSANT.

VISITES PAR ARRONDISSEMENTS.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL.
1er	13	9	3	25
2e	9	10	5	24
3e	19	28	5	52
4e	13	21	10	44
5e	26	25	6	57
6e	6	7	3	16
7e	13	7	4	24
8e	8	7	2	17
9e	6	11	4	21
10e	12	29	4	44
11e	45	53	13	111
12e	15	18	11	44
13e	9	16	4	29
14e	22	32	15	69
15e	14	34	9	57
16e	2	6	2	10
17e	26	39	6	71
18e	21	33	5	59
19e	17	23	8	48
20e	22	38	8	68
	318	446	127	891

La moyenne des visites par nuit a été de 10.

MALADIES OBSERVÉES.

A.

Congestions et apoplexies cérébrales	52
Angines et laryngites	59
Croup	25
Coqueluche	1
Conjonctivite purulente	1

B.

Asthme	22
Affections du cœur	29
Bronchites aiguës et chroniques	34
Pleuro-pneumonie	41
Congestions pulmonaires	9

C.

Affections et troubles gastro-intestinaux	62
Diarrhée cholériforme des enfants	2
Cholérine	11
Coliques hépatiques, néphrétiques et saturnines	46
Hernies étranglées	22
Rétention d'urine	12

D.

Métro-péritonite	24
Métrorrhagie	24
Fausses couches	26
Accouchements	42

E.

Convulsions	52
Alcoolisme. Delirium tremens	10
Névralgies	41
Névroses	48
Épilepsie	10
Aliénation mentale	3

F.

Rhumatisme articulaire aigu	5
Hémorrhagies	35
Affections éruptives	17
Anémie, cachexie	6
Fièvre intermittente	3
Fièvre typhoïde	3

G.

Brûlures	5
Corps étranger dans l'oreille	1
Plaies et contusions	40
Fractures, luxations	21
Suicides	9
Intoxication	9
Asphyxie	1

H.

Mort à l'arrivée du médecin	26

Les hommes entrent dans la proportion de 35 pour 100.
Les femmes — 50 —
Les enfants — 15 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, arrête :

Art. 1er. — Le concours pour l'obtention des bourses dans les Facultés de médecine et dans les Écoles supérieures de pharmacie aura lieu, dans ces établissements, le 15 octobre prochain.

Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux doyens et aux directeurs sous un pli cacheté, qui ne sera ouvert qu'à l'ouverture de la séance du concours.

Art. 2. — Un étudiant ne peut être admis à concourir s'il n'a obtenu la note *satisfait*, au dernier examen de médecine ou de pharmacie subi par lui à l'époque réglementaire.

Art. 3. — Sont et demeurent abrogées les dispositions du règlement du 5 novembre 1877 (1) qui sont contraires au présent arrêté.

Fait à Paris, le 29 juin 1878.

— Par arrêté en date du 6 juillet 1878, un congrès international de médecine mentale est autorisé à se tenir dans une des salles du palais des Tuileries, du 5 au 10 août 1878.

Programme : A. — Administration des asiles, législation et statistique. — Question : « Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels. »

B. — Pathologie mentale et nerveuse. — Question : « Des variétés cliniques de la paralysie générale. »

C. — Médecine légale. — Question : « Des délires instantanés, transitoires (délire par accès), au point de vue de la médecine légale des aliénés. »

— Le *Congrès international d'hygiène de Paris* tiendra ses séances du 1er au 10 du mois d'août, au palais du Trocadéro.

Des adhésions en grand nombre sont déjà parvenues de tous les pays étrangers. Le *Sanitary Institute* de la Grande-Bretagne, la Société royale de médecine publique de Belgique, le Conseil communal de la ville de Bruxelles, les ministères, les administrations, etc., ont nommé des délégués pour s'y faire représenter, et l'on sait que le Conseil municipal de Paris a témoigné de l'intérêt qu'il prend aux travaux du Congrès en lui votant une subvention de 5,000 fr.

Nous rappelons à nos lecteurs que tous ceux qui se préoccupent des questions de l'hygiène, médecins, pharmaciens, ingénieurs, architectes, vétérinaires, manufacturiers, membres des Conseils d'hygiène et des municipalités, etc., doivent envoyer leurs adhésions au plus tôt, afin de recevoir la série des rapports préparés sur les questions du programme, rapports qui sont à l'impression et vont être adressés d'ici à quelques jours à tous les membres adhérents.

L'agence du Congrès a ses bureaux ouverts, de 2 à 4 heures, au Palais des Tuileries, pavillon de Flore.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, n° du 10 novembre 1877.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par le docteur Duret, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. Tome Ier, 1 vol. in-8°, avec 38 figures intercalées dans le texte, et 19 planches, dont 8 en chromolithographie. — Prix : 15 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Leçons cliniques sur les maladies du foie, suivies des leçons sur les troubles fonctionnels du foie, par C. Murchison, professeur de clinique médicale, etc., traduites sur la seconde édition, avec l'autorisation de l'auteur, et annotées par le docteur Jules Cyr. 1 fort vol. in-8°, avec 46 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

La Vie, études et problèmes de biologie générale, par E. Chauffard, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. grand in-8° de 525 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1878, J.-B. Baillière et fils.

Contribution à l'étude des symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux central, par le docteur Coingt. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

De l'Influence des excitations cutanées sur la circulation et la calorification, par le docteur Joffroy. In-8°.— Prix : 4 fr. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Étude comparative des néphrites chroniques, par le docteur Rendu. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Les Signes physiques des folies raisonnantes (état mental de Sandon). Étude clinique, par le Dr Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre, in-8° de 76 pages. Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50. — Ad. Delahaye, éditeur.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 80. — JEUDI 11 JUILLET 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 11 JUILLET 1878. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une discussion se poursuit entre M. Colin et M. Marey sur les résultats obtenus au moyen de la méthode graphique; une autre, entre M. Colin et M. Pasteur, sur les expériences de ce dernier, inoculant le charbon à des poules en abaissant leur température. M. Colin est toujours sur la brèche, en assaillant, et nul ne s'entend mieux que lui à ouvrir une brèche. Malheureusement les assistants sont mal placés pour juger des coups que l'on se porte de part et d'autre. Ils entendent des affirmations contradictoires sur des expériences qu'ils n'ont pas été appelés à suivre, et ils ne savent que penser. Ils ne pourraient prendre parti que par des raisons tout extérieures, pour ainsi dire, à cause de l'autorité qui s'attache à tel ou tel nom. Mais c'est là, pour un jugement, une base bien peu solide.

Signalons une note de M. Riche sur les sous-nitrates de bismuth du commerce, note à l'occasion de laquelle M. le professeur Gubler est venu donner quelques détails sur l'emploi de l'oxyde de zinc en qualité de poudre absorbante, antidiarrhéique.

Dr Victor REVILLOUT.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. PARROT.

De la syphilis héréditaire.

La syphilis héréditaire est une des fractions, une des modalités de la grande maladie syphilitique. Il faut entendre par syphilis héréditaire celle qui est communiquée à l'enfant par les parents, par les générateurs. Le fait le plus constant est l'infection du produit de la conception, au moment même de la fécondation, soit par le père et la mère, soit par l'un ou l'autre de ces facteurs. Mais il est aussi des cas où l'infection du produit de la conception ne s'est faite qu'après la fécondation, pendant la gestation. En effet, pendant que le produit est dans l'utérus, il peut être infecté. Dans ces cas, il est nécessairement infecté par la mère. Ne nous occupons pas ici de la discussion des époques de la grossesse pendant lesquelles cette infection est possible ; ce point n'est pas encore fixé par les divers auteurs. Ce qui nous intéresse ici, c'est la syphilis existante elle-même et non pas les discussions qui se rapportent à son étiologie.

Quels sont donc les effets de la syphilis héréditaire chez l'enfant qui possède le virus? Comment se manifeste l'intoxication?

Deux ordres de symptômes apparaissent : les uns, périphériques, apparents, siégeant sur la peau et les muqueuses; les autres, profonds, constitués par les lésions viscérales et les lésions osseuses. Disons de suite que, pour le diagnostic, dans ce dernier groupe de symptômes, les lésions viscérales sont impossibles à reconnaître, tandis que les lésions osseuses, quoique profondes, peuvent être reconnues par le médecin dans un très-grand nombre de cas.

La plupart des enfants atteints de syphilis héréditaire que je veux vous montrer aujourd'hui présentent des lésions cutanées ; c'est donc surtout des syphilides cutanées que je vous entretiendrai.

Quelles sont les lésions cutanées de la syphilis héréditaire ?

Je classe ces lésions d'après le tableau suivant :

Syphilides :
- 1° Bulleuse (pemphigus des auteurs).
- 2° Maculeuse.
- 3° En plaques { *a.* proprement dite. / *b.* lenticulaire.
- 4° Vésico-papuleuse (très-rare).

Je n'inscris pas dans ce tableau la forme dite ulcéreuse qui n'existe pas à proprement parler : il n'y a pas d'éruption qui soit ulcéreuse d'abord; c'est un accident, une conséquence d'une évolution spéciale.

Je préfère le terme de syphilide bulleuse à celui de pemphigus, parce que cette dernière dénomination n'est pas exacte, certains nouveau-nés ayant du pemphigus qui n'est pas syphilitique, et réciproquement.

Dans l'étude des syphilides, deux points principaux doivent être considérés : l'époque d'apparition des symptômes et leur intensité.

En effet, des nouveau-nés apportent en naissant du pemphigus syphilitique, tandis que chez d'autres enfants la manifestation syphilitique n'apparaît qu'après deux ans et demi et même trois ans, comme j'en ai observé nombre de cas authentiques, ce qui autorise à accepter formellement ce délai, qu'on n'aurait pas admis autrefois.

La règle qui a dominé ces considérations est celle-ci : plus la diathèse est intense, plus le virus est puissant pour ainsi dire, plus la manifestation syphilitique est précoce et générale. Ainsi la plus précoce des apparitions syphilitiques est la forme de syphilide bulleuse : jamais on ne voit d'autre manifestation de la diathèse avant elle; quelquefois seulement d'autres accidents coïncident avec elle. C'est en venant au monde que l'enfant apporte la syphilide bulleuse : aussi, quand on l'observe, on peut être assuré qu'il existe des lésions viscérales, le pronostic est très-grave : l'enfant est en puissance complète de virus. Les cas de guérison sont très-rares.

Au contraire, au point de vue de l'époque d'apparition, la syphilide lenticulaire est la plus tardive : c'est la manifestation ultime d'une diathèse qui s'éteint, d'un virus qui s'épuise; elle est encore isolée ordinairement, parce qu'alors l'organisme a épuisé antérieurement toute sa force de production pour les autres formes. Elle peut apparaître deux ou trois fois sur le même individu; mais, six mois par exemple après la dernière éruption lenticulaire, on peut être assuré qu'il ne se produira plus de manifestations syphilitiques chez le malade qui en a été atteint : le pronostic sera donc presque toujours favorable, sauf dans les cas où le malade était déjà arrivé à une cachexie avancée.

La syphilide maculeuse existe rarement par elle-même, isolée; elle se mêle à la forme bulleuse quelquefois, le plus souvent aux syphilides en plaques.

Ce sont les syphilides en plaques les plus fréquentes, mais aussi les plus embarrassantes pour le praticien : que le sujet soit jeune ou âgé, robuste ou affaibli, que la syphilis soit ancienne ou récente, toujours on observe des combinaisons continuelles, des formes variées les plus diverses d'une même syphilide. Il est donc très-important de bien connaître les caractères principaux des syphilides en plaques : elles sont constituées par l'apparition sur la peau des enfants d'élevures tenaces, constantes, permanentes, ce qui les distingue immédiatement des diverses éruptions de l'enfance : elles ont des dimensions variables; les plus grandes atteignent un centimètre de largeur, les plus petites un millimètre; elles sont toujours primitivement arrondies; mais, lorsqu'elles sont agglomérées, elles confluent et forment des plaques très-irrégulières. Elles commencent d'une façon insensible : en passant le doigt sur la peau, on perçoit une induration caractéristique; cette induration ne se rencontre pas dans la forme maculeuse. Enfin, ce caractère d'élevure les distingue de l'érythème athrepsique des nouveau-nés, où il n'y a pas de saillie au-dessus de la peau. Ici, cette saillie peut aller jusqu'à deux millimètres au moment de l'apogée de l'éruption. Ces taches sont arrondies, circulaires, avec une coloration typique, ordinairement d'un rouge vif cerise, foncé surtout au centre, tandis que la périphérie présente une teinte plus violacée. Parfois toute la plaque est violacée régulièrement; quelquefois elle est plus rosée, avec une teinte saumon.

L'induration est analogue à celle des plaques muqueuses. A ce niveau, l'épiderme n'est pas altéré à la périphérie; mais au centre de la plaque il est considérablement aminci : alors on n'a plus la coloration mate, mais un aspect plus rouge, plus luisant. Aux points où l'épiderme est aminci, on observe ces petites plicatures parallèles qui sont si caractéristiques de la syphilide cutanée.

Tel est l'aspect général des plaques; mais il y a des cas où elles sont plus exubérantes, formant des cupules au centre, avec un bourrelet à la périphérie.

Quant à leur disposition, elles sont disséminées sans ordre sur la peau : elles se groupent irrégulièrement. Mais leur siège est tout à fait typique : elles apparaissent sur les parties de la peau qui sont habituellement irritées. D'ailleurs, chez beaucoup d'individus, les éruptions de toute nature, depuis la rougeole jusqu'aux syphilides, se montrent précisément de préférence en ces parties de la peau qui sont soumises à une cause d'irritation quelconque. Aussi, chez les enfants, nous verrons les syphilides au niveau des membres inférieurs, sur les fesses et sur les cuisses, sur le scrotum, et, chez les petites filles, surtout sur les grandes lèvres. C'est là leur siège de prédilection, parfois exclusivement. D'autres fois, elles existent aussi sur la face, ce qui se comprend facilement, car on remarquera que le visage est exposé à des irritations continuelles, poussières, etc., que nous écartons spontanément sans y faire attention, tandis que les petits enfants ne prennent pas ces précautions comme les grandes personnes. Puis, la salive qui coule sur leurs lèvres inférieures, le mucus des narines, les larmes, les poussières des yeux, etc., tout cela constitue une foule de causes d'irritation qui expliquent la facilité avec laquelle les éruptions apparaîtront sur le visage en ces points spéciaux. Enfin, au pourtour de l'anus, où les frottements et l'irritation sont plus fréquents et plus constants, on trouvera les syphilides le plus complètement développées : souvent elles sont écorchées à ce niveau; ayant un aspect luisant d'abord, elles le perdent bientôt lorsque l'épiderme a disparu.

Un fait très-remarquable est à noter : c'est que les plis de la peau, les plis génito-cruraux, sont exempts de ces éruptions, parce que ces zones sont indemnes de toute irritation : la peau, accolée à elle-même, préserve ces sillons du contact des matières irritantes. Aussi, on voit des plaques de syphilides étendues de chaque côté de ces plis, où la peau présente un aspect normal.

A la face aussi, l'éruption devient parfois exubérante, confluente, et se couvre de croûtes. Elle est rare sur le cuir chevelu, au moins là où il y a des cheveux.

La marche des syphilides en plaques est très-difficile à déterminer : il leur faut huit à quinze jours, ordinairement deux septénaires, pour arriver à leur maximum; mais c'est très-variable, chaque plaque évoluant isolément. Il faut beaucoup plus longtemps à l'éruption pour disparaître.

La forme des syphilides lenticulaires diffère de la précédente, en ce qu'elle se montre dans les temps les plus reculés de la puissance de la diathèse : elle n'apparaît jamais à la face et reste toujours localisée aux régions pelviennes, n'envahissant jamais les membres ni le tronc. Il semble qu'elle soit réfugiée en ces points toujours irrités, fesses, scrotum, grandes lèvres, parce que, la diathèse étant presque épuisée, il faut, pour qu'elle puisse se manifester, qu'elle soit secondée par les conditions mêmes dépendantes d'un terrain très-favorable, préparé par des irritations plus continues, plus intenses qu'en toute autre région du corps. Cette forme lenticulaire donne des saillies exactement analogues à des lentilles, plus élevées au centre, plus minces à la périphérie : elles s'atténuent du centre à la périphérie, où elles disparaissent en macules plus ou moins bien déterminées. La syphilide lenticulaire guérit toujours spontanément, tandis que la syphilide en plaques, qui guérit quelquefois seule, exige presque toujours un traitement spécial.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur LŒWENBERG.

OBS. 4. — M. X***, compositeur de musique, âgé de quarante et un ans (en 1865), descend de parents qui, pas plus que le malade, ne présentent aucune disposition morbide saillante. Grand fumeur de cigarettes, M. X. souffre depuis longtemps d'une pharyngite chronique, à laquelle peu à peu sont venus se joindre des troubles dans les deux oreilles : surdité d'intensité variable et bourdonnements très-pénibles, spontanés ou bien provoqués par certaines notes de l'orchestre.

Depuis quinze jours, il y a une augmentation des bourdonnements, et il existe des douleurs au fond de l'oreille droite ; la voix du malade y retentit désagréablement ; l'orchestre ne produit plus qu'un bruit confus. Il se déclare enfin un écoulement purulent dont l'apparition coïncide avec un soulagement relatif aux douleurs, mais nul quant aux phénomènes acoustiques.

Le malade se présente à notre consultation le 13 janvier 1865 : l'inspection des oreilles révèle au tympan droit une perforation de la grosseur d'un petit pois, située en arrière du milieu du manche du marteau.

Ma montre (qu'une bonne oreille, dans les mêmes conditions de bruit extérieur, perçoit jusqu'à 1 mètre 25) est entendue à 2 centimètres seulement ; le malade perçoit bien le tic tac de cette montre par les os du crâne, et d'une façon égale par les deux tempes.

Le gosier présente de fortes granulations.

La rhinoscopie révèle l'existence de petites tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, siégeant surtout aux environs des trompes d'Eustache et principalement à droite.

On n'en trouve qu'une seule plus fortement développée qui a le volume d'un haricot, et occupe la place immédiatement au-dessus de l'extrémité supérieure de la cloison nasale.

Traitement. — Tous les jours le cathétérisme des trompes d'Eustache avec insufflation d'air et injection de quelques gouttes de solution aqueuse de sulfate de zinc (au centième). Instillation de la même solution dans le conduit auditif droit, la tête étant penchée horizontalement sur l'épaule gauche, de manière à maintenir le liquide en contact avec la membrane du tympan. Traitement de la pharyngite.

Ces applications thérapeutiques obtiennent rapidement la cessation de l'écoulement et la cicatrisation de la perforation ; l'ouïe se maintient à 38 centimètres pour la montre.

Aussitôt cette otite suppurative intercurrente guérie, le malade reprend ses anciennes habitudes et ne veut entendre parler d'aucun traitement radical, dirigé spécialement contre les végétations et l'otite catarrhale persistante, traitement pourtant si indispensable en pareil cas ! Il se borne à maintenir l'ouïe dans un état tolérable par l'usage du procédé de Politzer, et à faire faire, par un confrère, des cautérisations très-énergiques, mais qui se bornent au pharynx buccal.

La marche ultérieure de la maladie présente des alternatives très-curieuses : depuis la première attaque, l'écoulement reparaît tous les deux ou trois ans à droite, et il se reforme simultanément une perforation toujours exactement au même endroit de la membrane du tympan. Après la cicatrisation, une pellicule excessivement mince remplace ici le tissu de la membrane tympanique, si résistant à l'état normal.

La guérison s'obtient généralement au bout de peu de séances et dure ensuite deux ou trois ans ; puis, reparaissent de nouveau les phénomènes que nous avons décrits. Le dernier épisode de ce genre s'est passé il y a quelques mois seulement ; le même traitement a obtenu rapidement le même succès.

L'oreille gauche du malade est le siége d'un simple catarrhe chronique de la caisse et de la trompe d'Eustache ; *ici aussi* il est impossible d'obtenir un succès absolument stable. Tant que le malade reçoit les soins appropriés à cet état, l'ouïe est suffisamment bonne ; cesse-t-il de se faire traiter, bientôt les symptômes s'aggravent par la persistance, à l'entrée des trompes, des tumeurs adénoïdes, cause première de l'affection auriculaire.

Nous avons eu occasion, depuis, d'observer trois cas offrant beaucoup de ressemblance avec celui que nous venons de relater, excepté l'âge des malades, car c'étaient trois enfants : un garçon de huit ans, un autre de onze ans et une petite fille de huit ans. Tous nous ont présenté à plusieurs reprises des otites moyennes intercurrentes, suivies de perforation de la membrane du tympan, qu'il a toujours été facile de guérir temporairement. Nous avons opéré les végétations chez l'aîné des deux garçons, et, depuis ce moment, la guérison est restée définitive ; l'autre, n'ayant pas été soumis à l'opération à cause du refus des parents, continue à présenter les mêmes alternatives, bien que tempérées par des soins continuels, aussi complets que la persistance des tumeurs nous permet de les donner. La petite fille subit en ce moment des cautérisations destinées à détruire les excroissances.

Mode d'action des tumeurs adénoïdes sur l'oreille. — De quelle façon agissent les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal dans les cas nombreux où elles provoquent des affections auriculaires ? Il nous semble que leur influence peut s'exercer de deux manières différentes : 1° en entretenant, dans le pharynx, une irritation qui se propage facilement à l'oreille moyenne ; 2° en obstruant mécaniquement l'entrée des trompes d'Eustache. Pour ce qui est du premier mode d'action, une inflammation quelconque, aiguë ou chronique, qui a débuté par le pharynx, gagne très-souvent la muqueuse de la trompe d'Eustache, finalement même celle de la caisse. Exemple le plus connu : l'action d'un simple rhume de cerveau.

Il en est de même de l'inflammation qui accompagne toujours les tumeurs adénoïdes de cette région ; son action délétère peut s'exercer sur l'oreille déjà dans la période initiale de l'affection adénoïde et, *à fortiori,* dans un stade plus avancé.

Dans les cas où les végétations parviennent au développement maximum, leur influence peut s'exercer, en outre, conformément à leur deuxième mode d'action, c'est-à-dire en comprimant l'orifice de la trompe d'Eustache, de façon à empêcher le renouvellement de l'air contenu dans la caisse du tympan et dans les cellules mastoïdiennes. Il y aura, dès lors, diminution de volume de cet air par le processus que nous avons décrit sous le nom d'échange *quasi-respiratoire* (1).

A la théorie universellement admise jusque-là, nous en avons substitué une nouvelle basée sur la physique et la physiologie et qu'ont d'ailleurs confirmée les résultats obtenus par deux nouvelles méthodes de traitement qui découlent de cette théorie.

Nous sommes obligé de renvoyer le lecteur à ce mémoire pour ce qui a trait aux conséquences de cette obstruction et à la manière d'y remédier.

Outre cela, l'occlusion de la trompe, par de très-grosses végétations, peut empêcher l'écoulement des produits liquides sécrétés dans l'oreille moyenne dans les cas d'inflammation ; alors la rétention de ces masses amènera la perforation de la membrane du tympan et quelquefois même des désordres encore plus graves. Voir notre observation n° 1 où il s'est même formé un abcès dans l'intérieur de l'apophyse mastoïde.

Pronostic des affections de l'oreille provoquées par les tumeurs adénoïdes. — Les affections auriculaires causées par des excroissances adénoïdes du pharynx présentent, chose importante, un *pronostic en général très-favorable* ; elles offrent, à notre avis, plus de chances de guérison que des affections de l'oreille analogues, mais provenant d'autres causes. La première condition du succès

(1) Suite. — Voir les numéros des 23, 25 mai, 4, 18, 22, 29 juin et 4 juillet.

(1) Voir notre mémoire : *De l'Échange des gaz dans la caisse du tympan ; considérations physiologiques et applications thérapeutiques*, par le docteur Lœwenberg. Paru dans le *Progrès médical*, le 24 février 1877.

est toutefois qu'on enlève au plus vite les tumeurs cytogènes qui les provoquent ou qui, au moins, les entretiennent.

Cela provient évidemment de ce que, dans ces cas, on peut s'attaquer victorieusement à la cause même de l'affection, condition qui manque si souvent dans d'autres groupes de maladies auriculaires.

Si l'on opère de bonne heure, on obtiendra, le plus souvent, une guérison complète et définitive des troubles de l'oreille; mais la guérison deviendra plus problématique si l'on tarde trop à intervenir *manu armata*. Même en opérant aussitôt que possible, il faudra, bien entendu, soigner en même temps l'affection auriculaire selon les principes qui découlent de la nature de chaque cas et du degré de développement auquel il est parvenu.

Opinions des auteurs sur les conséquences délétères de la respiration par la bouche pour l'oreille moyenne. — Nous ne saurions quitter ce sujet sans rappeler les idées émises par plusieurs auteurs quant à l'action nuisible exercée sur la santé et notamment sur l'état des oreilles par la respiration buccale, l'une des principales conséquences de l'affection adénoïde.

Considérons d'abord brièvement l'ouvrage très-connu de M. G. Catlin (1); l'auteur, peintre et voyageur, a longtemps vécu parmi les Peaux-Rouges de l'Amérique du Nord et les a dépeints dans un livre extrêmement curieux. Il y a insisté avec force sur les funestes effets de l'habitude de respirer par la bouche qu'il appelle *malo inferno* ou bien « l'habitude la plus destructive » (*the most destructive of habits*). Sur deux millions d'Indiens que Catlin a examinés, il n'a pas trouvé un seul individu qui respirât par la bouche, ni un seul sourd, excepté trois ou quatre sourds-muets.

En consultant les souvenirs des chefs de 150 tribus jusqu'à dix ans en arrière, aucun d'eux n'a pu se rappeler un compatriote sourd ou seulement dur d'oreille. Cela s'explique, d'après Catlin, par l'habitude qu'ont les mères indiennes de fermer la bouche à leurs enfants chaque fois qu'ils respirent par là. (Voir aussi Niemeyer, *loc. cit.*, p. 29.)

Les conclusions de M. Catlin, qui n'appartient pas au monde médical, ne sauraient être acceptées sans réserve; en admettant même un instant le rôle prépondérant que l'auteur attribue à la respiration buccale dans la production des maladies de l'oreille causant la surdité, il n'en est pas moins vrai qu'il existe, surtout dans l'enfance, bien d'autres causes d'affections auriculaires que celle-ci. Si nous avons rapporté, néanmoins, les conclusions de cet auteur, c'est qu'il a le mérite d'avoir appelé l'attention générale sur ce sujet important.

M. Cassells (*loc. cit.*) insiste d'une façon plus approfondie sur le préjudice que la respiration buccale apporte à *l'intégrité de l'oreille*, et, par là, à la perfection de l'ouïe : lorsque nous exécutons l'expérience qui porte le nom du regretté auriste Toynbee et qui consiste à avaler, en bouchant le nez, l'air contenu dans le pharynx nasal est raréfié; cet effet se fait sentir à travers les trompes, jusque sur la membrane du tympan que la pression atmosphérique extérieure, dès lors prépondérante sur la pression intratympanique, repousse vers l'intérieur (2).

Il en résulte des troubles de l'audition qui persistent jusqu'à ce qu'on rétablisse l'équilibre en avalant, le nez étant ouvert, parce qu'alors l'intérieur de la caisse entre en communication avec l'air ambiant par la voie de la trompe et des fosses nasales et que, par conséquent, les pressions peuvent s'équilibrer facilement. Mais, lorsque le nez est fermé d'une façon permanente, ce rétablissement d'équilibre n'est plus possible; chaque déglutition ne peut qu'aggraver le désordre, et celui-ci devient alors tout à fait durable.

Cette influence de la déglutition chez les individus ayant le nez constamment bouché, sur laquelle M. Lucæ (de Berlin) (1) a insisté principalement, est théoriquement plausible; pourtant nous sommes d'avis que les conditions nécessaires pour causer un tel état de choses ne peuvent se produire que dans les cas où il y a *occlusion rigoureusement hermétique de tous les conduits nasaux*; or, d'après ce qu'il nous a été donné d'observer, les cas où le passage, même du plus mince filet d'air par le nez, est absolument impossible, sont extrêmement rares et ne se présentent que pour des polypes nasaux ou pharyngo-nasaux extraordinairement développés. Dans la plupart des cas, même des plus avancés, de tumeurs adénoïdes pharyngiennes, le nez est assez obstrué pour ne plus donner passage au volume d'air nécessaire à la respiration, mais l'occlusion n'est pas absolue; or, comme il ne faut qu'une voie de communication bien mince pour que l'équilibre des pressions puisse se rétablir en un instant entre deux espaces remplis d'air, un pertuis si petit qu'il soit suffira toujours pour éviter les inconvénients mentionnés ci-dessus.

Il nous semble qu'on a un peu confondu ce processus avec celui de l'échange de gaz par diffusion, pour laquelle, en effet, il faut un temps beaucoup plus long que pour le rétablissement de l'équilibre des pressions.

Pour notre compte, nous croyons donc, en résumé, que la succion opérée au deuxième temps de la déglutition ne peut porter préjudice à l'oreille que dans les cas extrêmement rares d'occlusion hermétique des deux fosses nasales. Ces cas, d'ailleurs, ne sont pas du domaine de l'otologie. En effet, les désordres qui se produisent dans le voisinage du naso-pharynx par suite de l'invasion des polypes nasaux ou pharyngo-nasaux sont beaucoup plus importants que ceux qui résultent pour l'oreille de l'obstruction des voies nasales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports généraux de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Bagnols, Lamalou-le-Haut, le Centre et le Capus, Eaux-Chaudes, Barèges, pour l'année 1876 (commission des eaux minérales);

2° Les comptes-rendus des épidémies observées dans les dépar-

(1) Catlin. *History of the North-american Indians.*

(2) Nous profitons de cette occasion pour rétablir les droits antérieurs d'un auteur auquel on n'a pas reddu la justice qu'il méritait : le premier qui ait émis des idées justes sur les phénomènes ayant lieu dans le pharynx nasal pendant la déglutition, fut M. Maissiat, dont la thèse doctorale (de l'année 1838) renferme une excellente description de cet acte physiologique. Il appuie son opinion, non-seulement sur le raisonnement, mais aussi sur des expériences ingénieuses pour lesquelles, le premier, il s'est servi d'un tube manométrique en verre ajusté hermétiquement à une narine pendant qu'on bouchait l'autre. Il a prouvé ainsi qu'il s'opère au deuxième temps de la déglutition une aspiration vers l'intérieur qui se manifeste aux yeux par le mouvement en dedans d'une gouttelette de liquide colorié, fermant la lumière du tube manométrique. Bien que cet exposé se trouve résumé dans la physiologie de Longet, le manuel classique le plus répandu pendant de longues années, les expériences si concluantes de M. Maissiat ont, pour ainsi dire, passé inaperçues, si bien qu'en 1853 Toynbee (*On the muscles which open the Eustachian tube.* In: *Proceedings of the Royal Society*, 1853) a pu admettre qu'il y ait, au contraire, au moment en question, augmentation de la pression et refoulement de l'air vers l'oreille moyenne. Il a fallu l'intervention de notre ami, M. Politzer, pour rétablir les faits tels que M. Maissiat les avait énoncés; il les a démontrés aussi à l'aide d'un tube manométrique inséré, cette fois, dans le conduit auditif, d'après l'exemple de M. Fick. (*Archives de Müller*, 1850, p. 526 et suiv.)

Il a ainsi prouvé le recul en dedans de la membrane du tympan sous l'influence de la raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne telle qu'elle a lieu au deuxième temps de la déglutition, quand on ferme le nez et la bouche.

Cette diminution de la pression n'est qu'une conséquence de celle qui se fait à ce moment dans le pharynx nasal et qui peut agir dans ces conditions spéciales sur le contenu gazeux de la caisse à travers le canal de la trompe d'Eustache largement ouvert au même instant.

(1) *Archives d'otologie*, 1869, p. 188 et suiv.

tements de la Savoie, de l'Ardèche, de l'Ariège, d'Eure-et-Loir, de la Manche, de Maine-et-Loire, de Meurthe-et-Moselle, de Seine-et-Marne, de la Charente-Inférieure, de l'Isère, des Côtes-du-Nord et dans l'arrondissement de Rochechouart (Haute-Vienne), en 1877;

3° Trois exemplaires de la statistique du personnel médical de la France.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. René Thomas, interne provisoire, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté);

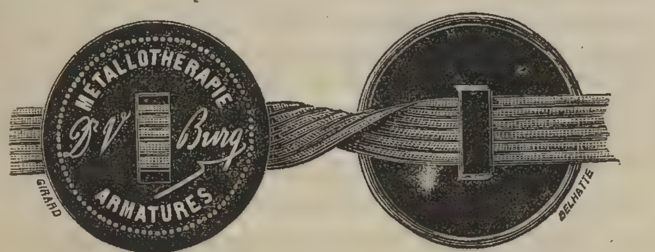
2° Des lettres de remercîment de MM. les docteurs Cassedébat et Fleury, lauréats de l'Académie.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. BÉCLARD, au nom de M. Burq, présente un nouveau système d'armatures métalliques qui a pour avantages :

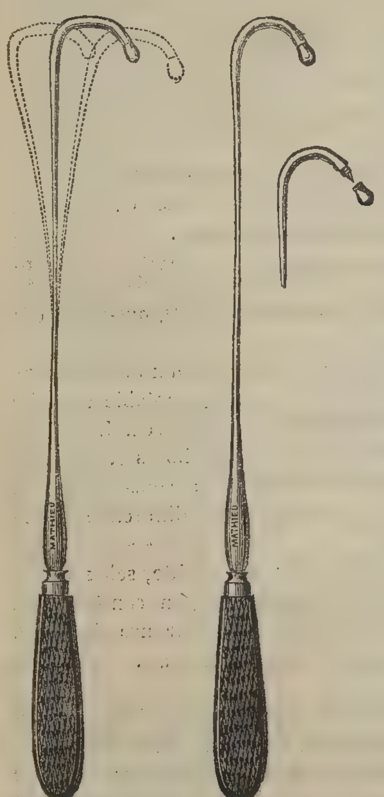
La réduction de tout le système à de simples disques ou flans d'une application facile sur toutes les parties du corps indistinctement, composés *toujours* avec les combinaisons ou les alliages de métaux voulus pour que les applications métalliques aient constamment un summum d'activité qui fait souvent défaut à celles faites avec des métaux pris au hasard dans le commerce;

L'atténuation de l'épaisseur de la matière telle que les appareils



n'occasionnent aucune gêne et que les armatures formées des métaux les plus précieux soient elles-mêmes d'un prix très-bas, ce qui s'obtient au moyen de plaques d'*or* ou de *platine* extrêmement minces, montées sur des culots de soutien en buis, semblables à de gros boutons de manchettes.

La *Gazette* reviendra sur cette communication, à l'occasion d'une conférence récente sur la métallothérapie, faite à la Pitié par le docteur Burq sur l'invitation de M. le professeur Lasègue, qu'elle publiera très-prochainement.



M. TARNIER met sous les yeux de l'Académie, au nom de M. le docteur Delore, un crochet d'accouchement à tige flexible, présentant sur l'ancien les avantages suivants :

Le crochet à tige rigide employé en obstétrique a l'inconvénient d'être difficile à manœuvrer dans la cavité de l'utérus, parce que le canal à parcourir est courbe et que le fœtus présente des surfaces convexes. De là, des déplacements du fœtus et des contusionnements.

L'application sur le point fœtal que l'on désire est impossible, si ce point est plus éloigné de la tige rigide que la pointe, car alors la tige repousse le fœtus.

Ces divers inconvénients ont donné à M. le docteur Delore l'idée de faire construire, par MM. Mathieu fils, un crochet flexible.

La tige, flexible comme un fleuret, a 30 centimètres de long. Elle peut s'incurver dans tous les sens et être portée au fond de l'utérus.

Le crochet, suivant les indications, peut être aigu ou mousse. Il sera utilement appliqué : 1° sur la cuisse, pour aider les versions difficiles; 2° sur le pied resté au fond du vagin pendant une version; 3° sur le pli de l'aine dans les présentations pelviennes; 4° dans tous les cas, enfin, où l'on emploie le crochet aigu.

Pour appliquer l'instrument on le fait glisser à plat sur l'avant-bras et la main qui, en pressant sur lui, donnent la courbure désirable; avec les doigts on l'applique au point choisi.

La légèreté de cet instrument le rend d'un maniement bien supérieur à celui du crochet rigide.

M. DEVERGIE, à propos du procès-verbal, tient à rappeler quelle est la véritable origine de la mesure administrative d'après laquelle on distribue les femmes en couches chez des sages-femmes, au lieu de les garder dans les hôpitaux. Cette mesure a été proposée, il est vrai, par M. Depaul en 1858, mais rien n'avait été fait en 1866, lorsque, dans le sein du grand comité consultatif qui fonctionnait alors auprès du ministère de l'intérieur, et auquel on doit à peu près toutes les améliorations réalisées dans les services hospitaliers, Malgaigne fit, sur cette question, un rapport qui impressionna certainement M. Husson. C'est postérieurement à ce rapport que cette réforme est entrée dans le domaine de la pratique.

M. DEPAUL ne conteste pas qu'il en soit ainsi; seulement il est certain que non-seulement il en a parlé devant l'Académie en 1858, mais qu'il a insisté, à diverses reprises, auprès de M. Husson lui-même sur les avantages qu'il y aurait à agir ainsi.

DISCUSSION SUR LA MÉTHODE GRAPHIQUE.

M. COLLIN, développant les observations qu'il a déjà faites sur ce sujet, s'attache à établir :

1° Que, sauf quelques détails, la plupart des acquisitions attribuées à la méthode graphique étaient anciennes et dues à l'observation directe ou aux procédés ordinaires de l'expérimentation;

2° Qu'ils étaient simplement confirmés, contrôlés par les tracés;

3° Qu'enfin la graphique était loin de donner toujours des résultats exacts, sûrs et d'une facile interprétation.

Il prend comme exemple :

1° Ce qui a trait aux allures du cheval, allures parfaitement connues avant que la méthode graphique fût appliquée à leur étude;

2° L'étude des mouvements du cœur par le moyen du cardiographe, étude qui a été l'objet d'un rapport très-favorable de M. Gavarret, mais n'a introduit en réalité que des hypothèses très-contestables à côté de vérités connues;

3° L'étude de la rumination. Cette étude avait été faite expérimentalement par M. Colin sur un taureau, au premier estomac duquel il avait pratiqué une grande fenêtre, qui lui permettait d'introduire la main dans cet organe et d'en explorer les recoins. Par ce moyen il avait pu constater que la cavité de la panse avait trois étages distincts : le supérieur plein de gaz, l'inférieur plein de liquide, et l'intermédiaire d'aliments flottants sur la masse liquide; que les contractions de l'estomac, réputées jusqu'alors faibles et lentes, s'exerçaient par intervalles avec une grande énergie, qu'elles brassaient la masse alimentaire, mêlaient les fourrages avec les liquides, les chassaient par moments du diaphragme vers le bassin du sternum, vers les lombes, ou réciproquement. Lorsque la main était engagée pendant le repas dans le compartiment antérieur du viscère, on sentait le cardia s'ouvrir, le bol régulier et visqueux violemment chassé, etc., de telle sorte que l'on pouvait se rendre compte de chacun des estomacs, du degré de resserrement et de dilatation des orifices par lesquels ils communiquaient entre eux. M. Colin, immobilisant par une suture permanente les lèvres du demi-canal œsophagien, auquel on faisait jouer un grand rôle, vit l'animal ruminer quand même. Il étudia et analysa l'acte dans chacune de ses fonctions, celle de l'orifice cardiaque, de l'œsophage, des puissances auxiliaires, diaphragme et muscles abdominaux, celle enfin des mâchoires et des glandes salivaires.

Eh bien! quand M. Marey a voulu procéder à une nouvelle exploration avec ses procédés graphiques, chose remarquable, avant de donner ses tracés, il a commencé par prendre à M. Colin toutes ses observations les unes après les autres; il a dit ainsi :

Il n'y a pas d'appareil formant des pelotes.

Pas de pelotes formées.

Les aliments sont envoyés à la bouche en bouffées, sous forme de bouillie. L'eau qui les accompagne redescend en ondées successives, etc., etc.

Puis il attribua au thorax un rôle considérable dans la rumination. Or le thorax, en réalité, n'y joue aucun rôle. M. Colin s'en assura par la méthode expérimentale en ouvrant largement la tranchée et paralysant le diaphragme de manière à mettre le thorax dans l'impossibilité de faire le vide. Or la rumination ne s'en opérait pas moins.

Ceci permet de juger de toute la méthode. S'approprier les résultats déjà acquis et y ajouter quelque vue très-hypothétique, telle est la manière habituelle dont on procède actuellement.

M. MAREY demande la parole; mais, l'ordre du jour étaut très-chargé, la suite de la discussion est remise à mardi prochain.

COMMUNICATION.

M. PASTEUR communique la note suivante :

« L'Académie se rappelle que, en mon nom et au nom de MM. Joubert et Chamberland, je lui ai annoncé récemment qu'on pouvait provoquer le charbon chez les poules en les refroidissant, résultat facile à obtenir, si l'on fait plonger les parties inférieures du corps dans de l'eau plus froide que le corps de l'animal. Il y avait à ces recherches une contre-partie naturellement indiquée et d'un puissant intérêt. S'il est possible de donner le charbon aux poules par un simple refroidissement, ne serait-il pas possible de les guérir en les réchauffant à temps? Cet espoir est fondé, l'expérience le démontre.

Lorsque, après avoir inoculé une poule et provoqué le charbon, déjà à un degré avancé, par le refroidissement, on vient à la réchauffer, sa guérison a lieu dans les meilleures conditions.

On peut donc considérer comme définitivement établi :

1° Que les poules sont réfractaires au charbon;

2° Que les poules refroidies contractent facilement le charbon;

3° Que les poules chez lesquelles on a déjà développé le charbon largement par un abaissement de température peuvent se guérir complètement si on vient à les réchauffer. La bactéridie se résorbe alors, comme cela a lieu dans le cas visé par la première proposition.

La guérison n'a pas réussi seulement lorsque le sang était déjà fort envahi par les bactéridies charbonneuses, et dans les diverses heures de la vie.

DISCUSSION.

M. COLIN exprime quelques doutes sur les résultats annoncés.

M. PASTEUR rappelle que ces résultats sont en contradiction avec une note présentée par M. Colin dans la séance du 14 mai. Il rend plein hommage au mérite de M. Colin, *homme consciencieux et habile,* mais il lui reproche d'avoir la passion de trouver les autres en défaut, en même temps que la passion de contrôler ce que font les autres. C'est par cette passion qu'il explique les contradictions opposées à ses recherches par M. Colin en ce qui touche le charbon de la poule. Les expériences de M. Pasteur étaient concluantes.

Pour refroidir les poules, il les avait plongées jusqu'à une certaine hauteur dans de l'eau n'ayant que 25 degrés ou environ, et, lorsque la température de ces poules s'était abaissée de trois à quatre degrés, elles devenaient aptes à contracter le charbon et à en mourir. On trouvait alors les bactéridies en grandes quantités dans leur sang et tous leurs organes. M. Colin n'avait qu'à suivre la même méthode et il serait parvenu au même résultat. Mais il a voulu se tromper lui-même, il a procédé autrement. Il a refroidi une poule jusqu'à 39 degrés, puis il s'est arrêté, de peur, a-t-il dit, de voir mourir cet animal.

M. COLIN. — Oui, de le voir mourir de froid.

M. PASTEUR. — Il a donc refroidi un peu, pas assez pour que le fait se manifeste, assez cependant pour se croire autorisé à faire un raisonnement tout à fait inadmissible. La méthode est donc condamnable, en ce qu'il se trompe volontairement.

M. COLIN a renouvelé les expériences de M. Pasteur sur un grand nombre d'animaux à plumes ou à poils. Il s'est servi généralement d'eau à 7, 8 ou 9 degrés. Toutes les fois que le refroidissement dépassait certaines limites chez les animaux qu'il y plongeait, ces animaux mouraient de froid, les poules et les pigeons au bout de quelques heures, les chiens et les chats beaucoup plus vite. Les chats surtout peuvent être tués quelquefois en une demi-heure par l'immersion de leur corps dans l'eau froide. Ceci posé, M. Colin a voulu voir si les animaux refroidis, suffisamment pour que leur existence n'en fût pas compromise. contracteraient le charbon, comme l'avait prétendu M. Pasteur. Jamais il n'a vu ce fait se produire. On trouvait bien des bactéridies dans leur sang et dans leurs tissus, mais c'étaient les bactéridies introduites par l'injection hypodermique qu'on leur avait faite, et la preuve en est qu'ils ne mouraient pas. M. Colin possède encore de ces animaux inoculés à plusieurs reprises, entre autres un couple de pigeons qui couvent en ce moment.

M. PASTEUR ne peut pas comprendre que M. Colin n'ait pas observé ce qu'il avait observé lui-même. Le fait est si constant, si régulier, d'une constatation si *bête* pour ainsi dire, qu'il n'y a pas besoin de toute l'habileté de M. Colin pour reconnaître que les poules inoculées de liquides charbonneux et maintenues refroidies meurent bien du charbon en présentant tout autant de bacteridies dans leurs organes que les lapins, les bœufs, les moutons inoculés.

M. JULES GUÉRIN voudrait adresser une seule question à M. Pasteur : Quand et comment guérissent les poules inoculées que l'on réchauffe?

M. PASTEUR. — Voici ce qui se passe quand on inocule une poule qu'on n'a pas refroidie. Les bactéridies introduites par l'injection dans le tissu cellulaire se retrouvent vers le point de l'inoculation durant quelques heures. Mais bientôt elles deviennent granuleuses, elles se dissocient, elles se résorbent. On n'en retrouve pas sur un autre point de l'animal, ni dans le sang. Quand, au contraire, la poule a été refroidie, les bactéridies se multiplient et pénètrent tous les tissus. On en retrouve bientôt jusqu'au sommet de la crête. A partir de ce moment, la poule n'a plus que quelques heures à vivre si on la maintient refroidie. Si on l'enveloppe de ouate, si on la porte dans un four chauffé à 38 ou 39 degrés, bientôt elle reprend sa température naturelle, et alors on voit se passer chez elle ce qui se passe chez une poule qui n'a pas été refroidie après une inoculation.

Les bactéridies deviennent granuleuses, se dissocient et se résorbent. Bientôt la poule est complètement remise, elle reprend toutes ses habitudes et mange comme à l'ordinaire.

COMMUNICATION.

M. RICHE lit une note intitulée : *Recherches sur le sous-nitrate de bismuth.*

Ces recherches ont été entreprises à l'occasion d'un travail dans lequel M. Ritter signalait la présence d'une très-notable quantité de plomb dans le sous-nitrate de bismuth du commerce. L'École de pharmacie, émue de cette assertion, chargea MM. Bouis et Riche de faire une étude complète des échantillons de sous-nitrate de bismuth qui furent recueillis à cet effet dans différentes pharmacies.

Le plomb a d'abord été chassé à l'état de sulfate, selon la méthode de M. Ritter. Mais, à l'analyse du précipité, on constata qu'il renfermait bien autre chose que du plomb. On y trouva du sable, de la silice, de l'amyle, de l'oxyde de fer, de la chaux à l'état de carbonate et du sulfate, etc.

La proportion de plomb s'élevait rarement à un millième, au lieu d'atteindre un centième et plus, comme l'avait dit M. Ritter.

M. Riche se demanda ensuite s'il ne serait pas possible d'obtenir u sous-nitrate de bismuth à peu près pur avec un métal contenant

de fortes proportions de plomb. C'est facile en se conformant strictement aux prescriptions de notre codex, c'est-à-dire en faisant usage d'une eau, sinon distillée, du moins pure autant que possible de sulfates, pour obtenir le sel métallique. L'eau commune de Paris est bonne pour cet usage. Mais, quand on additionne l'eau dont on se sert, soit d'ammoniaque, soit de carbonate de soude, comme on le fait souvent, le plomb cesse d'être éliminé. C'est donc une très-mauvaise pratique.

L'eau de puits, très-riche en sulfate, introduit d'autres impuretés.

Il faut encore tenir compte d'une autre considération.

Lorsqu'on emploie de l'eau très-pure dans la préparation du sel de bismuth, la proportion d'acide azotique peut s'élever jusqu'à 15 pour 100; elle n'est que de 2 à 10 pour 100 quand on se sert d'eau ammoniacale; de 1 à 2 pour 100 avec l'eau de puits. Or cette proportion d'acide peut ne pas être indifférente pour l'action du sel.

En effet, diverses théories ont été émises pour expliquer le mécanisme suivant lequel le sous-nitrate de bismuth est par excellence un anti-diarrhéique.

Les uns voient en lui un simple absorbant, mais les autres poudres absorbantes ne l'égalent pas en efficacité, d'autres surtout un anti-acide; mais, au contraire, en présence de l'eau il dégage un certain excédant d'acide nitrique et d'ailleurs il n'absorbe pas d'acide carbonique. Du reste M. Gubler, qui a fait des tentatives pour le remplacer par du carbonate de chaux, du carbonate de fer, de l'oxyde de zinc, n'indique pas qu'il ait obtenu d'heureux résultats de cette substitution.

Le sous-nitrate de bismuth ne contient plus aujourd'hui d'arsenic. On ne peut donc plus attribuer son action à quelques traces de ces métalloïdes.

Mais, comme l'a remarqué M. Bouchardat, c'est un excellent absorbant pour l'hydrogène sulfuré, lequel met alors en liberté une proportion équivalente d'acide azotique. M. Regnaud explique par la présence de cet acide à l'état naissant l'action du sel; ce serait à vérifier. En attendant, il serait bon de tenir la main à ce que l'on se conformât strictement aux précautions recommandées par le codex pour préparer le sous-nitrate de bismuth.

DISCUSSION.

M. GUBLER a fait en effet quelques tentatives pour trouver un succédané au sous-nitrate de bismuth, alors que ce produit était d'un prix excessif. Ce qui lui a le mieux réussi, c'est l'oxyde de zinc mélangé avec un peu de carbonate de chaux et donné à très-hautes doses. L'inconvénient, c'est que l'oxyde de zinc trouve, dans l'estomac, de l'acide lactique avec lequel il peut former un sel dont l'action est vomitive. Mais autrement il remplit très-bien le rôle du sous-nitrate de bismuth, lequel agit à la fois comme absorbant et comme anti-acide, surtout par rapport à l'acide sulfhydrique.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre et discuter le rapport sur les titres des candidats à une place vacante dans la section des associés libres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'apprendre que M. le docteur Léon Labbé, atteint il y a quelques semaines d'un érysipèle de la face, est aujourd'hui complètement rétabli.

—A la suite du concours ouvert le 3 juin, M. le docteur Jules Locquin a été nommé chirurgien adjoint de l'hôpital général de Dijon.

Contribution à l'étude des encéphalopathies d'origine cardiaque, par le docteur LIMBO. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et C°.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 81. — SAMEDI 13 JUILLET 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 13 JUILLET 1878. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pleurésie durant la grossesse. Thoracentèse. Guérison.

Depuis quelques années on se préoccupe beaucoup des conséquences de l'état de gestation relativement aux maladies intercurrentes et aux opérations que la femme peut subir.

Le regretté professeur Lorrain, dans une discussion célèbre à la Société médicale des hôpitaux, faisait rentrer cette condition au nombre de celles qu'il réunissait sous le vocable d'*état génital* à propos des arthrites vulgairement nommées *rhumatismes blennorrhagiques*.

Suivant lui, la femme gravide est, dans une certaine mesure, comparable à la femme en couches par la tendance à faire du pus.

La dernière fois que je le vis, bien peu de temps avant sa mort subite, revenant sur ce sujet, il fit passer au spéculum toutes les femmes enceintes de son service de la Pitié pour me montrer que toutes présentaient, d'une façon plus ou moins accusée, une leucorrhée purulente, qu'il considérait comme résultant directement de la grossesse.

Dans cet ordre d'idées, plus tard, M. Verneuil a posé la question de savoir jusqu'à quel point la grossesse pouvait influer sur les traumatismes, et, réciproquement, les traumatismes, sur la marche de la grossesse.

Cette question, M. Guéniot en a fait l'objet d'un mémoire, lu en 1876 à la Société de chirurgie, et dans lequel il paraît disposé à se moins inquiéter de l'état de gestation que ne tendait à le faire M. Verneuil, alors qu'il s'agit d'opérer une femme enceinte.

Régulièrement, suivant lui, le traumatisme n'influe pas directement sur l'utérus gravide, s'il ne siège pas dans la région même des organes génitaux, et, inversement, l'influence de la gravidité sur les résultats d'un traumatisme ne dépasse pas cette région.

Dans les faits que M. Guéniot a rassemblés et qu'il invoque, il y a bien des opérations de divers genres, mais pas une seule thoracentèse.

Or, c'est précisément au sujet de la thoracentèse à pratiquer pour une pleurésie chez une femme enceinte que l'on aurait pu concevoir le plus de doutes.

En effet la plèvre est une des séreuses souvent affectées dans la purulence des femmes en couches; c'est une de celles qui, par conséquent, pourraient se ressentir de l'état génital d'après les idées de Lorrain.

Pour démontrer que, dans de telles conditions, on pouvait encore impunément lui faire subir un traumatisme, il fallait des preuves expérimentales.

A ce point de vue, l'observation d'une malade traitée dernièrement par M. Duguet à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres, présente un réel intérêt. Nous la résumons d'après des notes que l'interne de ce service a eu l'obligeance de nous fournir.

Il s'agit d'une femme âgée de trente ans, entrée salle Saint-Jean n° 22, le 5 juin dernier, étant alors enceinte de six mois et demi. Depuis trois jours elle se plaignait d'un grand malaise, d'un état de faiblesse qui ne lui permettait aucun travail; elle éprouvait de petits frissons irréguliers et un peu d'oppression. Pourtant on ne trouvait rien encore du côté des poumons, et du côté du cœur on entendait seulement, vers la pointe, un léger souffle systolique, signe d'une insuffisance mitrale déjà ancienne. Comme commémoratifs, la malade n'accusait que des coliques hépatiques et des jaunisses assez fréquentes. Il n'y avait pas d'embarras gastrique, pas de dyspnée, de gêne ni d'angoisse précordiale. La poitrine était un peu rétrécie et déprimée du côté gauche, ce qui tenait à une scoliose congénitale ou à peu près. L'utérus avait pris le développement normal, correspondant à la date indiquée de l'imprégnation, et il remontait jusqu'à l'ombilic.

Deux jours plus tard, l'état général était resté le même; la malade n'éprouvait aucune douleur vive sur aucun point de la poitrine, mais une certaine gêne, un peu de malaise vers la base du poumon gauche; et en effet, à gauche, en arrière, avec une grande attention, on découvrit un peu de matité, quelques frottements, un peu de diminution du bruit respiratoire.

C'était le commencement d'une pleurésie qui se développa rapidement malgré l'application immédiate d'un large vésicatoire.

Nous ne suivrons pas jour par jour l'histoire de cette malade. Qu'il nous suffise de dire que, le 13 juin, moins de huit jours après le début de la pleurésie, l'épanchement s'élevait en arrière jusque vers l'épine de l'omoplate, en avant jusque sous la clavicule, que le cœur était refoulé à droite de telle sorte que sa pointe battait presque sous le sternum, que la

dyspnée était très-forte; l'amplitude des mouvements respiratoires étant diminuée par le développement de l'utérus gravide qui mettait obstacle à l'abaissement du diaphragme, et le poumon gauche étant le siège d'une congestion, caractérisée par des râles fins et qui, l'empêchant de s'affaisser, forçait le liquide à s'étaler en nappe. M. Duguet jugea que la thoracentèse devenait indispensable. Il la pratiqua séance tenante, avec l'appareil de Potain, et il retira un peu plus d'un litre d'un liquide vert foncé, d'une couleur semblable à celle de l'absinthe, et qui était très-riche en fibrine. Ainsi qu'il faut toujours le faire, quel que soit l'appareil que l'on mette en usage, M. Duguet s'arrêta avant que la plèvre ne fût complètement vidée. Il resta donc en bas un peu de matité, un peu d'affaiblissement du bruit respiratoire; partout ailleurs, en avant, latéralement, en arrière, la sonorité était revenue et la respiration s'entendait sous l'oreille.

Il n'y avait pas eu de quintes de toux. La malade se sentait très-soulagée; on lui prescrivit une potion de Todd.

Tout allait très-bien, le reste du liquide semblait se résorber avec rapidité, lorsque, le 16, la malade se leva et prit froid. La matité reprit alors pendant trois jours une marche ascendante, mais l'épanchement, étalé en nappe, était cette fois bien supporté. A partir du 22 juin, jour où l'on plaça un vésicatoire, alors qu'il était déjà stationnaire, il recommença à diminuer, et dès lors l'amélioration fut progessive et ininterrompue. Il ne reste plus aujourd'hui, depuis plusieurs jours déjà, que quelques râles fins de congestion, à la base, surtout en arrière.

La grossesse poursuit son cours de la façon la plus normale.

Ce fait n'est pas le seul de ce genre qu'ait observé M. Duguet. Déjà, en 1875, remplaçant Axenfeld à l'hôpital Beaujon, il eût l'occasion de pratiquer la thoracentèse sur une femme, âgée de trente-huit ans environ, enceinte de six mois et demi, atteinte d'un épanchement considérable du côté gauche, refoulant le cœur à droite, et qui guérit très-bien, sans récidive, à la suite de cette seule ponction.

D'une autre part, M. Dieulafoy m'a dit avoir obtenu, chez plusieurs femmes qui se trouvaient dans un état de grossesse avancé, des résultats exactement semblables, la guérison complète, sans récidive, d'une pleurésie, à la suite d'une simple thoracentèse.

Il paraît donc établi désormais que la grossesse n'est pas une contre-indication pour la thoracentèse;

Que ce n'est pas non plus une cause bien efficace de purulence pour la pleurésie;

Que la gestation n'est troublée, ni par la maladie, ni par l'opération; du moins dans les cas ordinatres, car il faut toujours tenir compte, ainsi que l'a fait très-bien, du reste, dans son mémoire, M. Guéniot, de l'impressionabilité exceptionnelle de certaines femmes, impressionnabilité telle que la moindre secousse, le moindre choc, la moindre émotion, le moindre ébranlement, physique ou moral, peut suffire pour amener chez elles un avortement.

Il ne faut donc pas s'exagérer les conséquences de l'*état génital*, quand cet état n'est pas autre chose que l'accomplissement pur et simple d'une fonction physiologique.

Les théories de Lorrain peuvent avoir du bon; mais, avec sa nature d'esprit primesautière et paradoxale, il les poussait d'abord aux dernières limites, leur donnant un puissant relief par une habile mise en scène; et, en général, il est plus sûr d'en retrancher que d'y ajouter quelque chose.

Parmi les éléments de l'état génital, à côté de la grossesse, figurent la lactation, la menstruation, puis la blennorrhagie, puis l'état puerpéral.

Sont-ce là, en effet, seulement des modes divers ou des degrés divers d'une même cause efficiente ou d'une même influence?

A cette question, posée par Lorrain, on peut hésiter à répondre aussi affirmativement que lui.

Je doute même que la leucorrhée soit aussi développée, aussi universelle chez les femmes enceintes, bien portantes et qui vivent dans d'excellentes conditions hygiéniques, que chez celles qu'il m'a fait voir dans son service d'hôpital.

Une nouvelle discussion sur les conséquences pathogéniques de la grossesse, non plus devant la Société médicale des hôpitaux ou la Société de chirurgie, mais devant l'Académie de médecine, afin que médecins, chirurgiens et accoucheurs pussent y prendre part, serait certainement aujourd'hui fort bien venue et fort instructive.

Nous parlerons prochainement, avec quelques détails, d'une trachéotomie pratiquée pour une affection diphthéritique, dans le service de notre cher maître, M. Guéneau de Mussy, chez une femme enceinte qui a guéri, et dont la grossesse n'a été troublée ni par la maladie ni par l'opération.

M. Guéniot, dans son mémoire, rapportait trois cas de trachéotomie pratiquée chez des femmes enceintes, dont une seule avait avorté, et encore l'opération ne paraît-elle pas avoir été, au moins directement, la cause de cet accident.

Sulfate de quinine contre la pyogénie.

Le sulfate de quinine possède-t-il vraiment une action spéciale contre l'élément pyogénique? Peut-il, au fur et à mesure, au moins dans une certaine limite, combattre les effets de l'absorption du pus?

Notre très-cher maître, M. Guéneau de Mussy, en est persuadé, et il n'hésite pas à maintenir durant des semaines et des mois l'administration du sel quinique chez des malades qui, faisant du pus, ont des frissons, de la fièvre, des sueurs profuses.

Tel a été le cas chez une malade couchée au n° 14 de la salle Sainte-Madeleine, à l'Hôtel-Dieu, et qui, durant près de deux mois, du 25 avril au 15 juin, sans une courte interruption de quatre jours, du 9 au 12 juin, a absorbé quotidiennement des doses de sulfate de quinine variant de 75 centigrammes à 1 gramme.

Cette femme, au sujet de laquelle M. Guéneau de Mussy a bien voulu nous confier les notes qu'il a fait recueillir par un de ses élèves, était accouchée à la Maternité le 3 mars; l'accouchement fut facile, mais dès le lendemain elle éprouva dans la fosse iliaque droite une douleur vive.

Huit jours après, c'est-à-dire le 11 mars, elle fut reçue à l'Hôtel-Dieu. Le 12, elle eut un long frisson avec claquement de dents : on reconnut l'existence d'un phlegmon du ligament large du côté droit. Ce phlegmon avait presque disparu, et la malade était considérée comme à peu près en convalescence lorsqu'un matin, le 15 avril, elle se plaignit d'une douleur très-violente vers la région sus-hépatique, douleur qui appela l'attention sur la poitrine et fit reconnaître l'existence d'un épanchement pleurétique du côté droit. Cet épanchement était enkysté et, en avant de lui, la percussion produisait un bruit tympanique. Le 25, à l'auscultation, on perçut un souffle amphorique tellement intense que l'on aurait cru à une vaste caverne. Les crachats étaient nummulaires, manifestement purulents. Mais la toux était pleurétique, saccadée, quinteuse, fatigante, et M. Guéneau de Mussy s'arrêta à l'idée d'une pleurésie interlobulaire enkystée, purulente, se

vidant par les bronches. La pectoriloquie aphone était très-nettement accentuée.

La suite de cette observation peut se résumer en peu de mots. Il s'était formé un pneumothorax, et, sous l'influence du pus qui s'était sécrété dans la plèvre, on vit se développer tous les phénomènes de la fièvre hectique. A plusieurs reprises, dans le courant du mois, il y eut de violents frissons ou des sueurs profuses. Le 8 juin, apparut une éruption morbilliforme, pyogénique, plus forte le matin que le soir, ne produisant pas de démangeaisons, éruption qui dura huit jours.

La malade commençait déjà à se lever. Les symptômes locaux s'étaient amendés peu à peu; ils étaient maintenant réduits à un bruit de souffle peu marqué, depuis environ deux semaines. Le pus avait disparu des crachats. On suspendit une première fois le sulfate de quinine le 9 juin, mais le 13 un nouveau frisson très-violent obligea encore à le reprendre. Trois jours après, la fièvre n'avait pas reparu. L'éruption s'était effacée. On constatait dans les urines un léger nuage d'albumine, et, comme les sels quiniques ont été accusés de produire l'albuminurie quand on en fait usage trop longtemps, on y renonça alors définitivement. La malade était en convalescence, le bruit de souffle devenait de plus en plus léger. On ne retrouva d'albumine dans les urines que durant quelques jours; dès le 27, il n'en subsistait plus la moindre trace.

Aujourd'hui la malade est complètement guérie. Plus de frisson, de fièvre ni d'albuminurie; le souffle a complètement disparu.

L'observation, dont je n'ai fait qu'esquisser les traits saillants, est fort intéressante.

En effet, c'est sous l'influence de l'état puerpéral qu'on a vu se développer d'abord un phlegmon de ligament large du côté droit, puis, du même côté, une pleurésie purulente, interlobulaire, enkystée, à marche insidieuse. Le pneumothorax une fois produit, la malade avait à lutter contre une cause d'infection permanente; les violents frissons, qui se répétaient à courts intervalles, pouvaient faire penser qu'elle succomberait dans cette lutte. Pourtant elle a fini par guérir, ayant pris, tantôt en lavement, tantôt par la bouche, des doses quotidiennes de sulfate de quinine toujours élevées, tantôt 1 gramme, tantôt 75 centigrammes.

Est-ce à ce traitement qu'elle doit d'avoir résisté à la fièvre hectique? C'est assez probable, et, comme, après tout, on ne connaît pas de meilleur remède, il sera sage d'en essayer en pareil cas. L'inconvénient d'une albuminurie passagère est bien peu de chose, et ce fut le seul qu'on notât chez cette malade.

Deux formules de la Charité.

Contre ce genre de vomissements, qu'on nomme vomissements nerveux parce qu'ils ne répondent pas à une lésion d'organe, il est déjà bien des formules; mais combien souvent elles échouent! On ne peut donc pas dire qu'une de plus soit de trop, surtout quand elle a fait ses preuves entre les mains d'un praticien aussi distingué que M. Empis.

Voici celle que ce maître emploie journellement et qui lui réussit; j'ai pu le constater chez une femme récemment entrée à la Charité, dans son service.

Il prescrit de faire bouillir pendant quelques minutes un mélange composé de :

Strychnine	1 centigramme,
Alcool	1 gramme,
Eau	99 grammes,

puis de jeter le tout sur un filtre de papier qui retient la strychnine non-dissoute. Les chimistes prétendent que cet alcaloïde est complètement insoluble dans l'eau ainsi alcoolisée; l'un d'eux même défie M. Empis de trouver jamais le moindre changement de poids dans celle qu'il recueillerait sur le filtre. Pourtant le liquide passé a une très-grande amertume et qui prouve bien qu'il a dissous quelque chose.

Ce liquide, M. Empis le fait prendre généralement à la dose de trois cuillerées à bouche dans la journée.

Il n'est pas rare de voir, dès la première, les vomissements se suspendre.

Je sais bien que, lorsqu'il s'agit de phénomènes nerveux, on a toujours à craindre que le changement ne se soit produit spontanément, à une occasion, et, pour ainsi dire, sous un prétexte quelconque. J'en ai vu récemment un bel exemple dans le service de M. Blachez. Une jeune fille de quinze ans, non réglée, demeurant chez ses parents, qui sont maraîchers et l'occupent à de petits ouvrages, fut prise subitement, en raclant des légumes, d'une chorée assez violente pour l'empêcher même de parler distinctement. On l'amena à l'hôpital, où elle ne subit aucun traitement. Dès le soir même elle était guérie. Elle rentra chez elle, y fut reprise de chorée, revint à l'hôpital, et guérit de nouveau dans les vingt-quatre heures sans avoir rien pris. Si on l'eût traitée, quel succès rapide!

Mais, comme le remède de M. Empis est parfaitement innocent, rien n'empêche d'en essayer à l'occasion.

Un autre moyen, non moins anodin, mais également très-efficace, à ce qu'il paraît, est conseillé par M. Laboulbène pour détruire les oxyures ou petits vers filiformes qui, fixés dans les plis de l'anus, occasionnent des démangeaisons si insupportables et dont il est si difficile de se débarrasser. Ce moyen consiste en des lavements de sirop ou de glycérine. Tout oxyure touché par ces liquides éclate aussitôt, et, comme ils n'ont rien d'irritant, on peut les renouveler assez fréquemment pour ne pas laisser subsister un seul adulte, et par conséquent pour détruire la race dès que tous les œufs déposés antérieurement se trouvent avoir éclos.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Besnier.

Du xanthome.

Un heureux hasard nous donne l'occasion d'examiner aujourd'hui un malade atteint d'une affection très-rare, surtout dans notre pays; je laisse de côté le programme de ma clinique et m'empresse d'attirer votre attention sur cette curieuse maladie, dont nous ne possédons encore, à notre musée, qu'un ou deux exemples.

Il s'agit d'une affection caractérisée par deux ordres de lésions :

Des plaques jaunes disséminées sur toutes les parties du corps, notamment sur les paupières, les tempes, les joues, la région dorsale du nez, la nuque; elles peuvent aussi se rencontrer sur les surfaces muqueuses du système vasculaire, sur l'endothelium des artères, sur l'endocarde de l'oreille gauche, où elles déterminent une lésion tout à fait analogue à l'athérome.

2° Des tumeurs, des saillies, des tubérosités ayant aussi la même nature que ces plaques, occupant les mêmes régions

de tout le corps, mais spécialement la face interne des mains, la paume des mains et la plante des pieds ; elle peut aussi se développer dans les viscères, on rencontre des tumeurs analogues dans le foie.

Quoique cette maladie soit peu fréquente en France, c'est à Rayer que l'on en doit la première description : il a consigné dans son atlas un exemple de cette affection ; comme il ne laissait échapper aucun cas pathologique, il l'a recueilli, mais, ne sachant comment le classer, il se contenta de le désigner sous le nom de « plaques jaunâtres des paupières », laissant à l'avenir le soin d'éclairer la nature de cette lésion.

Ses planches attirèrent l'attention des médecins d'Angleterre, où cette maladie est plus fréquente : dès lors on observa la maladie avec soin. Les premiers travaux datent de 1851 ; Addison fit bien remarquer que la maladie comprenait deux types, des plaques et des tumeurs, c'est-à-dire une forme plane et une forme saillante. On la désigna alors sous le nom de « *vitiligo idea* » ou espèce de vitiligo ; à cette époque où l'on ne réservait pas le nom de vitiligo spécialement à une affection dyschromateuse de la peau comme on l'a spécifié aujourd'hui, et où le mot de vitiligo comportait une sorte de lésion tuberculeuse, on comprend que l'expression parut exacte à ces observateurs. Elle ne l'est plus aujourd'hui. Enfin, on avait établi les deux types de l'affection : *plana, tuberosa.*

Erasmus Wilson lui donna trois noms successivement : il la désigna d'abord sous le même nom que Rayer, dont il ne fit que traduire en latin la dénomination, *laminæ flavæ cutis*, puis il leur donna le nom de *molluscum sebaceum*, enfin il s'arrêta au terme de *xanthelasma*, mot tiré du grec et qui ne signifie pas autre chose que lame jaune.

En 1868, William Smith simplifia cette désignation, incomplète d'ailleurs puisqu'elle ne se rapportait pas aux deux formes à la fois, et proposa de la remplacer par le mot plus exact et plus intelligible de *xanthome*.

Virchow s'occupa aussi de ces tumeurs, et y trouva du tissu fibreux et de la matière colorante de la graisse ; d'où il proposa le nom de *fibroma lipomatodes*.

Je m'arrête à ces quelques indications de synonymie, dont je n'ai encore cité que les principales.

Une fois que l'on en a vu un exemple, le diagnostic du xanthome est facile : il est purement objectif ; aucune autre maladie ne donne ces plaques d'un jaune particulier. Il n'y a d'ailleurs pas de douleur locale ; pas d'altération de l'épiderme ; il n'y a ni hyperesthésie ni anesthésie au niveau de la plaque. Les vaisseaux sont peu abondants : on ne constate aucune trace de phlegmasie.

Cependant la végétation de ces tumeurs se fait indéfiniment sans altérer la santé, par elle-même, d'une façon notable. C'est une affection bénigne.

Quant à l'anatomie pathologique, on a observé dans les régions envahies un épaississement considérable des fibres conjonctives et des fibres élastiques du derme, avec un mélange de graisse. On y a trouvé peu de vaisseaux : on a vu la tumeur envahir les follicules pileux et les organes sébacés dans les régions où ils existent, mais ce n'est pas une lésion spéciale à ces éléments, puisque la maladie se développe précisément avec le plus d'activité dans les régions où ces éléments n'existent pas, à la paume des mains. Elle envahit les parties externes des follicules et des glandes, sans avoir aucune relation originelle avec l'un ou l'autre de ces organes. Lorsqu'on incise ces tumeurs, il n'en sort aucun liquide : la coupe est fibreuse ; parfois le ramollissement en a gagné certaines parties, et il en sort un peu de matière grasse.

Il est intéressant de rechercher les relations du xanthome avec les autres maladies. Il peut se rencontrer sur des individus sans lésion appréciable de la santé générale ; j'en connais deux exemples à Paris. Mais, le plus habituellement, le xanthome est lié à une affection hépatique : on l'observe chez des malades atteints d'ictère, et le malade que nous avons aujourd'hui sous les yeux est porteur d'un ictère très-prononcé. Cependant il ne paraît pas exister plus de relation entre le xanthome et l'ictère qu'entre le prurigo et l'ictère : beaucoup de malades non ictériques peuvent avoir du prurigo, et beaucoup d'ictériques n'ont pas de prurigo : enfin, un prurigo intense accompagne souvent un ictère très-léger, tandis que, d'autre part, nous avons tous vu des gens atteints d'un ictère interne, d'un ictère vert, sans être pris de prurigo.

Toutefois, il est impossible de ne pas reconnaître le lien qui rattache ces deux affections l'une à l'autre. Ces relations sont rendues encore plus rationnelles par ce fait que l'on croit avoir trouvé des lésions analogues dans certaines maladies du foie existant dans le parenchyme hépatique, et existant en même temps sur la surface du corps. Il y aurait donc eu une même cause produisant le développement de la lésion dans les deux régions à la fois ?

On pense qu'elles seraient le résultat d'une altération, d'une oxydation particulière, développée sous l'influence de la maladie du foie. En un mot, la relation existe, mais on n'a pu encore s'en rendre compte exactement.

Le pronostic du xanthome n'est pas grave ; cette tumeur ne dégénère en rien autre chose ; elle n'amène pas d'altération locale, excepté chez les ouvriers qui travaillent beaucoup. Quant à l'état général, le pronostic doit tenir compte de la lésion hépatique souvent concomitante ; il faut rechercher la cause de l'altération qui a amené l'ictère, parfois cet ictère ne tient qu'à l'obstruction du canal cholédoque par un calcul biliaire.

L'indication thérapeutique, localement, est nulle, à moins que le néoplasme n'ait qu'une étendue très-limitée, alors on peut en pratiquer l'extirpation. S'il occupait une grande surface, il n'y aurait rien à faire. Mais le traitement doit surtout s'adresser à l'état général du malade et s'inspirer de diverses indications qu'il comporte : car il ne faut pas se borner à la pure contemplation du xanthome, le médecin doit chercher à le guérir, ou plutôt, à traiter la maladie spéciale qui est si souvent concomitante.

L'hérédité n'a aucune influence sur le développement de cette maladie.

Chez notre malade, il n'y a dans son histoire rien de bien spécial : il est chaudronnier, âgé d'une soixantaine d'années ; il a été atteint à diverses reprises, depuis 1855, d'ictère plus ou moins intense. Actuellement, cet ictère est encore très-considérable.

Il porte sur tout le corps des traces de xanthome, sous les deux formes, en plaques et en tumeurs. Les plaques jaunes se voient en diverses régions du corps, à la nuque et au cou notamment. Elles tranchent par leur teinte jaune sur la teinte un peu plus verdâtre de l'ictère. Les tumeurs sont de diverses grosseurs : les unes, du volume d'un pois, sont isolées ; les autres, agglomérées les unes sur les autres ; par exemple au poignet et à la paume des mains, occupent une largeur de un ou deux centimètres sur trois ou quatre de longueur, et font par conséquent une saillie dure, arrondie, lobulée irré-

gulièrement. On en voit aussi au coude, aux membres inférieurs, etc.

Nous instituons comme traitement local l'hydrothérapie ; mais nous nous attacherons principalement au traitement de son affection hépatique pour laquelle on lui a déjà prescrit les alcalins.

Nous lui recommandons en outre l'abstention des alcooliques, une hygiène convenable et un régime sain et régulier.

THÉRAPEUTIQUE

NOTE

SUR UN CAS DE PHTHISIE PULMONAIRE TRAITÉE PAR LE PHOSPHATE DE CHAUX

Par le docteur NELSON-PAUTIER, d'Aigre (Charente).

Le docteur Nelson-Pautier, à qui l'on doit de nombreuses expériences sur l'emploi du phosphate de chaux dans les maladies des os, le développement difficile des enfants à la mamelle et l'épuisement occasionné par l'allaitement, nous fournit aujourd'hui une observation remarquable de phthisie pulmonaire traitée par ce médicament.

OBS. — Eugénie R... a dix-neuf ans ; ses parents sont scrofuleux, l'une de ses sœurs a une déviation de la colonne vertébrale ; son frère aîné porte plusieurs traces d'adénites suppurées ; son frère plus jeune n'a pu se soutenir et marcher que trois ans après sa naissance ; elle-même est atteinte d'engorgements ganglionnaires de la partie latérale gauche du cou depuis quatre ans. La première année (1873), ces engorgements, qui étaient arrivés au volume du poing, disparurent à la suite d'un traitement iodé, pour reparaître et reprendre, six mois après, le même volume qu'ils ont gardé jusqu'en janvier 1878. A cette époque déjà, cette jeune fille avait parfois une toux sèche, sans lésion apparente. Elle présentait un peu de diminution du murmure vésiculaire au sommet des poumons. Elle suivait avec persistance un traitement iodé et ferrugineux sans résultat. Je ne la voyais que rarement. Le 29 août 1877, je fus appelé pour examiner la malade, qui avait eu plusieurs jours de suite des crachats sanguinolents. L'amaigrissement était évident ; l'expiration prolongée ; respiration bronchique ; craquements humides sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse gauches ; fièvre le soir ; sueurs nocturnes abondantes ; engorgements ganglionnaires aussi volumineux qu'à l'ordinaire et s'étendant en chapelet jusqu'à l'épaule Constipation, au lieu de la diarrhée qui se montre ordinairement dans les cas analogues ; perte de l'appétit.

Je prescrivis, avec le traitement ordinaire : vésicatoires volants, renouvelés, sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, le chlorhydro-phosphate de chaux (solution Coirre). Pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre, la maladie suivit la marche ordinaire, et, malgré tous les soins et la température uniforme de l'air ambiant, la malade se trouvait dans un tel état, les crachats purulents, souvent striés de sang, étaient si abondants, la réparation si difficile par suite du dégoût des aliments, que je considérai l'issue funeste comme inévitable. Le traitement fut cependant continué, et, à ma grande surprise, l'appétit reparut dans les derniers jours de décembre. A partir de cette époque, tous les symptômes s'amendèrent. Les règles reparurent en février, et, à la fin de ce mois, l'expectoration se bornait à deux ou trois crachats le matin. Il survint à cette époque une nouvelle constipation qui eut pour résultat la cessation de l'appétit, mais cette nouvelle complication fut de courte durée, et, au mois de mars, de tous les symptômes si graves que j'avais observés, il ne restait que la diminution du murmure respiratoire.

Le plus surprenant, c'est que l'engorgement ganglionnaire si volumineux, qui a persisté pendant quatre années, a presque entièrement disparu : il ne reste qu'une petite tumeur du volume d'une noisette qu'on fait rouler sous le doigt.

A côté de ce fait s'en trouve un autre qui complète les premières observations de l'auteur relatives à l'action du phosphate de chaux sur le développement tardif des enfants. Il s'agit d'une enfant que ne pouvait ni marcher ni même se tenir en équilibre devant une chaise, et qui en quatre mois de traitement marche aujourd'hui sans le secours de personne.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES PAR LA THORACENTÈSE ASPIRATRICE

Par le docteur LARMANDE.

OBSERVATION I. — *Épanchement pleurétique à gauche. Ponction aspiratrice.* — Mme B..., vingt-cinq ans, à D... (Ardennes), est examinée le 22 novembre 1872.

Orthopnée, douleurs vagues dans le côté gauche, datant de huit jours. Elle était en bonne santé auparavant, à part un peu d'anémie ; elle est mariée et sans enfants. Depuis trois jours la toux, qui était peu de chose depuis le début de la maladie, est devenue fréquente et pénible. Il y a quelques rares crachats blancs.

Expansion générale du côté gauche du thorax, écartement des côtes. Le cœur déplacé bat derrière le sternum. La suffocation est telle que la malade ne peut rester couchée. Absence de vibration thoracique. Matité absolue dans tous les points. Silence complet à l'auscultation. Pas de fièvre, pâleur du visage.

Il y a donc un épanchement pleurétique des plus abondants.

La ponction aspiratrice est pratiquée dans la journée ; elle donne issue à 6 litres de sérosité claire et jaune. Toux quasi-convulsive qui succède à l'évacuation et dure près d'une heure.

Teinture d'iode en badigeonnage. Régime tonique. Au bout de huit jours la guérison est confirmée.

OBS. II. — *Épanchement pleurétique à gauche. Ponction aspiratrice.* — Le 16 février 1873, un ouvrier ardoisier de vingt et un ans, habitant F... (Ardennes), se présente à ma consultation.

Il y a huit jours, point de côté à gauche, toux, peu ou pas de crachats ; se couche difficilement sur les côtés, respire mieux sur le dos. Pâleur du visage, pas de fièvre, respiration courte.

Effacement du creux sous-claviculaire, augmentation de volume du côté gauche du thorax, déplacement du cœur.

Absence de vibrations thoraciques. Son tympanique sous-claviculaire, matité absolue partout ailleurs. Souffle voilé en haut, absence de murmure vésiculaire dans les autres parties. Voix chevrotante au niveau de l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs.

C'est un épanchement pleurétique modéré.

Je pratique immédiatement la ponction aspiratrice. Il s'écoule environ 2 litres 1/2 de sérosité limpide à coloration verdâtre. La toux convulsive suit.

Vésicatoire. Potion nitrée.

La guérison était confirmée quinze jours après. Je n'ai pas revu le malade dans l'intervalle.

OBS. III. — *Épanchement pleurétique à gauche. Ponction aspiratrice.* — Émile R..., d'H... (Ardennes), âgé de vingt ans, vient me voir dans le cabinet de mon ami le docteur Hamaide, que je remplaçais, en mars 1873. Il ne sait pas trop depuis quand il est malade, il vient consulter parce qu'il respire mal. Il n'a pas de fièvre, la dyspnée est modérée. L'augmentation de volume n'est pas très-apparente ; mais l'absence des vibrations thoraciques, le déploiement du cœur derrière le sternum, la sonorité sous-claviculaire, la matité, l'ægophonie ne laissent pas de doute sur la présence de l'épanchement.

La ponction, pratiquée séance tenante, donne issue à 1 litre 1/2 de sérosité verdâtre. Pendant une dizaine de jours il y a eu un peu de frottement pleural avec une submatité dans le côté malade. L'épanchement ne s'est pas reproduit. J'ai revu depuis le malade en parfaite santé.

Obs. IV. — *Épanchement pleurétique à droite. Ponction aspiratrice.* — Gustave B... âgé de vingt-sept ans, ouvrier mouleur, lymphatique avec des traces de suppurations glandulaires au cou, habite L... (Ardennes).

Vu en mai 1874, il sent depuis plusieurs mois des douleurs vagues de la poitrine à droite. Il s'est marié il y a six semaines, et, quinze ou vingt jours après, il a ressenti de nouvelles douleurs plus vives dans le même côté.

Toux sèche, sans crachats, pâleur de la face, amaigrissement, insomnie, défaut d'appétit, frissons irréguliers, impossibilité de se coucher autrement que sur le côté droit. La douleur n'est pas fixe, elle voyage autour des insertions costales du diaphragme. Pas de fièvre.

Augmentation de volume du côté droit, élargissement des espaces intercostaux.

Absence de vibrations thoraciques. La pointe du cœur bat sur la ligne verticale passant par le mamelon, il est donc écarté vers la gauche.

Matité absolue du haut en bas dans tout le côté. La matité se prolonge en bas jusqu'à une ligne passant horizontalement un peu au-dessus de l'ombilic; c'est le foie abaissé.

L'épanchement pleurétique est évident.

La ponction aspiratrice pratiquée le lendemain donne 3 litres 1/2 de sérosité opaline. Pas de toux, ni d'expectoration consécutives. Submatité pendant sept à huit jours, guérison confirmée quinze jours après la ponction.

Teinture d'iode sur la poitrine, vin de quinquina et sirop de lacto-phosphate de chaux. La guérison s'est bien maintenue. J'ai revu le malade plusieurs années après, sa santé était aussi bonne que possible.

Obs. V. — *Épanchement pleurétique à gauche. Ponction aspiratrice.* — G... vingt-cinq ans, mouleur, habite R... (Ardennes). Constitution lymphatique, abcès du cœur; a eu du rhumatisme autrefois.

Douleurs vagues dans le côté gauche, toux quand il change de place, pas de crachats, frissons, dyspnée, pâleur du visage. Cet état dure depuis huit jours. Effacement du creux sous-claviculaire, matité dans tous les points, absence de vibration. Souffle bronchique et bronchophonie en haut, absence du murmure vésiculaire. Toutefois l'on entend, par propagation, le bruit vésiculaire dans la gouttière vertébrale gauche. Pas de fièvre, mais des sueurs alternant avec des frissons.

La pointe du cœur déplacée bat à droite du sternum, ainsi que je m'en assure avec le stéthoscope.

L'épanchement pleurétique est donc abondant.

On a dit qu'une pleurésie est ce qu'a le malade. Ici la constitution du malade m'inspirait des craintes sérieuses; je craignais un épanchement purulent, je redoutais aussi la phthisie consécutive. Cependant le côté sain avait son sommet indemne. Dans ce doute, je priai mon confrère et ami le docteur Hamaide de venir voir le malade avec moi. Le docteur Hamaide confirma mon diagnostic, mais parut très-réservé sur la question de thoracentèse. Encouragé par l'issue heureuse des cas précédents, je lui fis partager ma conviction sur l'innocuité de la ponction aspiratrice. Celle-ci fut faite séance tenante et il fut retiré une pleine cuvette, environ 4 litres de liquide verdâtre, brun à la fin. C'était le 24 février 1875.

L'amélioration fut immédiate, et se maintint jusqu'à la fin du mois. Teinture d'iode à l'extérieur.

Le 1er mars le malade fut pris de fièvre, le pouls monta à 120, et il y eut de nouvelles douleurs au niveau des attaches du diaphragme. Frottement pleural généralisé, submatité, sueurs, anorexie, purgatif et vésicatoire. Cet état n'a pas empiré, l'épanchement ne s'est pas reproduit, bien que je l'aie craint un instant.

Le 11 mars toute crainte a disparu, et, au bout de trois semaines, la guérison était définitive.

Obs. VI. — *Épanchement pleurétique à gauche. Ponction aspiratrice.* — P... habitant R... (Ardennes), âgé de quatre-vingts ans, est malade depuis un mois. Il est entièrement sourd; d'un autre côté sa famille paraît s'occuper fort peu de lui : je n'ai donc pas beaucoup de renseignements. Il tousse peu, ne crache pas, et il dort presque toute la journée. Je me mets à la recherche d'une pneumonie hypostatique, le malade restant couché jour et nuit. Je trouve une matité considérable dans toute la partie inférieure du côté gauche. Son tympanique très-retentissant sous la clavicule, avec bruit de pot fêlé très-manifeste. Bronchophonie et souffle en haut, silence en bas. Peu ou pas de dyspnée; l'on me dit toutefois que le malade est toujours couché sur le dos.

Pas de vibrations thoraciques; battements du cœur sous le sternum.

Il y a un épanchement pleurétique abondant.

La ponction aspiratrice, pratiquée le même jour, 13 avril 1875, donne issue à 5 litres de liquide citrin qui devient brun à la fin de l'opération.

Dès le lendemain, le vieillard s'était levé sans paraître se souvenir de ce qui s'était passé. Au bout de quatre jours l'état était si satisfaisant que je ne l'ai plus revu.

Obs. VII. — *Épanchement pleurétique à gauche. Ponction aspiratrice.* — Je vois le 3 février 1876 la nommée Honorine C... âgé de vingt et un ans, lymphatique, qui est devenue enceinte immédiatement après un allaitement de quinze mois. Elle a eu un refroidissement quinze jours auparavant. Point de côté à gauche, frissons, fièvre, peu de toux au début, pas de crachats. Le jour de ma visite il y a de la fièvre avec un pouls assez petit, le facies anxieux, les lèvres violacées, la toux est fréquente, surtout la nuit; pas de sommeil. La douleur est diffusée dans le côté gauche et dans toute la partie correspondante du dos jusqu'à la région lombaire. La malade ne peut se coucher du côté gauche à cause de la douleur, et elle suffoque lorsqu'elle est tournée du côté droit. Orthopnée, anorexie. La malade dit qu'il lui semble qu'une vessie pleine tombe dans sa poitrine quand elle se couche sur le côté malade.

Expansion considérable du thorax à gauche. Matité absolue jusqu'à l'épine de l'omoplate en arrière, dans tout le côté sous l'aisselle, et en avant. Sous la clavicule, bruit de pot fêlé. Choc du cœur à droite du sternum.

Souffle sous-claviculaire, silence dans le reste de l'étendue. Absence de vibration. Bronchophonie.

Il y a donc un épanchement considérable. Toutefois, à cause de l'état de fièvre, je ne pratique pas d'emblée la thoracentèse aspiratrice.

Le 5 février, surlendemain, les suffocations sont plus intenses et je ponctionne. La fièvre est très-modérée. Issue de 5 litres de liquide limpide, verdâtre; un peu de toux à la fin. Teinture d'iode à l'extérieur.

Il n'y a pas eu de réaction, l'épanchement ne s'est pas reproduit. Le 12 février, sept jours après, la malade est parfaitement guérie et je cesse de la voir.

Un an plus tard, cette femme a eu une nouvelle pleurésie avec épanchement au côté droit. Cette fois la résorption à été très-rapide sans thoracentèse. Il y a de fortes présomptions de tubercules pulmonaires.

Obs. VIII. — *Épanchement pleurétique à gauche. Ponction aspiratrice.* — Le 17 avril 1877, je vois le jeune D..., âgé de quatorze ans. Point de côté il y a six semaines, avec frisson. Depuis ce temps, toux sèche; l'état du malade va et vient : il est tantôt mieux, tantôt plus mal; il a des vomissements fréquents après des quintes de toux. Depuis deux ou trois jours l'haleine est courte. Matité à gauche, sonorité skodique, ægophonie, absence de vibrations et affaiblissement du bruit vésiculaire, déplacement du cœur. Le 18, ponction aspiratrice donnant trois litres de liquide jaune-verdâtre. Vomissement à la fin de l'opération. Il s'est produit un peu d'emphysème sous-cutané.

Teinture d'iode à l'extérieur. Régime lacté.

L'épanchement ne s'est pas reproduit et, huit jours après, l'enfant reprenait sa vie ordinaire.

Vers le mois de décembre, le même enfant a été atteint d'adénite supposée du creux poplité à gauche. Il saignait beaucoup du nez, et est devenu enflé au membre malade et aux paupières. L'examen de l'urine a révélé une albuminurie aiguë, et l'enfant est mort pendant un accès de convulsion urémique.

OBS. IX. — *Épanchement pleurétique à gauche. Ponction aspiratrice.* — Le nommé C..., âgé de vingt-quatre ans, ouvrier maçon, demeurant rue Ramey, 5, vient à ma consultation le 22 avril dernier. Il travaillait à l'Exposition quand il est tombé malade le 25 mars. Son état est allé en empirant, et il s'est mis au lit le 5 avril. Il paraît s'être soigné tout seul, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de traitement.

En s'asseyant dans mon cabinet, il était très-essoufflé, le visage anxieux, les lèvres violettes. C'était un véritable accès de suffocation. Je lui trouve un vaste épanchement pleurétique à gauche, caractérisé par les signes ordinaires, avec matité sous-claviculaire. En présence de cette suffocation, je ponctionne immédiatement. Il s'écoule cinq litres de liquide épais comme une solution de gélatine, fortement albumineuse et sanguinolente à la fin. Sa coloration est celle de l'urine fébrile. Toux à la fin. Chez lui, le malade a beaucoup expectoré, mais je n'ai pu constater la nature de cette expectoration.

Teinture d'iode à l'extérieur. Nitrate de potasse. Sulfate de magnésie.

L'épanchement ne s'est pas reproduit. Je n'ai pas constaté de fièvre les jours qui ont suivi la ponction. Le 9 mai, la guérison ne s'est pas démentie.

Dans ces observations, je n'ai pu noter la température. Il est, en effet, impossible, dans la pratique de la ville, et surtout de la campagne, de voir chaque malade deux fois par jour à heures fixes.

On remarquera que, sur neuf malades, sept sont des hommes, et que huit fois l'épanchement siège à gauche.

L'âge de l'épanchement, indéterminé dans le cas de l'observation troisième, a varié pour les autres de huit jours à six semaines. Une seule fois la thoracentèse a été pratiquée pour répondre à une indication de suffocation imminente (observation neuvième).

Dans tous les cas, la ponction a été, pour ainsi dire, le seul traitement.

Les suites de l'opération ont été nulles; les malades sont rapidement revenus à la santé pour un temps indéfini. Dans l'observation huitième, les accidents albuminuriques, survenus huit mois plus tard, ne me paraissent avoir rien de commun avec la pleurésie. La convalescence a, pour ainsi dire, suivi immédiatement la disparition du liquide. L'innocuité de la ponction est manifeste dans tous ces cas; les malades ont été tenus peu de temps hors de leurs travaux; en outre, ils ont eu moins de chances de chronicité et de consomption.

L'épanchement ne s'est reproduit dans aucun cas. Toutefois, dans la cinquième observation, le malade a eu une poussée aiguë quatre jours après, mais sans nouvelle production de liquide.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

(Quatorzième liste.)

Listes précédentes.	8,679 fr. 50 c.
M. le docteur A. René	3 »
Total.	8,682 fr. 50 c.

Hygiène de l'enfance. — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Apiol des Drs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition universelle de Londres de 1862.

Pour éviter au corps médical tout mécompte qui proviendrait de l'emploi des contrefaçons et imitations infidèles de ce puissant emménagogue, nous rappelons les principaux caractères physiques et chimiques de l'*Apiol* pur des Drs **Joret** et **Homolle**, le seul qui ait été l'objet des rapports favorables, après expérimentation dans les hôpitaux de Paris.

L'**Apiol** pur est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau. La liqueur verdâtre, à odeur térébenthacée, que le commerce délivre sous le même nom, n'a aucune de ses propriétés, et n'offre aucune garantie d'efficacité.

Exiger les signatures : Dr JORET et PUJOL. — Dépôt général : Pharm. BRIANT, 150, rue de Rivoli.

Fer Quevenne.

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

« ...... C'est, de toutes les préparations ferrugi-
« neuses, celle qui, à poids égal, introduit le plus de
« fer dans le suc gastrique. »

Bulletin de l'Acad. de Médecine, t. XIX.

Pour démasquer les contrefaçons — impures et inactives — exiger la signature : T. A. QUEVENNE et l'étiquette ronde en *petits caractères* de *quatre couleurs.*

DÉPÔT : Pharmacie Émile GENEVOIX, 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

Digitaline

d'HOMOLLE et QUEVENNE

Approbation de l'Acad. de Méd. de Paris
Méd. d'or de la Soc. de Pharmacie de Paris.

« ...... Les médecins feront bien de continuer à
« prescrire la *Digitaline* de MM. HOMOLLE et
« QUEVENNE, aux malades ne pouvant pas sup-
« porter la digitale. »

(*Bulletin de l'Acad. de Médecine de Belgique,* 1874, t. VIII, p. 397.)

Les signatures des Inventeurs en *lettres rouge,* attestent l'authenticité de la VÉRITABLE DIGITALINE.

DÉPÔT : Pharm. COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

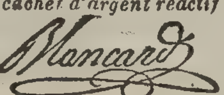
Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur,* diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques,* enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Le SIROP DE LABÉLONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de er impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD,** exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte.* — *Se défier des contrefaçons.*



Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris

Élixir du Dr Dufau

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAIS

MALADIES AIGUES ET CHRONIQUES DE LA VESSIE :

Diathèse urique — Gravelle — Cystite — Catarrhe vésical — Dysurie.

3 francs le flacon dans les principales pharmacies.

NOTA. — La pharmacie LAGNOUX, 19, rue des Missions, à Paris, tient à la disposition de MM. les médecins qui voudraient essayer ce nouveau médicament, les quantités qui pourraient leur être nécessaires.

Royat (ÉTABLISSEMENT THERMAL.)

EAUX TONIQUES ET RECONSTITUANTES.

Arthritisme : digestions difficiles, goutte, rhumatisme, anémie, chlorose.

Chez les principaux Pharmaciens.

Saison des Bains (ouverture 15 mai). Théâtre et concert au Casino; musique dans le parc; salons de jeux, etc., etc.

Pilules hématiques Duroy

Les Pilules dragéifiées d'EXTRAIT DE SANG DE BOEUF de J.-L. P. DUROY, *pharmacien, lauréat de l'Institut,* contiennent le fer même du sang, et tous ses autres principes nutritifs, organiques et minéraux concentrés; c'est donc un fortifiant aussi complet que naturel, reconnu, par MM. les médecins qui l'ont expérimenté, supérieur aux ferrugineux ordinaires, au quinquina, à la viande crue, etc. — Dose : de 4 à 6 pilules par jour. — 4 fr. le flacon. — 10, rue du Faubourg Montmartre, Paris. — Dépôts partout.

Créosote pure de goudron de bois

M. MAYET, successeur de GUIBOURT, est le *premier* qui se soit occupé des expériences pour son emploi thérapeutique. C'est elle que les médecins prescrivent dans les préparations créosotées : VIN, SIROP, HUILE, etc.

Voir la note des Drs BOUCHARD et GIMBERT (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, n° 31 et suiv., 1877).

Pharmacie MAYET, 9, rue Saint-Marc.

Avantages du phosphate de fer

SOLUBLE

De LERAS, pharmacien, docteur ès-Sciences.

1° *Solution, Sirop, Pastilles,* soit trois formes différentes, satisfaisant à toutes les exigences des prescriptions médicales. La *Solution* et le *Sirop* contiennent, par cuillerée à bouche, 20 centigr. de sel ferrique; les *Pastilles,* chacune 10 centigr.

2° *Préparations incolores,* ni goût, ni saveur de fer, action nulle sur les dents et, par conséquent, acceptation parfaite par tous les malades sans distinction.

3° *Pas de constipation,* grâce à une petite quantité de sulfate de soude, qui se produit dans la préparation de ce sel, sans influer, en quoi que ce soit, sur la saveur du médicament.

4° *Réunion des deux principaux éléments des os et du sang,* fer et acide phosphorique, circonstance qui est d'une grande influence sur l'action digestive et respiratoire.

5° *Pas de précipitation en présence du suc gastrique,* par conséquent, sel immédiatement digéré et assimilé, toujours bien supporté par les estomacs les plus délicats, qui ne peuvent tolérer les préparations ferrugineuses les plus estimées.

Dépôt : rue de la Feuillade, 7, et dans les principales pharmacies.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Sel purgatif granulé de Sedlitz

se prescrit toutes les fois que les purgatifs salins sont indiqués, préparé pour être avalé sans le dissoudre, peut être continué plusieurs jours sans amener le dégoût; action sûre dans les diarrhées bilieuses, maladies de peau, éruptions, migraines, vertiges, affections putrides, épidémiques, etc., etc. Exiger le nom GARNIER-LAMOUREUX et Cie, VIÉ-GARNIER, successeurs, fabricants tous les médicaments, sous forme de granules et dragées. Maison de vente 2, r. Tiron; angle de la r. de Rivoli 13, Paris.

Vin anti-dyspeptique

ET RECONSTITUANT

A L'IGNATIA AMARA ET AU FER

de **T. F. PAPON,** *ancien professeur suppléant de chimie et de pharmacie à l'École de médecine de Limoges.*

Ce médicament, rigoureusement dosé à 1 milligrammed'alcaloïdes par cuillerée à bouche, est d'une efficacité incontestable dans la *dyspepsie* et l'*anémie.* Stimulant puissant des *fonctions digestives,* il est souverain dans les *pneumatoses.*

Prix du flacon : 3 fr. 50.

Dépôt : Paris, 42, rue Neuve Saint-Augustin, ph. LEROY. Vente en gros à Chalus (Haute-Vienne.)

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Solution Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacie.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration,* privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne,* à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

N° 82. — MARDI 16 JUILLET 1878. 51e ANNÉE. MARDI 16 JUILLET 1878. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

—

Traitement de la chorée.

Après vous avoir indiqué les différentes espèces de chorée que vous rencontrerez chez nos malades, je vais, en m'inspirant de la nature de cette maladie, vous en indiquer le traitement.

Il n'y a pas qu'une espèce de chorée. Les médecins qui professent une opinion différente se trompent et vous trompent en même temps. Il y a une chorée *vermineuse*, — une chorée de seconde dentition ou chorée *dentaire*, — une chorée *anémique de convalescence*, — une chorée *rhumatismale*, — et enfin une chorée de *cause morale par frayeur ou imitation*. Autant de causes principales, autant d'indications thérapeutiques, et qui ne sait obéir à ces injonctions de l'étude clinique ne fait que de l'empirisme.

Comme je vous l'ai dit, la chorée est une névrose congestive de la moelle épinière, ce que démontrent les lésions du fond de l'œil que j'ai fait connaître dans mon atlas de *Cérébroscopie* pour les chorées anciennes, et cette névrose résulte de l'influence des causes diverses que je viens d'indiquer.

De là, nécessité pour le médecin de prendre pour guide dans le traitement la cause reconnue de la maladie.

Indications de la chorée vermineuse. — Chez quelques enfants, la chorée résulte de l'action réflexe inconsciente exercée par les rameaux du grand sympathique de l'intestin sur la moelle épinière. Les lombrics, et plus rarement le ténia, sont la cause de cette excitation réflexe intestinale. Si les enfants rendent des helminthes, le diagnostic est facile; mais, s'ils n'en rendent pas actuellement, le diagnostic se fait par l'examen microscopique des excréments qui, montrant les œufs de l'helminthe, permettent d'en indiquer l'espèce et par suite le vermifuge à prescrire. Ce sont habituellement les lombrics, et alors il faut employer la *santonine*. Cet alcaloïde se donne en dragées de 5 centigrammes, autant de dragées que l'enfant compte d'années, ou la santonine en poudre dans du miel; alors on donne autant de fois cinq centigrammes que l'enfant a d'années, et l'on continue pendant six jours.

Une fois que les lombrics ont été expulsés, la chorée cesse, ce qui prouve bien l'exactitude du rapport établi entre la présence de ces helminthes et les convulsions choréiques.

Si l'on a trouvé des œufs de ténia ou si l'enfant rend des cucurbitins, il faut lui donner de la teinture éthérée de fougère mâle, 6 grammes dans une potion; du kousso, 10 à 15 grammes; de l'écorce de racine de grenadier, etc.

Indications de la chorée dentaire. — C'est encore ici une action réflexe inconsciente. Seulement, elle résulte de l'irritation des rameaux périphériques des nerfs maxillaires émanés de la cinquième paire. Tout le monde connaît les accidents oculaires graves que produit l'avulsion des canines supérieures, les accidents qui accompagnent la sortie des dents de sagesse, les convulsions éclamptiques qu'engendre le travail de la première dentition. Ces faits font comprendre comment la seconde dentition, de huit à quatorze ans, détermine les céphalalgies opiniâtres de l'enfance, les épilepsies qui guérissent à la puberté, et enfin ces chorées de l'enfance qui se montrent entre la septième et la quatorzième année.

Comme je l'ai dit, les dents de la seconde dentition sont des dents adultes qui ont le volume et la largeur qu'elles auront toute la vie. Ce sont des dents d'homme dans une mâchoire d'enfant. Elles ont à prendre place dans un arc maxillaire étroit et peu étendu qui se développe avec l'âge, qui sera plus tard un tiers plus large qu'à douze ans. Si les dents permanentes sont trop larges, elles ne peuvent sortir régulièrement. Elles sortent de travers, ou sur deux rangs. Elles sont très-serrées, et alors, de leur irrégularité, résulte parfois une excitation des rameaux de la cinquième paire qui produit la chorée.

C'est ainsi qu'il faut expliquer les deux cas de chorée que vous venez de voir aux nos 58 et 60 de la salle Sainte-Catherine. Le n° 58 est surtout très-remarquable.

Cette enfant a 13 ans. Elle a deux incisives médianes supérieures très-larges, ayant 10 millimètres, alors qu'elles ne devraient en avoir que sept.

Les canines caduques viennent après, et, au-dessus de ces canines qui devraient être tombées, les canines permanentes qui sont au dessus en double rang, où elles percent la gencive sans pouvoir descendre à leur place. De la sorte il manque deux incisives latérales qui restent dans le maxillaire. Les mêmes irrégularités existent dans la mâchoire inférieure.

L'enfant du n° 60 a également des dents larges, très-serrées, et une en double rang. Celle-ci est deux fois plus large que la place qui lui est réservée.

Pour moi, ce sont ces anomalies dentaires qui pro-

duisent la chorée, et, dans des cas de ce genre, comme l'a fait le docteur Hancok, il faut enlever les dents caduques qui gênent la sortie des dents permanentes. On peut même essayer d'enlever une bonne dent, s'il n'y a que ce moyen de donner de la place aux autres.

C'est ce que j'ai fait sur l'enfant du n° 58. Après l'avoir endormie ce matin avec du chloral, 3 grammes, pendant son anesthésie, je lui ai enlevé sans douleur et sans qu'elle se réveillât, une petite molaire et la dent canine caduque qui empêchait la canine permanente de prendre sa place.

Dans les chorées de seconde dentition, en même temps que l'on emploie les moyens internes dont je parlerai plus loin, l'indication est donc de donner à la bouche les soins qui sont nécessaires.

Il ne faut cependant pas espérer que l'avulsion d'une ou de plusieurs dents guérisse immédiatement la chorée, car cette opération ne fait que faciliter la sortie des dents cachées dans le maxillaire, et elle ne produit pas de desserrement instantané. Par suite de la disposition alvéolaire de l'os, le vide d'une cavité ne se comble que par degrés et sous l'influence d'une pression latérale assez lente.

On ne doit donc pas compter beaucoup sur les résultats de cette opération, qui ne doit être faite que dans des cas déterminés de dents surnuméraires ou déviées de leur axe.

Indications de la chorée anémique des convalescents. — Lorsque, après la guérison de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde et des maladies aiguës de l'enfance, il se développe, sans autre cause appréciable, des convulsions choréiques, je les attribue à la chloro-anémie. On sait, en effet, combien les névroses sont communes dans les anémies spontanées ou acquises, et c'est un point que je n'ai pas à établir.

Ces chorées de convalescence exigent un traitement spécial reconstituant du sang : les préparations ferrugineuses variées, quelles qu'elles soient; les eaux minérales ferrugineuses; les préparations de quinquina; l'arséniate de fer et l'arséniate de soude; les bains d'immersion dans l'eau froide; les ablutions froides et l'hydrothérapie.

Indications de la chorée rhumatismale. — La chorée est parfois rhumatismale, mais non pas toujours, comme on a voulu le faire croire à ceux qui regardent superficiellement les malades. Dans la moitié des cas, il n'y a pas eu de rhumatisme chez les enfants, il n'y en a pas eu chez leurs parents, ni même chez aucun de leurs cousins ou cousines. Bouteille a dit vrai en indiquant l'origine parfois rhumatismale de la chorée; mais il était trop bon observateur pour être systématique et pour affirmer qu'il n'y a pas de chorées sans rhumatisme.

Eh bien! en admettant que la chorée soit parfois rhumatismale, quel traitement convient-il alors de lui appliquer?

C'est ici que la médication par les bains sulfureux artificiels, par les eaux minérales sulfureuses, par les bains de vapeur et par l'hydrothérapie, a sa raison d'être. Chaque jour il faut donner un bain d'une heure pendant un mois ou six semaines.

L'*arséniate de soude*, à 10 ou 15 milligr. par jour, est également très-bon dans cette forme de chorée.

Indications de la chorée de cause morale. — Ce sont les antispasmodiques, le sirop de chloroforme, le chloral, le valérianate d'ammoniaque, les injections sous-cutanées d'acide valérianique qui doivent d'abord être essayées, mais ici l'indication thérapeutique n'est pas nette. La cause de la maladie ne modifie pas le traitement, et il n'y a que dans la chorée épidémique, par contagion et par imitation, que l'indication de l'isolement et de l'intimidation se pose avec autorité. Alors il n'y a pas à hésiter. Il faut séquestrer les malades pour que la vue de leur état convulsif ne produise pas d'impression morale capable de propager la névrose, et les enfants qui sont atteints doivent être traités par les bains froids et par la cautérisation pointillée du rachis.

Indications de la chorée électrique. — Dans certains cas, la chorée est partielle, limitée à un membre et monoplégique, ou bornée à un muscle du cou, du bras, de la hanche, du larynx. Elle est parfois rhythmée dans ses secousses qui sont assez régulières et parfois représentent très-bien l'effet d'une secousse d'étincelle électrique. C'est la *chorée électrique*. Ailleurs, si la convulsion occupe les muscles du larynx et de la mâchoire, il en résulte des jappements ou une espèce d'aboiement semblable à celui du chien. C'est la *chorée aboyante*. Dans ces différentes variétés de chorée, les injections hypodermiques de un centigramme de morphine; de sulfate d'ésérine, 3 milligrammes; de valérianate d'ammoniaque, la teinture de gelsemium, 5 à 15 gouttes par jour, sont les moyens les plus efficaces. Presque toutes les chorées partielles guérissent de cette façon mieux que par tout autre moyen.

Indications organiques de la chorée. — J'entends par indications organiques de la chorée celles qui résultent de la nature organique de la maladie. Ces indications n'existent pas pour les médecins qui pensent que la chorée n'est qu'une névrose. Mais si, comme je le professe dans mes cours et dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, la chorée n'est qu'une névrose congestive de la moelle parfois suivie de méningite spinale, alors le traitement doit être dirigé de façon à faire cesser la congestion de la moelle épinière pour éviter les dégénérescences du tissu nerveux ou des enveloppes.

Les douches d'éther pulvérisé sur le rachis, proposées par Lubanski; l'hydrothérapie avec douches en jet sur le dos; — les douches de vapeur aromatique et sulfureuse; — les vésicatoires rubanés dans les gouttières vertébrales; — la cautérisation pointillée avec le fusain pointu et allumé; — les frictions d'huile de croton ou une bande d'emplâtre thapsia sur le dos; — les injections hypodermiques quotidiennes avec le sulfate de morphine, le sulfate d'ésérine, dont j'ai fait connaître l'action physiologique dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1876, l'acide valérianique; le valérianate d'ammoniaque; les sachets de caoutchouc remplis de glace du docteur Chapmann, sont parfois très-utiles. J'ai employé la plupart de ces moyens, entre lesquels je préfère la cautérisation pointillée au fusain et les injections hypodermiques quotidiennes, soit avec le sulfate de morphine, soit avec le valérianate d'ammoniaque.

Chez les enfants, les solutions à employer sont pour le sulfate de morphine :

Eau distillée.	30 grammes.
Sulfate de morphine	30 centigrammes.

Faire dissoudre.

Injecter une demi-seringue de Pravaz ou une seringue tout entière, selon l'âge des enfants.

Pour le valérianate d'ammoniaque :

Eau distillée.	30 grammes.
Valérianate d'ammoniaque. . .	50 centigrammes.

Quand on fait les cautérisations au fusain, il faut les pratiquer tous les deux jours, après avoir endormi les enfants par 2 ou 3 grammes de chloral, en une fois, et l'on fait une vingtaine de mouchetures.

L'électricité par induction, à l'aide de très-forts courants, a été conseillée par Briquet, et ce médecin a dit qu'ainsi on pouvait guérir la chorée en trois jours. Seulement l'électricité de cette force ne peut être appliquée qu'après anesthésie chloroformique. J'ai essayé ce moyen. Il ne m'a pas réussi, et j'ai dû l'abandonner, redoutant le danger de trop fréquents emplois de l'inhalation du chloroforme.

En dehors de ces moyens révulsifs directement appliqués sur le rachis des enfants atteints de chorée, il y a les moyens pharmaceutiques destinés à diminuer l'irritation spinale.

Ces moyens sont l'*opium* à haute dose qui ne donne aucun bon résultat; — l'*émétique* à la dose excessive de 50 centigrammes à un gramme et plus, que Bouley et Gillette ont donné avec succès. Ce moyen m'a réussi bien des fois, mais il peut être suivi de graves accidents cholériformes, et il est peu usité aujourd'hui. — L'*arséniate de soude*, qui donne de si bons résultats dans la congestion cérébrale des vieillards, est également très-bon dans l'hyperémie spinale de la chorée. Je le donne surtout dans les chorées de moyenne intensité, qu'elles soient génitales ou hémiplégiques. Il faut débuter par 10 milligrammes par jour et augmenter tous les quatre jours en élevant la dose à 15 et 20 milligrammes, rarement à 25, car alors il se produit de la gastralgie. Sous l'influence de ce médicament, la chorée s'améliore rapidement.

Reste enfin, parmi les médicaments que j'emploie contre la chorée, l'*hydrate de chloral*. Celui-ci, que j'ai proposé et employé en 1869 lorsque j'ai établi les propriétés anesthésiques internes du chloral chez les enfants, est un des meilleurs.

D'abord, dans les cas où la chorée est si violente que les enfants s'usent la peau par le frottement et peuvent mourir de cette seule complication, le chloral est indispensable. C'est le seul moyen que la thérapeutique ait en son pouvoir pour donner, en dehors du sommeil naturel, quatre ou six heures de sommeil de plus aux enfants. Or, pendant ce sommeil, ils ne s'agitent pas et ils cessent d'user leur peau et les draps de leur lit. L'opium ne produit rien de pareil.

Quand la médication n'aurait que ce seul avantage, ce serait énorme, et par là même elle sauve la vie des enfants.

J'ai ainsi fait dormir des enfants quinze et dix-huit heures par jour avec le chloral sans le moindre inconvénient, et cela pendant huit à dix jours consécutifs. Puis, en diminuant ces heures de sommeil forcé, je les réduisais à douze, de manière à obtenir une immobilité qui permît à la peau de se refaire ou de guérir si elle était déjà entamée.

Les enfants, réveillés à sept heures, déjeunaient et prenaient en une fois 3 grammes de chloral à huit heures. Ils dormaient jusqu'à midi dans un état d'insensibilité absolue et se réveillaient pour déjeuner. Deux heures après, ils reprenaient 3 grammes de chloral, se réveillaient le soir pour dîner et se rendormaient un peu plus tard de leur sommeil naturel.

C'est ainsi que le chloral rend de très-grands services dans la chorée, et ce fait, que j'ai été le premier à faire connaître, en 1869, est suivi d'un autre qui n'est pas moins important. Par suite de ce sommeil artificiel et de ce repos forcé, la chorée diminue et en quelques jours a presque disparu. Je dis presque, parce que le chloral n'enlève que les trois quarts de la maladie et la ramène à une forme bénigne. A ce degré, l'action du médicament est presque nulle, les mouvements choréiques sont faibles, mais ils persistent pendant un certain temps.

Dans ce sommeil, comme je l'ai dit, il y a une anesthésie complète, et, s'il y a des dents trop serrées ou mal placées, on peut les arracher sans que l'enfant ait la moindre douleur. C'est ce que j'ai fait bien des fois et je viens de le faire devant vous ce matin sur les deux enfants des nos 57 et 60 qui font l'objet de cette leçon.

Une grave objection a été faite au chloral. C'est une substance irritante. Sur les animaux auxquels on en donne et qu'on sacrifie, la muqueuse stomacale est très-rouge et très-enflammée. Cela est vrai. J'ajouterai même que, lorsqu'on l'administre en suppositoire par le rectum, le premier et le second sont bien supportés, mais qu'au troisième il y a du ténesme, de la rectite et qu'il faut s'arrêter.

A cela, je réponds que j'emploie le chloral depuis 1869 chez les enfants, que j'ai toujours de cinq à dix choréiques en traitement prenant trois grammes par jour et quelquefois six. Cela fait 100 à 200 administrations de chloral par mois, c'est-à-dire 12 ou 1,500 par an, soit 12 ou 15,000 depuis dix ans. Eh bien! je n'ai jamais eu aucun accident, et je n'ai jamais constaté de gastralgie, de vomissements, de pyrosis, de coliques ni de diarrhée.

Il y a en général un peu plus d'appétit; par exception, de l'inappétence et un sommeil anesthésique de trois ou quatre heures.

Ce qu'il faut savoir, c'est que les enfants supportent mieux le chloral que l'adulte, soit pour l'avaler en potion de 3 à 4 grammes, soit pour en tolérer l'emploi quotidien, soit enfin pour éprouver le sommeil anesthésique. Jamais chez l'adulte on ne peut l'employer ainsi, et, sauf le sommeil observé, je n'ai jamais constaté d'anesthésie. Il est vrai de dire que la dose de 5 à 6 grammes donnée aux adultes est insuffisante pour produire ce phénomène et qu'il est presque impossible de faire accepter 10 grammes à un homme. D'autre part encore, chez l'adulte, le chloral détermine du pyrosis et de la gastralgie que l'on n'observe pas chez les enfants.

Voilà pour le chloral. Vous parlerai-je enfin des autres médications employées par les uns ou par les autres contre cette maladie? Non, ce serait prolonger bien inutilement cette leçon. Je ne m'en sers pas. C'est tout ce que j'ai à en dire. Ici, je ne vous parle que de ce que vous voyez et de ce que m'inspirent, en pathogénie, en diagnostic et en thérapeutique, les faits qui sont en observation. Il ne vous reste plus qu'à constater et à juger.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur Lœwenberg.

Du diagnostic des tumeurs adénoïdes du pharynx. — Nous avons déjà dit plus haut qu'il ne faut pas se contenter des symptômes que nous venons d'exposer, bien qu'ils rendent la présence des tumeurs adénoïdes très-probable; il faut exclusivement asseoir le diagnostic définitif et certain sur la *constatation directe* de ces productions pathologiques.

Cette certitude, deux méthodes peuvent nous l'assurer: la *rhinoscopie* et l'*exploration digitale*. Nous commencerons par discuter le premier de ces deux procédés :

1) L'*examen rhinoscopique*. — La rhinoscopie constitue, pour ainsi dire, la contre-partie de la laryngoscopie : toutes deux ayant pour instrument spécial un petit miroir qu'on introduit dans le

(1) Suite. — Voir les numéros des 23, 25 mai, 4, 18, 22, 29 juin, 4 et 11 juillet.

fond de la gorge pour éclairer certaines parties cachées, et pour les faire voir, reflétées, dans le même miroir; mais en rhinoscopie, au lieu de tourner la face polie du miroir en bas, comme cela se pratique pour le larynx, l'observateur la dirige en haut, et projette ainsi les rayons du soleil ou d'une lampe vers le pharynx nasal et les orifices postérieurs des fosses nasales dont il s'agit d'étudier l'image. On trouvera un exposé détaillé de cette méthode dans les traités spéciaux, comme également dans notre mémoire paru en 1865 (1) qui contient quelques vues qui nous sont personnelles, par exemple, celles sur la marche des rayons lumineux, etc. Nous ne lui emprunterons ici que quelques aperçus que nous croyons aptes à aider à la généralisation de cette excellente méthode d'examen.

Si quelques auteurs la regardent comme étant toujours *extrêmement* difficile, et même impossible dans certains cas, nous pouvons affirmer qu'elle réussit, au contraire, souvent à la première tentative, qu'elle est réellement très-difficile à exécuter dans d'autres cas, mais que nous ne l'avons trouvée décidément impraticable chez aucune des nombreuses personnes pour lesquelles nous avions besoin de son secours. Il est vrai que quelques cas exigent une dose peu commune de patience de la part du médecin et du malade, mais le résultat compensera largement la peine qu'on aura prise et le temps employé.

Les *obstacles* proviennent surtout de la part de deux organes : de la langue et du voile du palais. Beaucoup de malades ne savent pas aplatir leur langue de façon à ce qu'elle ne vienne pas encombrer un espace déjà si restreint, particularité fâcheuse qui nous a paru plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Si l'on cherche, dans ces cas, à déprimer l'organe avec un abaisse-langue, il se cabre souvent violemment, et les contractions musculaires gagnent le pharynx, quelquefois même d'autres parties du tractus digestif. Dans ces conditions, nous montrons au malade devant une glace quelle position il doit donner à sa langue, et nous le faisons s'exercer à la baisser jusqu'à ce qu'elle s'efface suffisamment pendant l'examen.

Le second obstacle est plus sérieux encore : pour qu'il soit possible de projeter des rayons lumineux de bas en haut, du pharynx buccal dans les arrière-narines, il faut que le voile du palais soit abaissé, sans quoi il intercepterait la communication entre ces deux cavités; mais, chez beaucoup de personnes, le moindre contact du miroir explorateur avec la base de la langue et, plus encore, avec le voile du palais, détermine des mouvements de contraction énergiques devant lesquels il faut s'arrêter sous peine de provoquer même des vomissements.

D'autres personnes, rien qu'en ouvrant la bouche, lèvent le voile du palais, et entravent ainsi complètement l'examen rhinoscopique. C'est dans l'intention d'éviter ce dernier inconvénient que Czermak conseilla de faire prononcer au malade une voyelle nasale dont l'émission rendrait l'élévation du voile du palais impossible. Nous préférons à cet expédient, souvent infidèle, un autre procédé sur lequel nous sommes obligé d'insister un moment.

On ne peut pas ordonner au malade d'abaisser le voile du palais, car il ne possède pas d'action isolée et consciente sur cet organe; nous lui faisons donc exécuter un mouvement complexe qui lui est familier et qui implique la détente de la valvule pharyngienne. Nous lui disons tout simplement de *respirer* ou de *souffler par le nez*, chose qui n'est possible qu'autant que la communication entre le pharynx buccal et le pharynx nasal est ouverte, en un mot, que le voile du palais se trouve abaissé.

Dans ces conditions, la langue se bombe, et le voile se relâche, de façon à fermer, à eux deux, le pharynx du côté de la bouche. Or, lorsque l'opérateur, pendant que le malade essaye d'exécuter le mouvement prescrit, lui abaisse fortement la langue, il ne subsiste plus que le relâchement du voile du palais qu'on peut ainsi obtenir dans un grand nombre de cas. Il est évident qu'alors *on ne peut plus respirer exclusivement par le nez*; mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit, et le but est atteint, l'examen peut se faire (2).

(1) Loc. cit., p. 105 et 106.

(2) Nous utilisons cette possibilité de faire baisser le voile du palais à volonté, pour faciliter certaines opérations pratiquées sur l'oreille moyenne et sur le pharynx nasal.

Lorsque le voile du palais se lève pendant qu'on exécute le *cathétérisme de la trompe d'Eustache*, il vient heurter le bec de la sonde au moment où celui-ci doit exécuter le mouvement de rotation nécessaire pour pouvoir s'engager dans l'orifice guttural du canal. Ce contact provoque souvent des contractions réflexes des muscles constricteurs du pharynx, et rend, par là, l'opération très-pénible et quelquefois même impossible. *Nous disons alors au malade de souffler ou d'aspirer par le nez*, et tout rentre dans l'ordre parce qu'alors le voile s'abaisse forcément. De même, lorsque, dans un cas d'imperméabilité d'un côté du nez, on est obligé d'introduire la sonde par la narine opposée, de passer, par exemple, par la fosse nasale gauche pour cathétériser la trompe droite, on provoque souvent par le contact de l'instrument des contractions réflexes analogues à celles dont nous venons de parler Il y a alors impossibilité surtout de tourner le bec de la sonde pour pouvoir la dégager et la retirer, une fois l'opération terminée. On a recommandé d'user de la force dans cette occurrence; mais nous avons toujours trouvé inutile cet appel à la violence. Dans tous les cas, nous avons réussi à dégager l'instrument délicatement, en disant simplement au malade de respirer par le nez, ce qui baisse le voile du palais et desserre le pharynx contracté, comme par enchantement.

Ajoutons qu'il faut, en général, éviter, autant que possible, de toucher la face postéro-supérieure du voile du palais, à moins d'y être absolument forcé par la manœuvre opératoire.

Quand il s'agit d'introduire un porte-éponge ou porte-caustique recourbé par la bouche pour toucher une partie du pharynx nasal, le pavillon de la trompe par exemple, le redressement du voile du palais oppose souvent à l'entreprise un obstacle insurmontable; ici encore, nous obtenons généralement le libre passage en ordonnant d'essayer la respiration nasale.

Il est souvent très-utile, avant de procéder à l'examen rhinoscopique, de pratiquer la *douche naso-pharyngienne* (voir plus bas) pour enlever les masses sécrétées qui encombrent, dans bon nombre de cas, le pharynx et les fosses nasales.

L'image rhinoscopique une fois obtenue, le diagnostic est porté du coup; rien de plus frappant que ces protubérances étranges qui défigurent l'aspect ordinaire du pharynx nasal. Aussi les premiers cas dans lesquels nous les avons découvertes provoquèrent-ils chez nous la plus vive surprise, d'autant plus qu'à l'époque où nous les avons vues pour la première fois, l'étude des tumeurs adénoïdes de cette région était pour ainsi dire à son début, bornée comme elle était aux observations de Czermak, Türck et M. Semeleder.

Outre ces *résultats* positifs, la rhinoscopie en donne quelquefois de *négatifs* qui ne manquent point de valeur : nous avons, par exemple, observé ces jours-ci deux jeunes gens chez lesquels les symptômes du côté du nez et de la gorge faisaient soupçonner l'existence de tumeurs adénoïdes, jusqu'au moment où le miroir pharyngien, d'une application extrêmement facile chez les deux sujets, démontra qu'il n'en existait pas trace.

Dans certains cas d'angine glanduleuse très-prononcée du fond de la gorge, où nous nous attendions à voir cet état s'étendre jusqu'au-dessus du niveau du plancher nasal, le rhinoscope nous a démontré que le pharynx supérieur en était exempt, et qu'il fallait attribuer à d'autres causes les symptômes observés.

Wendt, de Leipzig, dit avoir constaté même une *atrophie* de l'amygdale pharyngienne dans un cas de ce genre (1).

2) *L'exploration digitale*. — Dans ces derniers temps, certains auteurs ont présenté l'examen du pharynx nasal par la palpation comme une invention récente, chose incroyable, car une étude tant soit peu approfondie de la littérature chirurgicale montre qu'on a souvent employé cette méthode, entre autres cas, pour étudier les polypes naso-pharyngiens (voir les principaux traités de chirurgie; M. Gosselin, clin. chirurgicale, p. 99, etc.).

Voici comment on pratique cette palpation : on introduit par la bouche l'index recourbé et la face dorsale regardant en bas, et on lui fait contourner le voile du palais. Arrivé dans le cavum pharyngo-nasal, on explore successivement avec la pulpe du doigt les ouvertures postérieures des fosses nasales, les faces latérales et supérieure du pharynx, les pavillons des trompes d'Eustache et la face postéro-supérieure du voile du palais. C'est ici le cas de pratiquer

(1) Wendt : *Krankheiten der Nasenrachenhœhle* in : *Ziemssen, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, 1874, p. 253.

le *cito, tuto* et *jucunde* des anciens, principalement la vitesse et la douceur, d'où résultera l'absence de douleur et de nausées. Il faut beaucoup de délicatesse et de légèreté de touche, surtout lorsqu'il s'agit de tourner un voile du palais rebelle ou très-épaissi. Le dernier obstacle, bien que, d'après nos observations, moins général que ne le croient certains auteurs, concourt souvent, avec les mouvements réflexes provoqués par l'attouchement de ces parties si sensibles, à entraver l'exploration digitale.

On a cru faciliter l'exploration digitale en disant au malade de *respirer par la bouche;* or, en obéissant à cette injonction, celui-ci ne pourra faire autrement que de lever instinctivement le voile du palais pour empêcher que l'air ne passe par le nez et il opposera ainsi un obstacle sérieux de plus à l'introduction du doigt. Nous préférons, conformément à ce que nous avons exposé en traitant de la rhinoscopie, faire respirer le malade *par le nez,* tout en ayant la bouche ouverte, pendant que nous voulons contourner le voile du palais; en essayant de le faire, le malade est obligé d'abaisser cet organe, et cela suffit pour laisser passer le doigt au moment opportun.

Ajoutons encore quelques détails qui ont leur importance. L'ongle du doigt explorateur doit être coupé ras et soigneusement limé pour lui enlever tout tranchant qui causerait une douleur très-pénible au malade. Malgré cette précaution, on remarquera presque toujours des traces sanguinolentes sur la pulpe du doigt; elles sont dues à la grande vascularité des végétations, et on les considère même comme caractéristiques pour le diagnostic de ces tumeurs. Nous avons pourtant constaté l'absence de ce signe dans des cas incontestables de l'affection qui nous occupe.

On conseille de faire pencher la tête du malade en avant, afin d'obtenir que le voile du palais, obéissant aux lois de la pesanteur, s'écarte du fond du gosier. Cette mesure, destinée à faciliter l'examen rhinoscopique, a été essayée par nous également pour l'exploration digitale, mais nous avons vite compris qu'elle n'atteint le but proposé pour aucune de ces deux méthodes, et voici pourquoi: on n'a pas tenu compte de ce qu'en penchant la tête en avant, on approche du même coup la face de la colonne vertébrale et qu'on rétrécit ainsi notablement les dimensions du pharynx nasal d'avant en arrière. Nous croyons mieux faire en prescrivant au malade d'incliner le thorax en avant et la tête en arrière: de cette façon, nous combinons la plus grande distance entre le voile du palais et le fond du gosier avec l'éloignement de la face des vertèbres cervicales, et nous gagnons autant d'espace que les rapports anatomiques du crâne avec celles-ci le permettent.

Comparaison des deux méthodes entre elles. — L'*exploration digitale* nous permet de juger l'état de la paroi postéro-supérieure et des régions latérales du pharynx nasal, choses moins faciles à obtenir par la rhinoscopie, pour des raisons d'optique aisées à comprendre. Outre cela, le doigt nous fait reconnaître les parties dans leur position mutuelle, telle qu'elle est, tandis que, reflétées par le miroir pharyngoscopique, elles se présentent nécessairement en raccourci, groupées, par rapport l'une à l'autre, autrement qu'elles ne le sont en réalité. La palpation nous montre aussi si les végétations sont dures ou molles, chose importante pour le genre de traitement à adopter. Elle est d'un secours d'autant plus précieux qu'elle réussit presque toujours à la première tentative, et donne, par conséquent, immédiatement des résultats que la rhinoscopie fait quelquefois attendre pendant longtemps.

Tandis que l'examen digital nous renseigne sur la présence ou l'absence des tumeurs, sur leur siège, leurs dimensions, leur configuration et souvent sur leur insertion, le miroir *rhinoscopique,* par contre, nous montre l'état de la muqueuse, sa couleur et la nature de sa sécrétion; de plus, il nous permet de pénétrer profondément dans les fosses nasales. Il nous renseigne aussi sur l'existence de petites végétations de peu de consistance plus sûrement que la palpation.

Conclusion. — Ces deux méthodes se complètent et se fortifient l'une l'autre; il faut donc, autant que possible, les combiner dans l'examen du malade; le temps et la patience employés seront plus que récompensés par la précision du diagnostic et la possibilité, ainsi acquise, de guérir radicalement la maladie.

Nous avons encore à consacrer quelques lignes à une autre méthode de diagnostic: *l'inspection du pharynx supérieur par les fosses nasales.* D'après M. Zaufal et M. Michel, qui l'ont préconisée dans ces derniers temps, chacun de son côté, elle permettrait de reconnaître la présence des tumeurs adénoïdes. M. Zaufal (1) introduit des spéculums pleins, longs de 11 centimètres, dans les fosses nasales, et les avance jusqu'à ce que leur extrémité arrive dans le cavum pharyngien, presque à la hauteur du pavillon de la trompe d'Eustache. Il y a des instruments de différents calibres pour des conduits nasaux plus ou moins larges. Cette méthode permet, dans certains cas, d'étudier le pavillon de la trompe et des étendues plus ou moins considérables de la muqueuse du pharynx nasal.

Nous pouvons ajouter qu'il est quelquefois possible de soupçonner, de diagnostiquer presque, l'existence de tumeurs adénoïdes *pendant le cathétérisme de la trompe d'Eustache,* où le bec de la sonde rencontre alors un obstacle volumineux et résistant dans des régions qui doivent être normalement libres (comparez nos observations, loc. cit., p. 117—119); mais n'oublions pas que la certitude n'est jamais acquise autrement que par l'inspection pharyngoscopique ou par la palpation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juillet 1878. — Présidence de M. Labric.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

Les aliénés criminels. — M. Gallard dépose sur le bureau une brochure dans laquelle il a montré les dangers qu'il y avait pour la Société à rendre à la liberté les criminels que leur état mental a fait acquitter purement et simplement. Il rappelle avoir déjà porté la question au congrès de Bruxelles, où ses propositions ont été adoptées à l'unanimité. Il proposait de comparer judiciairement l'état de l'aliéné criminel à celui du mineur irresponsable, que l'on acquitte également, mais dont on exige l'internement dans une maison de correction jusqu'au moment où il devient responsable, c'est-à-dire jusqu'à sa majorité. Or M. Gallard demande qu'il en soit de même pour l'aliéné et qu'on exige son internement dans une maison d'aliénés jusqu'au moment où il cesse d'être irresponsable, c'est-à-dire jusqu'à sa guérison. Ce principe avait prévalu devant le congrès de Bruxelles. Encouragé par ce succès, M. Gallard a porté de nouveau la question à Paris devant l'Académie de médecine et devant la Société de médecine légale où elle est devenue l'objet d'une discussion longue et approfondie. M. Gallard s'était cru autorisé à formuler un projet de loi. Ce projet de loi a été vivement critiqué par plusieurs magistrats qui, même, ont démontré qu'il était inapplicable. D'autres ont été proposés, soit par des magistrats eux-mêmes, soit par des avocats; tous, après avoir été longuement discutés, ont été rejetés et la Société de médecine légale a dû se déclarer incompétente.

M. Empis présente, de la part de M. Bonnafont, une brochure intitulée: *Du degré de responsabilité morale des sourds-muets.*

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage, au nom de M. le docteur Guyot, sa thèse inaugurale ayant pour titre: *Hygiène et protection des enfants du premier âge.*

COMMUNICATIONS

Injections sous-cutanées de chloroforme. — M. Dujardin-Beaumetz rappelle que c'est à M. Besnier qu'on doit la généralisation, en France, des injections sous-cutanées de chloroforme. Entre les mains de M. Besnier, ces injections n'ont jamais donné lieu au moindre accident; il n'en a pas été de même entre les

(1) Zaufal, dans différents mémoires insérés dans les *Archives d'otologie* et dans la *Prager medicin. Wochenschrift.*

mains de ses imitateurs; il s'est produit, en effet, quelques accidents, dus sans doute au défaut de soin des opérateurs. Il faut, en effet, apporter beaucoup de soins et une grande attention dans la pratique de ces injections de chloroforme, et ce sont précisément ces soins et cette attention qui en empêcheront la généralisation. Il est bien évident, en effet, que ceux qui ont eu des accidents n'ont pas rigoureusement suivi la manière de faire de M. Besnier. Or, devant ces difficultés d'application des injections de chloroforme, on peut se demander si ces injections donnent de si grands avantages qu'ils compensent ceux des injections de morphine qui n'ont pas besoin d'être entourées des mêmes précautions. Cependant il n'en est pas moins vrai que les injections de morphine sont quelquefois mal supportées, qu'on ne peut jamais savoir exactement au premier abord quelle dose il convient d'employer suivant les sujets, et qu'enfin, quand elles sont trop longtemps répétées, comme cela a lieu chez les cancéreux par exemple, on produit cette série d'accidents qui ont été décrits sous le nom de morphinisme.

Il y aurait donc intérêt à se procurer une autre substance, moins toxique, mais tout aussi puissante. Or, pour certaines affections, pour les douleurs des femmes atteintes de cancer utérin par exemple, les injections de chloroforme ne remplacent pas celles de morphine; on n'arrive pas avec elles à procurer le calme et le sommeil que procurent les injections de morphine.

M. BESNIER répond que, du moment que les injections de chloroforme sont reconnues bonnes et utiles, c'est aux médecins à se placer dans les conditions nécessaires pour les bien pratiquer. Il fait connaître ensuite sa méthode. Voici d'ailleurs comment s'exprimait M. Besnier dans sa première communication sur ce sujet au *Bulletin de thérapeutique* :

Le premier malade sur qui je fis une injection de chloroforme, dit-il, était un homme de mon service de l'hôpital Saint-Louis, atteint d'une sacro-sciatique à douleurs atroces; il avait déjà été traité sans succès par divers médecins, qui ne lui avaient cependant ménagé ni les révulsifs cutanés ni les injections de morphine.

Je renouvelai moi-même les injections morphinées; elles produisaient toujours des vertiges et des cauchemars tels que le malade, tout à fait découragé et rebuté, se refusa, un matin, au traitement, aimant mieux conserver sa douleur, assez cruelle cependant pour qu'il fatiguât ses voisins par ses cris et ses gémissements incessants.

Il ne consentit à se laisser injecter que quelque chose qui ne contînt pas de morphine : ce fut du chloroforme. Dix gouttes furent introduites; pas de douleur; frémissement dans toute la cuisse; soulagement, non pas seulement immédiat, mais instantané; plusieurs heures de calme parfait. Le soir, une nouvelle injection de quinze gouttes fut faite, aussi heureuse et aussi innocente que la première ; le lendemain matin, j'injectai le contenu entier de la seringue, qui est de 1gr,20 environ, et, depuis, je fais d'emblée la même injection dans toutes les circonstances où il y a lieu de calmer une douleur locale, quelle qu'en soit la nature, quel qu'en soit le siège. Les malades se déclarent soulagés, aussi vite au moins et aussi longtemps qu'avec les injections de morphine. C'est là un fait sur lequel je n'ai pas à insister.

Mais ce que je veux affirmer, et ce que je trouve très-remarquable, c'est qu'aucun phénomène général ni local ne suit cette injection, qui est innocente au premier chef. La douleur produite par la pénétration du chloroforme est nulle, ou très-tolérable; aucune inflammation locale ne se développe, aucun nodus ne se forme quand l'opération est exécutée convenablement.

Je tiens essentiellement, en outre, à ajouter quelques mots sur ce dernier point, car il m'est aisé de constater souvent, soit en ville, soit à l'hôpital, que la majorité des médecins et des élèves pratiquent les injections sous-cutanées d'une manière qui peut n'être pas innocente, et qu'un bon nombre de médecins de la ville les pratiquent de manière à produire des phénomènes de phlegmasie locale.

Cependant, pour être sûr de ne pas avoir pénétré dans une veine, et ne pas être exposé à produire de graves accidents par l'injection poussée dans le système sanguin directement, il faut absolument introduire la canule-aiguille *seule*, laquelle donnerait immédiatement issue à une gouttelette sanguine, si elle était engagé dans un vaisseau.

D'autre part, pour être certain de ne pas produire de phlegmasie locale ni de point douloureux persistant au niveau de la piqûre, il faut que l'injection soit toujours faite dans l'hypoderme (j'appelle ainsi le sous-sol du tégument externe, la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée, dont l'épaisseur varie selon les régions et selon l'embonpoint des sujets); cette couche présente, en même temps qu'une tolérance toute particulière et une insensibilité très-propice aux injections, une faculté d'absorption extrêmement active. L'aiguille, lorsqu'elle est bien acérée et fine au point où on peut l'obtenir aujourd'hui, huilée exactement, peut être enfoncée à travers la peau sans douleur appréciable; une fois la face profonde de la peau dépassée, elle doit être engagée seulement dans l'hypoderme, mais aussi loin de la face profonde de la peau (obliquement ou verticalement) que le permet la région; aussitôt que la pointe de l'aiguille rencontre les parties sous-cutanées proprement dites : aponévroses, muscles, périoste, etc., la sensibilité reparaît. Le maniement de l'aiguille à la main est extrêmement facile aussitôt que la pointe a dépassé la face profonde du derme; il est très-aisé, si elle est maintenue dans l'hypoderme, de l'y mouvoir dans toutes les directions et de placer son extrémité au point convenable. Cela fait, l'adaptation de la seringue ne présente aucune difficulté, et l'injection peut être exécutée avec la plus absolue *sécurité*, aussi bien au point de vue des accidents locaux que des accidents généraux.

En résumé, il ressort d'un grand nombre des faits observés par moi que l'on peut, en opérant selon des règles précises, injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané du chloroforme pur, sans produire ni accident local, ni douleur vive, ni phénomène physiologique appréciable, et obtenir par ce moyen ce que l'on obtient des injections communes de morphine, *sans que le malade soit exposé à aucun des inconvénients ni des dangers* du morphinisme aigu ou chronique.

Je livre à l'examen et au contrôle des membres de la Société et de tous mes confrères l'indication d'une pratique que j'exécute publiquement depuis plusieurs mois et qui me semble innocente, bonne et utile.

Indépendamment des applications nouvelles et plus étendues que ce moyen thérapeutique et expérimental peut recevoir, ne serait-ce pas une chose précieuse de pouvoir soulager sans crainte de produire aucun phénomène pénible ou nocif? Combien de malades sont encore privés du bénéfice des injections sous-cutanées anesthésiques, dans la crainte des accidents, même les plus légers, du morphinisme aigu! Ce serait pour moi, si je ne me suis pas fait illusion, une bien vive satisfaction d'avoir contribué à multiplier encore les bienfaits si considérables que l'on doit à l'emploi des injections sous-cutanées anesthésiques.

Inutile d'ajouter que le chloroforme employé doit être d'une pureté convenable; si l'on se sert de celui des hôpitaux, s'assurer qu'il n'est pas depuis plusieurs mois dans les salles; enfin constater toujours soi-même par l'odeur que c'est bien du chloroforme, et non de l'éther ou quelque autre liquide analogue, qui a été livré. »

Endocardite ulcéreuse. — M. FÉRÉOL présente des pièces anatomiques provenant d'un malade qui a succombé dans son service. Il s'agissait d'un Italien qui, peu de temps avant son entrée à l'hôpital, avait été pris de douleurs, de frissons et de fièvre, et qui entra présentant l'aspect d'un rhumatisant dont le rhumatisme n'était pas très-accusé. On constatait surtout chez lui de l'agitation. L'auscultation du cœur faisait entendre un bruit de souffle voisin du piaulement, dont le maximum était à la pointe. Il s'agissait donc d'une endocardite non douteuse. On fit prendre à ce malade du salicylate de soude, et on lui appliqua des ventouses scarifiées. Le lendemain, il fut pris d'un violent frisson suivi de plusieurs autres; il se déclara une pneumonie à laquelle il succomba.

On trouva, à l'autopsie, une endocardite ulcéreuse, dans le poumon des noyaux apoplectiques, et, dans le cerveau, tous les caractères d'une pachyméningite alcoolique.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

63. Duret. — Études expérimentales sur les traumatismes cérébraux.
63 bis. Urdy. — Considérations sur le rhumatisme blennorrhagique et plus spécialement sur l'atrophie musculaire consécutive.
64. Goutard. — Du léontiasis syphilitique. Étude sur quelques cas de syphilides hypertrophiques diffuses de la face en particulier.
65. Remy. — Recherches histologiques sur l'anatomie normale de la peau de l'homme à ses différents âges.
66. Poisson. — De la gravité de la bronchite dans les déformations du thorax.
67. Goubert. — De l'étiologie des avortements à répétition.
68. Michaut. — De la rétention d'urine causée par l'hypertrophie de la prostate, et de son traitement.
69. Dehergne. — Contribution à l'étude clinique des polypes et corps fibreux de l'utérus.
70. Kauffmann. — Des fractures spontanées consécutives à l'ostéomyélite.
71. Codet. — De l'extraction des projectiles dans les blessures par armes à feu.
72. Bouchard. — Étude sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans un service de l'hôpital des Enfants-Malades (1876-1877).
73. Daricarrère. — Gravité, pronostic et traitement de l'anthrax.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude expérimentale et clinique sur la conine et ses sels, par le docteur Tiryakian. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cᵉ.

Étude clinique sur la peur des espaces (agoraphobie des Allemands), névrose émotive, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre, in-8° de 76 p. Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50. — Ad. Delahaye, éditeur.

Étude clinique sur les rapports de la congestion pulmonaire et de la pleurésie aiguë avec épanchement, par le docteur Serrand. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Mal perforant, par le docteur Butruille. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. Paris, A. Coccoz.

Du Beau dans les proportions. Nouvelle fonction oculaire, réponse à l'analyse publiée par M. le docteur Dechambre, sur le canon de Polyclète retrouvé, et les proportions harmonieuses, par le docteur L. Fock. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 83. — JEUDI 18 JUILLET 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 18 JUILLET 1878. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie avait à élire un membre associé libre. La question se posait surtout entre deux candidatures : celle, très-sympathique, d'un homme universellement estimé, notre cher collaborateur M. Brochin, dont l'espèce de fraternité qui nous unit dans un même journal m'empêche de dire ici tout le bien que j'en pense, et celle de M. Blanche, qui était patronnée par des amis très-chauds, très-actifs et très-influents. M. Blanche l'a emporté ; mais vingt-cinq voix sont restées acquises à M. Brochin, malgré son absence actuelle de Paris, qui aurait pu lui faire appliquer le proverbe : *les absents ont tort.*

Je ne parlerai pas du reste de la séance, où M. Colin m'a paru vraiment trop malmené par MM. Pasteur, Marey et Gavarret. M. Colin a adopté un rôle ingrat, mais dont, après tout, ses adversaires eux-mêmes devraient lui savoir gré, car il leur est en somme utile. En les forçant à subir l'épreuve d'une contradiction, trop passionnée peut-être, il assure la consécration la plus éclatante à leurs découvertes quand elles sortent triomphantes de cette épreuve. Ce n'est d'ailleurs pas un critique à mépriser. Il ne faudrait pas oublier qu'il a fait lui-même des découvertes et des travaux remarquables en appliquant une des méthodes les plus en vogue auprès des hommes du progrès, ce que l'on appelle aujourd'hui la *méthode expérimentale.* Nul ne peut contester qu'il soit d'une habileté rare dans la pratique des vivisections.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

De l'érythème copahique.

I.

Il est entré récemment, dans le service, un malade atteint d'une éruption cutanée survenue dans les circonstances suivantes :

Cet homme, dit-il, s'était toujours bien porté, quand, il y a huit jours, sans cause appréciable, il a vu survenir sur son corps des taches d'une nature particulière. Cette éruption, qui avait été le siège, dans les premiers jours de son apparition, de démangeaisons assez vives, avait été précédée d'un mouvement fébrile, d'ailleurs très-modéré, et caractérisé seulement par un peu de céphalalgie, de l'inappétence, et un certain sentiment de courbature dans les membres. Aussi le malade avait-il repris depuis quelques jours ses occupations habituelles, quand, inquiet de voir les taches persister, il cessa son travail et crut devoir entrer à l'hôpital.

A ce moment, il présentait sur le tronc, sur les membres, sur la face, des taches bien plus vives qu'elles ne le sont aujourd'hui, mais dont il offre encore des traces assez marquées Elles étaient caractérisées, [comme vous pouvez encore en juger, par une coloration un peu vineuse, et se présentaient sous forme de larges plaques faisant saillie de deux à trois millimètres au-dessus du niveau de la peau. Comme je vous l'ai dit, elles étaient disséminées sur tout le corps et ne s'accompagnaient d'aucun phénomène symptomatique, la légère démangeaison du début ayant à ce moment disparu.

En présence de cette éruption, il s'agissait d'en déterminer la nature, la cause, et de la dénommer.

Il ne paraissait pas, d'abord, que nous eussions affaire à une fièvre éruptive, comme on aurait pu le croire à première vue. Mais si, en y regardant d'un peu près, il était certain qu'il ne s'agissait pas d'une affection semblable, on pouvait se demander si l'on n'était pas en présence d'une de ces éruptions qui précèdent la variole, et auxquelles les Anglais ont donné le nom de *rash.* Avec un peu d'attention, il était facile de reconnaître que ce diagnostic n'était pas plus fondé. En effet, le rash se présente de plusieurs manières : tantôt, sous forme de taches rubéoliformes, associées les unes aux autres ; tantôt, sous forme de larges plaques non saillantes, semblables à celles de la scarlatine ; ou bien enfin, comme cela a lieu dans le rash hémorrhagique, elles figurent des taches étendues, très-violacées, et ne disparaissant pas sous la pression du doigt.

Quelque chose d'ailleurs, dans l'éruption de ce malade, démontrait que nous n'avions pas affaire à une éruption préparatoire à la variole. C'est que, dans le rash, les lésions sont ordinairement bornées au tronc, tandis qu'ici vous avez vu qu'elles étaient répandues sur toute la surface du corps. Enfin, autre caractère important, nous étions déjà au sixième ou huitième jour de la maladie : or, le rash n'a qu'une durée passagère, et, s'il se fût agi d'une éruption précédant la variole, il y aurait longtemps déjà que les pustules auraient apparu.

Ce n'était pas non plus une rougeole boutonneuse. Dans ce cas, en effet, l'éruption donne lieu à des démangeaisons intolérables, et d'ailleurs les phénomènes qui se produisent du côté des muqueuses viennent encore éclairer le diagnostic.

Était-ce alors un urticaire ? Au premier abord, on aurait pu le croire. Celui-ci est en effet caractérisé par des saillies rouges analogues à celles que nous avions sous les yeux, et se présentant tantôt sous forme de papules, tantôt sous forme de plaques. Mais celles-ci sont le siège d'une démangeaison assez vive, et, de plus, un caractère essentiel manquait, à savoir, ces apparitions et ces disparitions successives de l'éruption qui sont le propre de l'urticaire.

Qu'était-ce donc ? En examinant cette éruption, telle qu'elle existe encore aujourd'hui, on était frappé de ce caractère que les taches disparaissaient momentanément sous la pression du doigt. C'était ce qu'on appelle en dermatologie des taches exanthémateuses, et nous avions affaire à un véritable érythème généralisé. Mais à laquelle des différentes variétés de cette affection avions-nous affaire ?

Tout d'abord, ce n'était pas de l'érythème papuleux. Jamais, en effet, il n'est généralisé; il affecte certaines régions particulières, telles que le cou, le poignet, l'avant-bras, etc. Enfin, dans l'érythème papuleux, on ne trouve pas ces larges plaques que présente notre malade.

Il ne s'agissait pas ni de l'érythème papuleux, puisque nous n'avions pas de nodosité sur les membres, ni de la variété scarlatineuse, dont nous ne trouvons pas ici les caractères.

C'eût été plutôt un de ces érythèmes qu'on voit survenir chez certains individus à la suite de quelques maladies aiguës, comme l'entérite, la pneumonie, l'embarras gastrique même, le choléra, etc., variété symptomatique qui n'existe pas sans une maladie concomitante.

Telle était l'opinion à laquelle nous nous étions primitivement rangés. Mais comment expliquer cette éruption symptomatique ? Cet homme n'était pas malade, disait-il ; il n'avait eu ni selles indiquant un état maladif de l'intestin, ni rhumatisme, ni embarras gastrique, ni pneumonie.

L'absence de toute maladie antérieure m'obligeait donc à faire quelques réserves dans mon diagnostic. Aussi, continuant mon examen, en voyant cette éruption disséminée sous forme de larges plaques de couleur violacée, je me demandai s'il ne s'agissait pas plutôt de cet érythème spécifique qui suit l'administration de certaines résines, et en particulier du copahu. Mais, pour que cette manière de voir fût fondée, il fallait s'assurer si cet homme n'avait pas fait usage de copahu, et surtout s'il n'était pas atteint d'une affection dans laquelle cette substance est indiquée, notamment de blennorrhagie.

Dirigeant alors mes recherches de ce côté, j'ai examiné le méat, et j'ai constaté en ce point une rougeur, moins marquée, aujourd'hui, mais néanmoins encore bien manifeste. De plus, en pressant le gland, j'ai fait saillir, à l'orifice de l'urèthre, une certaine quantité de muco-pus qui ne m'a pas permis de douter plus longtemps de l'existence d'une blennorrhagie. De là, à admettre que cet homme avait pris du copahu, il n'y avait qu'un pas ; en effet, interrogeant le malade, il a fini, après quelques réticences, par avouer que, il y avait environ quinze jours, il avait fait usage de cette substance, dans le but de tarir un écoulement dont le début remontait à un mois. Nous avions donc la confirmation de ce que j'avais pensé, avec ce fait toutefois, que j'ai pensé à admettre, à savoir que l'éruption aurait apparu, au dire du malade, dix jours environ après la cessation du médicament.

Mais nous ne nous en sommes pas tenu là : nous avons examiné les urines, et nous avons constaté la présence, dans ce liquide, de deux ou trois petits flocons tire-bouchonnés, comme il en existe dans les urines des individus qui ont la blennorrhagie, et qui ne sont autres que des filaments de muco-pus sécrété par le canal de l'urèthre.

Enfin nous avons recherché si, au moyen de l'analyse chimique, nous ne pourrions pas mettre en évidence la présence, dans les urines sécrétées par notre malade, de la résine de copahu.

C'est une excellente précaution qui atteste souvent, d'une manière incontestable, que le malade a fait usage de la substance incriminée. Traitant alors une petite quantité de ce liquide par l'acide nitrique, nous avons vu se former, à la partie supérieure du récipient, un léger nuage qui ressemblait à de l'albumine. Mais l'addition de quelques gouttes d'alcool nous a montré que ce dépôt n'était pas dû à cette substance, mais bien à une résine, et, très-vraisemblablement, à de la résine de copahu, l'albumine n'étant pas soluble dans l'alcool.

Nous étions donc naturellement conduit à conclure que la maladie que nous observions chez cet homme était une éruption copahique.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Tumeur maligne de la fosse ischio-rectale.

I.

Un de nos confrères de la Bourgogne envoie dans notre service un jeune garçon âgé de seize ans, très-robuste et développé comme un homme de vingt-cinq ans. Il s'est toujours très-bien porté, et dit n'avoir eu à se plaindre que d'abcès au cou ; nous n'en trouvons pas de cicatrices.

Il y a trois ans, en jouant avec ses camarades, il a fait une chute, à la suite de cette déplorable plaisanterie qui consiste à retirer la chaise d'un individu qui veut s'asseoir. Cependant il ne ressentit plus rien à la suite de cette contusion.

Il y a quatre mois, il s'aperçut du développement d'une tumeur occupant la pointe de la fesse et ayant déjà acquis le volume de deux noix. Il consulta à cette époque le médecin qui constata que la tumeur était très-mobile sous la peau ; il prescrivit de l'iodure de potassium. On a généralement le tort de prescrire ce médicament dans les cas de néoplasmes quels qu'ils soient : il n'a d'autre effet que de contribuer à détraquer l'estomac des malades, et à augmenter la cachexie qui les mine, au moins tout autant que le néoplasme lui-même. C'est ce qui est arrivé ici : le jeune malade a perdu l'appétit et a maigri beaucoup.

La tumeur s'est développée très-rapidement, et aujourd'hui elle proémine à la pointe de la fesse, en y formant une masse du volume de la tête d'un fœtus à terme. Cette tumeur est arrondie ; incorporée dans l'épaisseur de la fesse, elle semble adhérer aux parties profondes ; elle se perd avec les autres parties molles.

La peau qui la recouvre est tendue, luisante ; elle présente cette rougeur qui n'est pas celle de l'inflammation, mais la rougeur des téguments distendus, menacés de s'ulcérer.

La tumeur proémine sur la ligne médiane, et bouche l'orifice anal assez complètement. Elle gênerait même parfois l'émission des urines, ce qui n'est pas rare dans les affections qui intéressent les muscles du périnée; il y a un retentissement facile à s'expliquer sur le col de la vessie.

La tumeur n'est pas douloureuse ; elle produit de la gêne plutôt en dehors de la région propre du néoplasme, vers la cuisse et le jarret; le malade boîte légèrement. On constate un peu d'anesthésie au pourtour de la tumeur; elle est due sans doute à la compression de quelques branches des nerfs fessiers qui fournissent aux téguments de cette région.

Elle offre de la résistance au toucher, mais ne donne pas la sensation de masse pierreuse. Sa surface est régulière. On pourrait avoir une apparence de fausse fluctuation, mais il ne faut pas s'y tromper, la tumeur est solide.

En pratiquant le toucher rectal, on sent parfaitement la tumeur ; elle remonte au moins à 4 ou 5 centimètres le long de la paroi rectale, mais celle-ci n'est pas envahie : j'ai pu mobiliser quelque peu la muqueuse rectale; j'espère qu'elle n'est pas atteinte, toutefois les couches externes de la paroi rectale, le releveur de l'anus, pourraient ne pas être indemnes. Ce sera un point important à surveiller pendant l'opération, car il faudra, à tout prix, conserver au moins la muqueuse.

La simple palpation avec la main permet de constater une élévation locale de la température assez considérable.

Cette tumeur est certainement une tumeur fibro-plastique à marche rapide, et qui doit renfermer une grande quantité d'éléments nucléaires. D'où vient elle, et où siége-t-elle? Elle n'est pas simplement sous-cutanée, car elle n'est guère mobile pour avoir cette origine. Elle pourrait être seulement sous-musculaire; son peu de mobilité tenant à ce qu'elle est bridée par les fibres du grand fessier et par son aponévrose, qui la recouvrent. On pourrait encore supposer qu'elle est intra-musculaire, et expliquer ainsi son peu de mobilité. Mais il ne faut pas oublier que, dans cette région, les tumeurs ont généralement des connexions avec le squelette : elles ne sont pas sessiles sur l'os; elles peuvent se pédiculiser plus ou moins, et de là s'étendre vers l'extérieur et flotter dans le tissu conjonctif.

On sait, par exemple, que chez les femmes les tumeurs parties de la crête iliaque, et allant faire saillie soit dans la cavité pelvienne, soit dans la fosse iliaque externe, ne sont pas très-rares. On en a aussi observé qui avaient leur point de départ sur le périoste des apophyses épineuses des vertèbres. M. Guyon a attiré l'attention sur ce point.

Dans le cas présent, la tumeur pourrait avoir son point de départ sur l'ischion, sur la pointe du coccyx, sur l'échancrure ou l'épine sciatique.

C'est beaucoup plus probable que de supposer qu'elle n'est qu'intra-musculaire.

D'un autre côté, il est certain qu'elle a des adhérences avec les organes voisins, et, comme nous ne savons jusqu'à quelle profondeur elle peut aller dans la cavité pelvienne, il faut prévoir que son extirpation sera une opération très-minutieuse et très-laborieuse.

L'indication est cependant formelle : il faut enlever le plus vite possible cette tumeur qui se développe rapidement, et est constituée par des éléments jeunes. Il faut se hâter de l'opérer avant qu'elle se généralise : nous n'avons actuellement encore aucun signe qui puisse nous faire craindre que les autres organes soient envahis; les ganglions inguinaux sont sains. Si nous tardions plus longtemps, la santé générale se détériorerait, et nous arriverions rapidement à la cachexie.

Il faut donc faire l'opération sans retard. Depuis cinq jours que j'ai vu le malade pour la première fois, je trouve que la tumeur est déjà plus volumineuse. Mais cette indication formelle ne me fera pas négliger une autre règle aussi formelle : celle de ne jamais opérer, à moins d'urgence absolue, un malade venu de la province, le lendemain ou le surlendemain de son arrivée à Paris. Il y a toujours une certaine perturbation inconsciente dans l'état d'un malade qui change de résidence : il est évident qu'elle est surtout importante dans le cas des malades qui quittent un pays sain pour venir à Paris, et, *à fortiori*, pour venir dans les hôpitaux de Paris (fièvre nosocomiale, hospitalisme).

Jamais donc cette perturbation, quelque passagère qu'elle soit, ne doit coïncider avec le traumatisme des grandes opérations.

Outre cette précaution, notre jeune malade sera soumis à la préparation d'usage, à laquelle nous soumettons tous nos opérés. Vous savez qu'elle consiste : 1° à nettoyer la peau le plus complètement qu'il est possible; un, deux, trois bains sont administrés de façon que la peau fonctionne parfaitement. 2° On prescrit un purgatif, pour assurer de même l'évacuation du tube digestif et son fonctionnement régulier.

Avant d'entreprendre une opération aussi grave, je crois qu'il faut se tracer un plan aussi complet que possible, et prévoir les éventualités auxquelles on pourra être exposé. Je ne suis pas, en effet, de ces chirurgiens très-habiles qui disent qu'avant de faire une opération ils ne savent pas ce qu'ils vont faire, et qui paraissent n'être guidés que par des inspirations subites. Je préfère suivre le procédé moins brillant peut-être, mais plus sûr, qui consiste à méditer ses opérations, à y songer beaucoup, et à chercher à en prévoir toutes les éventualités.

La tumeur étant accolée au rectum, il faudra éviter avec soin d'atteindre la paroi rectale : je me propose donc d'aborder la tumeur par la région extérieure d'abord, et de ne la décoller du rectum qu'à la fin de l'opération, quand je pourrai la faire basculer à volonté; dans cette dissection je n'oublierai pas le voisinage de l'artère hémorrhoïdale supérieure. De même, comme il y a insensibilité de la moitié de la peau de la verge et du scrotum, je suis assuré que le nerf honteux interne est comprimé par la tumeur, et par conséquent qu'il est en contact avec elle probablement au niveau de l'échancrure ou de l'épine sciatique. Si le nerf est paralysé, l'artère honteuse interne qui l'accompagne ne devra pas non plus être oubliée.

Il peut se faire que la tumeur pénètre dans le bassin. Pour éviter le péritoine, il faudra de grandes précautions, et dans la dissection de la tumeur, je devrai respecter autant que possible le plancher périnéal, au moins sa portion la plus profonde et la plus supérieure, constituée par le releveur de l'anus.

Les plexus veineux, très-développés ordinairement dans cette région, le sont encore davantage dans le cas pathologique qui nous occupe, à cause de la gêne permanente de la circulation. D'autre part, le rectum est un vrai réservoir de matières septiques; il faudra les plus grands soins de propreté et les plus grandes précautions opératoires. Si, en effet, nous sommes maîtres de la fièvre traumatique dans les plaies ouvertes, il n'en est plus de même dans les opérations cavitaires, où l'on a à redouter les érysipèles, les lymphangites, les phlegmons diffus, etc.

Je ferai l'incision des tissus en circonscrivant les trois quarts externes de la tumeur; puis, après avoir débridé la tumeur en sectionnant les fibres du muscle grand fessier qui coiffe la tumeur, je continuerai vers la profondeur comme si je voulais découvrir l'ischion et sa branche montante; je pourrai ainsi éviter les vaisseaux et les nerfs. L'énucléation de la tumeur

sera faite à ce niveau, suivant les insertions qu'elle peut avoir. Il y a là évidemment un fait inconnu, et que nous ne pouvons trancher qu'au cours de l'opération. Je pourrai être obligé peut-être de réséquer une partie de l'os, de le ruginer au niveau des adhérences, etc.

Il est bien entendu que c'est avec le thermocautère, et pas avec le bistouri que nous ferons toutes nos incisions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes-rendus des épidémies qui ont été observées en 1877 dans les départements du Doubs, de la Loire-Inférieure, de Seine-et-Oise, de l'Hérault, de l'Oise, de la Haute-Marne, des Hautes-Pyrénées, des Hautes-Alpes, de l'Yonne, de la Haute-Savoie, du Morbihan, des Pyrénées-Orientales, de la Haute-Loire, de Tarn-et-Garonne, de Loir-et-Cher, de l'Allier, de l'Aube, de la Savoie et de la Charente (commission des épidémies);

2° Les rapports généraux de MM. les médecins inspecteurs des eaux d'Évians, de Gréoulx, d'Avène, de Patropola, d'Eaux-Bonnes, pour l'année 1876 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Courmont, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté relatif au *traitement de l'asphyxie* (accepté).

M. BÉCLARD présente un ouvrage de M. Édouard Fournié, intitulé : *Application des sciences à la médecine.*

Le livre de M. Fournié, dit-il, est tout à la fois un recueil historique des principaux faits de la physiologie et des sciences physiques considérées dans leurs relations avec les progrès de la médecine, et un *manuel pratique* où se trouve décrits les procédés que le médecin emprunte aux sciences en général pour les appliquer dans l'exercice de son art. Les médecins trouveront donc dans l'ouvrage de M. Fournié un tableau d'ensemble représentant les développements de l'anatomie et de la physiologie depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, et, de plus, une sorte de *memento pratique* qui pourra les guider dans l'emploi des procédés scientifiques tels que : transfusion du sang, absorption des médicaments par la peau et les muqueuses, ophthalmoscopie, laryngoscopie, microscopie, thermométrie, électricité, analyses chimiques des produits de l'organisme, parasitisme végétal et animal, etc., etc.

M. PASTEUR, à propos du procès-verbal, revenant sur sa discussion avec M. Colin, offre à celui-ci de le faire assister, en présence d'un membre de l'Académie qu'il aura désigné lui-même pour commissaire, à l'autopsie d'une poule infectée de charbon et pleine de bactéridies.

Sur la proposition du président, l'Académie décide que la commission déjà nommée pour assister aux constatations demandées par MM. Pasteur et Colin sera également chargée de celle-là.

LECTURE

M. le docteur Lefebvre (du Nord) lit un mémoire *sur les divers procédés balnéatoires au point de vue de la position horizontale considérée comme la meilleure pour provoquer la sudation par la vapeur d'eau*, et il présente une série de nouveaux types d'appareils vaporifères portatifs.

Il rappelle qu'il a eu l'honneur de présenter à l'Académie différents appareils vaporifères portatifs dont l'utilité thérapeutique a été démontrée par les résultats obtenus dans les hôpitaux et constatée par le rapport approbatif de l'Académie.

Depuis, l'expérience lui a prouvé qu'au point de vue pratique ces appareils étaient encore trop lourds, trop encombrants et le prix trop élevé. Désireux de rendre plus simple et plus facile cette méthode thérapeutique qui a pour but la sudation provoquée par la vapeur d'eau, il fit de nouvelles investigations, et, après de nombreux essais, il parvint à faire construire des appareils dont le volume, le poids et le prix sont diminués des deux tiers. Ils sont donc plus portatifs, plus économiques, et produisent des effets plus prompts que leurs précédents.

Il n'est pas indifférent de provoquer des sueurs profuses, soit à l'aide des bains de vapeur ou de tout autre procédé qui ne remplirait pas toutes les indications physiologiques, sans exposer le patient à des accidents dont la nature peut varier selon la position et les conditions dans lesquelles ces sueurs sont obtenues.

Lorsqu'on prend le bain de vapeur étant assis, par exemple, dans ce cas, les jambes fléchies et le corps placé verticalement forment, pour ainsi dire, deux angles opposés; le tout, enveloppé jusqu'au col, est soumis à un degré de chaleur très-élevé.

De cette position, dans ces conditions, il résulte fréquemment l'anémie du cerveau, la défaillance, la syncope, en un mot l'affaiblissement.

Les bains turcs ou orientaux présentent d'autres inconvénients, et prédisposent à des accidents d'une nature différente. Comme les plus fréquents, on peut citer la congestion cérébrale ou pulmonaire. En effet, enfermé dans une chambre bien close, on ne respire que de l'air chauffé à une haute température, conséquemment dépourvu en partie de son oxygène; ce qui explique cette gêne de la respiration, cette pesanteur à la tête, ce trouble de la vue, en un mot, l'afflux trop considérable du sang vers les extrémités supérieures. On comprend, dès lors, que beaucoup de personnes ne puissent supporter ces sortes de bains, et, s'ils peuvent rendre quelques services au point de vue de l'hygiène, il n'en est pas de même au point de vue de la pratique médicale et de la thérapeutique. Les sueurs qu'ils excitent sont insuffisantes pour produire des effets physiologiques assez puissants pour éliminer de l'économie l'élément morbifique de certaines maladies. De plus, on ne peut pas toujours se rendre aux établissements publics, pour des raisons faciles à comprendre. Ces considérations et ces faits, affirmés par l'observation clinique de l'expérimentation physiologique, militent en faveur des appareils vaporifères pour administrer le bain de vapeur dans le lit.

Depuis de longues années que l'auteur a pour ainsi dire érigé la sudation en méthode thérapeutique, et notamment dans les nombreux cas de maladie qu'il a traités à l'aide de ses appareils vaporifères dans les hôpitaux civils et militaires, il peut affirmer que pas un seul accident d'aucune nature ne s'est produit. Cependant, dans certaines affections chroniques ou constitutionnelles, il a souvent fait administrer un bain de sudation chaque jour, jusqu'à concurrence de cent et plus, sans qu'il y eût apparence d'affaiblissement. On ne peut attribuer cela qu'aux procédés mis en usage, joints à la position horizontale qui est incontestablement la meilleure pour prendre le bain, à la condition que la vapeur soit bien distribuée, divisée et répartie sur la surface du corps, de manière que, pendant la durée du bain, la température soit un peu plus élevée aux extrémités inférieures, et que le patient, pour qui toute sensation de brûlure est impossible, puisse régler à son gré la vapeur et la chaleur qu'il reçoit, et respirer librement de l'air oxygéné, sans être exposé au refroidissement dans aucun temps de l'opération.

Telles sont les principales indications à observer pour que les bains de vapeur soient efficaces, et ne présentent aucun danger.

Dans certaines affections rhumatismales ou douleurs articulaires, il est quelquefois nécessaire, avant le bain général et même indépendamment de celui-ci, d'administrer des douches de vapeur alternativement sur les côtés de l'articulation. M. Lefebvre a observé alors que l'action immédiate de l'air sur la partie préalablement douchée nuisait à l'efficacité de la douche. Pour obvier à ces alternatives de chaud et de froid, il a imaginé un appareil à double effet, à l'aide duquel on cerne pour ainsi dire l'articulation entre deux

douches, de manière à produire en même temps et sans interruption les effets de l'incubation et une double dérivation sur toutes les parties du corps.

Ces différents instruments, par le seul fait de certaines dispositions mécaniques inhérentes à leur construction, distribuent de la vapeur relativement sèche puisqu'elle allume le feu, c'est-à-dire qu'en la dirigeant sur des charbons dont un seul est allumé, au lieu de produire l'extinction de ce charbon, comme le ferait la vapeur aqueuse, elle allume successivement tous les autres, active la combustion avec une grande puissance et se consume.

Ce résultat est obtenu sans avoir recours au surchauffage de la vapeur qui détériore le métal et présente des dangers sérieux.

Si cela peut offrir quelque intérêt au point de vue physique, l'importance n'en est pas moindre au point de vue physiologique et thérapeutique, car on n'ignore pas que moins la vapeur est aqueuse, moins elle brûle le tégument externe, mieux elle réchauffe l'économie et plus elle excite rapidement et énergiquement la sudation et conséquemment l'élimination par le vaste émonctoir cutané.

Au point de vue des inhalations, la vapeur dite sèche est plus respirable et meilleur véhicule de médicaments que la vapeur aqueuse, et, contrairement à l'eau pulvérisée, pénètre librement avec l'air atmosphérique dans les ramifications les plus ténues des poumons et assure l'absorption des substances médicamenteuses dont elle est imprégnée. Elle possède toutes les propriétés du cataplasme par son action émolliente, détache les mucosités qui tapissent les muqueuses des voies aérifères, facilite l'expectoration, calme l'irritation et fait cesser le spasme. On ne doit avoir aucune crainte de la diriger directement sur les parties les plus délicates, telles que les yeux, la bouche, le nez, les oreilles, les plaies, etc., parce qu'elle n'entraîne pas d'eau. Et les douches sont d'autant plus puissantes que l'on peut les serrer de plus près et plus longtemps sur une même partie du corps; ce qui permet au calorique, en pénétrant de proche en proche, de produire plus profondément et plus efficacement les effets de l'incubation.

M. Lefebvre met sous les yeux de l'Académie :

1° Un appareil vaporifère portatif pour administrer dans le lit des bains de vapeur, des douches et des inhalations;

2° Un appareil à douches à double effet pour produire, en même temps que les effets de l'incubation, une double dérivation sur les articulations et toutes les parties du corps;

3° Un inhalateur vaporifère avec récipient dans lequel on soumet les substances volatiles à un courant de vapeur pour les inhalations et les petites douches sur les parties délicates;

4° Un appareil vaporifère dit *ophthalmique* qui permet de diriger directement sur les yeux la vapeur simple ou médicamenteuse,

Et 5° un fumigateur mobile pour bains sulfureux et médicinaux.

ÉLECTION.

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre dans la section des associés libres.

La commission présente :

En 1re ligne : M. Blanche,
En 2e ligne : M. Brochin,
En 3e ligne : M. Maximin Legrand,
En 4e ligne : MM. de Rause et Decaisne.

Le nombre des votants étant 72, majorité 37,

M. Blanche obtient	43	suffrages,
M. Brochin —	25	—
M. Decaisne —	2	—
M. de Rause —	1	—
M. Sée —	1	—

En conséquence M. Blanche, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé libre.

DISCUSSION SUR LA MÉTHODE GRAPHIQUE.

M. MAREY reproche à M. Colin une hostilité systématique, hostilité qui se traduit d'une de ces trois manières : ou bien, quand la méthode graphique a conduit à une démonstration de faits controversés, mais déjà admis par certains auteurs, M. Colin s'écrie : « Cela n'est pas neuf »; ou bien, lorsqu'il s'agit de démonstrations incontestablement nouvelles, il s'écrie tantôt : « Cela n'est pas vrai », et tantôt : « Cela ne sert à rien ».

Une pareille méthode serait bien faite pour décourager les travailleurs si tout le monde raisonnait ainsi. Ce n'est pas là de la critique, telle que l'aiment toujours les chercheurs consciencieux, les inventeurs de bonne foi, c'est du dénigrement pur et simple. En effet, il ne s'agit pas pour M. Colin de voir en quoi on peut s'être trompé dans l'application d'une méthode et de procédés nouveaux, mais de ravaler cette méthode et ces procédés en eux-mêmes. Une discussion sur de telles bases ne pourrait mener à rien de bon.

M. GAVARRET commence par rappeler que la méthode graphique n'a pas été appliquée d'abord aux études physiologiques, mais qu'elle est née dans les sciences exactes. C'est à la mécanique, à la physique que les Pouillet, les Poncelet, les Regnault l'ont fait servir en premier lieu. Certes on avait fait de beaux travaux sur la transmission des ondes sonores avant que Regnault les étudiât au moyen de la méthode graphique, et cependant que de découvertes elle lui a permis de faire!

Il a pu mesurer, ce qui était jusque-là complètement impossible, les modifications produites dans la vitesse du son par un très-grand nombre de circonstances telles que l'épaisseur des parois d'un tube, la force première d'émission, le timbre, etc. Jamais, sans l'enregistrement automatique, sans les infinies divisions du temps que l'on peut obtenir ainsi, il n'y aurait eu moyen de songer à élucider ces problèmes. Les mêmes procédés, dans leurs applications à la physiologie, n'ont pas rendu de moindres services entre les mains des Hertz, des Donders, etc.; ils ont permis de mesurer l'espace de temps qui sépare la réception de l'impression par les nerfs sensitifs de diverses natures et sa perception par le cerveau; elle a prouvé que la sensation arrivait plus vite lorsqu'elle se rattachait à la sensibilité générale que lorsqu'il s'agissait de l'ouïe, qu'elle était encore plus lente pour les impressions visuelles, etc., etc.

M. Colin considère peut-être tous ces détails comme de peu d'importance, mais M. Gavarret déclare qu'il est d'un avis tout opposé.

L'orateur en vient aux critiques que M. Colin a formulées à propos d'un rapport daté de l'année 1863, et dans lequel la méthode graphique était en cause pour la première fois devant l'Académie. Suivant M. Colin, ce rapport, que M. Gavarret a rédigé au nom d'une commission dont il faisait partie avec des cliniciens d'une haute valeur, aurait eu le tort de faire la part trop belle à la nouvelle méthode, et d'attribuer à MM. Chauveau et Marey, le mérite de découvertes faites depuis longtemps. Mais M. Gavarret s'attache à établir, par les termes mêmes de son rapport, que ce reproche est mal fondé. De quoi s'agissait-il, en effet, en 1863?

Un homme éminent, M. Beau, avait ébranlé les doctrines classiques par sa nouvelle théorie des bruits du cœur; presque toute la jeune génération médicale était avec lui; tous les ouvrages de pathologie publiés entre les années 1858 et 1863 portent la trace plus ou moins profonde du passage de ce novateur. Dans de telles circonstances, MM. Marey et Chauveau eurent le grand mérite de se servir des procédés graphiques pour apporter des démonstrations indiscutables à l'appui des idées anciennes, idées parfaitement justes, mais à cette époque généralement abandonnées.

C'est là ce que M. Gavarret a établi dans son rapport, et le résultat, on l'a vu bientôt. Un an, jour pour jour, après la lecture de ce rapport, Beau a voulu défendre sa théorie blessée à mort par les recherches de MM. Marey et Chauveau. La discussion a duré plusieurs mois, car Beau était un argumentateur de premier ordre, un logicien serré, un orateur plein de ressources. Mais déjà il se trouvait seul, et après cette discussion le triomphe des doctrines classiques traditionnelles était évident pour tout le monde. Qui croit actuellement à ce que professait Beau? M. Colin paraît ne rien savoir de tout cela. Il dit : « Qui donc a jamais cru que le choc du cœur était produit par la systole des oreillettes? » Mais c'est là le fond même de la théorie de Beau. Il ajoute qu'il était indifférent de démontrer à l'aide du cardiographe que la pression augmentait peu à peu dans les ventricules pendant le repos complet du cœur. Mais Beau ne soutenait-il pas que, pendant le repos du cœur, il ne pénétrait pas une goutte de sang dans les ventricules? Il fallait que le cardiographe par l'augmentation de pression constatée, prouvât que

le sang y pénétrait par son propre poids pendant le repos du ventricule et de l'oreillette. Il n'était pas indifférent non plus de montrer avec précision combien de temps durait l'activité de chacune des parties du cœur, de faire voir que la contraction de l'oreillette dure un douzième et celle du ventricule un quart de la révolution totale, etc. Cette analyse délicate des mouvements du cœur était nouvelle et irréalisable par tout autre moyen. Ainsi recherches les de MM. Marey et Chauveau atteignaient un double résultat : d'une part elles apportaient une confirmation éclatante pour des vérités qu'on méconnaissait, et d'autre part elles élargissaient le cercle des notions acquises. Voilà ce qu'a dit M. Gavarret dans le rapport incriminé, voilà ce qu'il dirait encore s'il avait à le refaire. Il vient de le relire; eh bien! aujourd'hui, après quinze ans, il n'aurait pas à en retrancher, pas à y ajouter un seul mot.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 juillet 1878. — Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Action physiologique de l'aconitine. — M. LABORDE montre une série de graphiques indiquant les résultats de ses expériences sur les effets physiologiques de l'aconitine.

De la présence des nerfs dans les végétations. — M. LELOIR a recherché s'il existe des nerfs dans les végétations. L'acide osmique ne lui a donné aucun résultat comme d'ailleurs il s'y attendait, les nerfs étant dépourvus de myéline dans les tissus enflammés. Il a ensuite recherché les cylinder axis au moyen du chlorure d'or. Le procédé de Löwin, qu'il a d'abord employé, ne lui a décélé la présence d'aucun cylindre axe, mais lui a donné en revanche de très-belles préparations des vaisseaux colorés en violet foncé. C'est surtout le procédé décrit récemment par M. Ranvier qu'a employé M. Leloir. Malgré ses recherches portant sur un grand nombre de végétations, il n'a pu découvrir la moindre trace de filet nerveux. La présence des nerfs dans les végétations lui semble donc très-problématique. Il rappelle d'ailleurs que les végétations sont à peine sensibles à leur extrémité et que leur sensibilité siège surtout au niveau du pédicule; que certains tissus presque dépourvus de nerfs (dure-mère rachidienne) peuvent néanmoins être sensibles et que leur excitation peut produire les plus vives douleurs quand ils sont enflammés, comme l'a montré M. Vulpian.

De l'attaque hystéro-épileptique. — M. CHARCOT fait une communication sur ce sujet : L'attaque hystéro-épileptique, dit-il, présente au milieu de ce grand désordre apparent une certaine régularité qui se retrouve d'ailleurs dans toutes les choses de la nature. Il entend parler de l'hystéro-épilepsie à crises mixtes, c'est-à-dire de la grande hystérie dans laquelle l'une des phases de l'attaque prend le caractère épileptique, et non de l'hystéro-épilepsie à crises séparées dans laquelle la malade a tantôt une crise hystérique, tantôt une crise épileptique.

Dans l'hystéro-épilepsie à crises mixtes l'attaque présente une première phase que M. Charcot appelle la phase épileptique ou épileptoïde.

Après l'aura, qui varie suivant les individus, la malade est prise d'une crise qui ressemble en tous points à l'épilepsie; mais elle en diffère surtout en ce que la compression de l'ovaire ou le passage d'un courant électrique de la tête aux pieds arrête immédiatement les accidents, tandis que rien de semblable n'a lieu dans l'épilepsie vraie. Après cette première phase, il se produit un arrêt, une sorte d'entracte qui sépare la première de la seconde période; celle-ci, que M. Charcot appelle la période des contorsions, est intéressante au point de vue historique autant qu'au point de vue clinique : la malade s'assoit sur son lit et se rejette brusquement en arrière, et cela à plusieurs reprises successives, avec une violence inouïe; d'autre part, elle se plie en forme de pont, en prenant ses points d'appui seulement sur la tête et les pieds. Enfin, dans cette période, la malade prend les poses les plus excentriques, les plus grotesques, si bien qu'on pourrait l'appeler la période du *clownisme*. Si on la réveille en ce moment, elle entre en délire et commence à vous raconter son histoire, toujours la même. La troisième période est celle des attitudes passionnelles. Le regard devient fixe et exprime tantôt la crainte, tantôt la joie, tantôt le cynisme le plus accentué; c'est dans cette période que la malade parle d'Alphonse ou de Camille, voit des fleurs, entend de la musique, puis, passant à des idées plus sombres, raconte une scène d'assassinat, voit un ennemi, voit du sang, etc. La quatrième période est celle que M. Charcot a appelée la période post-hystéro-épileptique, ou période des hallucinations, période pendant laquelle la malade voit des animaux, le plus souvent des rats, des serpents, des vipères, en général des animaux noirs; puis tout est fini, à moins qu'une nouvelle attaque ne recommence avec les mêmes phases.

Ces caractères des diverses phases ont pu être représentés graphiquement. M. Charcot prie MM. Richer et Regnard de montrer ces graphiques à la Société et de donner sur eux quelques explications.

M. RICHER s'exprime ainsi :

La période épileptoïde de la grande attaque hystéro-épileptique est faite sur le modèle de l'attaque de l'épilepsie vraie. Nous avons, M. Regnard et moi, appliqué les procédés graphiques à l'étude des convulsions externes. Sur les tracés que nous avons obtenus en appliquant le tambour enregistreur du myographe sur les muscles de la partie antérieure de l'avant-bras, on distingue facilement trois phases :

1° Phase tonique,
2° Phase clonique,
3° Phase de résolution.

1° La phase tonique est marquée par une ligne ascendante diversement ondulée et suivie d'un plateau qui répond au maximum de contraction du muscle;

2° La phase clonique qui suit est représentée par une sorte de dentelure d'abord très-fine. Peu à peu les dents augmentent d'étendue, à mesure que la courbe baisse vers la résolution;

3° Enfin, à la phase de résolution ou de sommeil stertoreux, le muscle, complètement relâché, est sans mouvement, et l'aiguille du myographe ne saurait tracer qu'une ligne droite.

M. MAGNAN, comparant ces tracés à ceux qu'il a obtenus avec M. Franck dans l'épilepsie produite expérimentalement sur les animaux, fait observer que, dans l'épilepsie expérimentale, au lieu d'un repos absolu entre les deux premières phases, comme cela a lieu sur les tracés de MM. Richer et Regnard, on a une ligne dentelée indiquant qu'il persiste un léger tremblement.

M. REGNARD fait une communication sur l'influence des courants électriques dans l'attaque d'hystéro-épilepsie. Un courant électrique, et surtout l'interversion de ce courant, arrête le spasme à quelque période que soit l'attaque et diminue ceux qui doivent se produire consécutivement.

M. PAUL BERT, à l'occasion de la remarque faite par M. Charcot, que l'attaque hystéro-épileptique présente une certaine régularité, fait observer qu'il a publié, il y a longtemps, les résultats de ses expériences sur des chiens choréiques. Si on attache ces chiens après un appareil enregistreur, on voit que ces secousses, en apparence si irrégulières, se rhythment très-bien. Les mêmes observations s'appliquent donc, à ce point de vue, aux hsytériques et aux chiens choréiques.

M. Bert fait ensuite plusieurs communications à la société.

De l'oxyde de carbone. — Il a fait, sur l'oxyde de carbone, une série d'expériences qui lui ont montré que ce gaz n'était pas seulement un poison du cœur, mais aussi un poison des muscles. On peut dire d'ailleurs d'une façon générale que le poison le plus chimiquement localisé attaque l'organisme par un point, mais finit toujours par exercer sur lui une action générale.

Du protoxyde d'azote. — Voici ce qui résulte des recherches

et des expériences que M. Bert a faites sur cet agent : Employé sous tension, c'est un anesthésique qui procure une complète insensibilité. Le retour à la sensibilité se produit instantanément ; il suffit, en effet, de deux inspirations pour dissiper complètement ses effets ; pendant l'insensibilité, on observe une intégrité absolue du fonctionnement du système circulatoire ; enfin, le protoxyde d'azote ne contracte pas de combinaisons dans l'organisme comme les autres anesthésiques ; il s'en échappe à mesure qu'il y entre et ne fait que passer.

Production d'alcool par des pièces animales conservées dans l'oxygène comprimé. — On sait que les fruits conservés dans l'oxygène comprimé fournissent de l'alcool. Cette propriété appartient non pas seulement au fruit, mais à toutes les parties du végétal. M. Bert a voulu voir si c'était là un privilège de la cellule végétale, et si, à ce point de vue, l'animal ne jouirait pas de la même propriété. Il a entrepris une série d'expériences qui l'ont conduit à cette conclusion, qu'il n'émet encore qu'avec réserves, que les cellules du foie, privées de leur oxygène par la curarisation de l'animal, sont susceptibles, comme les cellules végétales, de détruire le glycose et de donner de l'alcool.

ÉLECTION

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire.

M. Budin est élu.

La séance est levée à une heure et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Avis.* — Les consignations pour les quatrième et cinquième examen de doctorat seront reçues jusqu'au jeudi 25 juillet inclusivement.

Passé ce délai, il ne sera plus reçu que les consignations pour les thèses.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Tédenat est nommé second prosecteur à la Faculté, pour une période de deux années.

M. le docteur Patel est nommé aide de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Gayraud, agrégé, est rappelé à l'exercice jusqu'à la fin de l'année scolaire 1877-78, en remplacement de M. Penières.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Pillault, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, pour une période de dix années.

— *École de médecine de Marseille.* — Sont nommés chefs de clinique, pour une période de deux années, les docteurs en médecine anciens internes des hôpitaux dont les noms suivent, savoir :

MM. Dagoût-Bailly, clinique obstétricale ; — Bousquet, clinique chirurgicale (1re chaire) ; — Vidal, clinique chirurgicale (2e chaire) ; — Garsin, clinique médicale (1re chaire) ; — Fallot, clinique médicale (2e chaire).

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Daubrée, professeur de géologie, est autorisé à se faire suppléer pour une partie de son cours, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1877-78, par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 84. — SAMEDI 20 JUILLET 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 20 JUILLET 1878. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Croup d'emblée chez une femme enceinte. Trachéotomie. Guérison. De l'influence de l'ictère sur le système circulatoire.—HÔPITAL TEMPORAIRE. Embolie de l'artère sylvienne droite suivie, trente-six heures après, d'une embolie de l'artère sylvienne gauche chez une femme convalescente d'un rhumatisme articulaire aigu. Mort subite. Autopsie. — REVUE DE LA PRESSE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Croup d'emblée chez une femme enceinte. — Trachéotomie. Guérison.

Nous avons déjà dit quelques mots de cette malade la semaine dernière, à propos des opérations pratiquées durant la grossesse et n'en interrompant pas le cours.

Mais là n'est pas l'intérêt principal de cette observation. Ce qu'il y a ici de plus remarquable, c'est de voir, chez une adulte dont la gorge est examinée journellement avec un grand soin, la diphthérie respecter d'abord le pharynx pour se développer exclusivement dans le larynx et, plus bas, produire des accès de suffocation semblables à ceux que l'on observe chez les enfants, nécessiter la trachéotomie et définitivement guérir. Je ne connais pas un seul fait publié qui soit identique.

Cette femme, âgée de vingt-trois ans, entra au commencement de janvier de cette année à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guéneau de Mussy, à l'occasion d'une aphonie qu'un état marqué d'hystéricisme expliquait très-suffisamment. Cette aphonie datait d'environ quinze jours. La malade n'avait pas de fièvre, pas d'oppression; elle ne toussait pas, elle ne souffrait pas de la gorge, et on ne trouvait ni rougeur ni rien d'anormal dans l'arrière-bouche.

Jusqu'au 10 janvier environ, il en fut ainsi. Mais à ce moment la scène changea.

Il y avait alors dans le même service, non loin de la malade, un enfant encore à la mamelle atteint de diphthérie et que les dispositions architecturales, assez mauvaises à ce point de vue, du nouvel Hôtel-Dieu, n'avaient pas permis d'isoler suffisamment.

Est-ce par contagion, et de ce petit enfant, que la malade avait acquis la diphthérie? Cela paraît assez probable. Quoi qu'il en soit, le 10 janvier, à la visite, on constata chez elle de la dyspnée avec tirage, symptômes qui allèrent en augmentant le lendemain. Le soir du 11 et dans la nuit suivante, il y eut une douzaine d'accès de suffocation des plus violents. Le lendemain, cette femme semblait agonisante. On pratiqua d'urgence la trachéotomie, sans en attendre un grand résultat.

Aussitôt après l'opération, puis le surlendemain, puis au bout de quatre jours, il y eut rejet de fausses membranes, longues, tubulées, présentant des ramifications qui répondaient aux premières bronches. La malade restait toujours très-oppressée, d'autant plus que l'on constatait dans toute l'étendue de la poitrine l'existence d'une bronchite intense.

Vers la fin de janvier, on s'aperçut que la diphthérie envahissait les lèvres de la plaie. On dut recourir, pour s'en rendre maître, à des cautérisations répétées, que l'on pratiqua à l'aide du cautère Paquelin. Enfin, au bout d'une huitaine de jours, la plaie reprit un bon aspect et l'on cessa l'emploi du fer rouge.

Il y avait déjà quelque temps que la malade n'avait plus rendu de fausses membranes; mais son oppression restait telle, par suite de la bronchite qui persistait toujours, que l'on n'osait point encore retirer la canule. On la changea seulement pour une autre, construire de manière à permettre, quand la malade le voulait, le passage de l'air sur les cordes vocales et, par conséquent, la phonation. Cette nouvelle canule ne fut retirée que dans le courant du mois de mars.

Cependant on avait noté un phénomène que la diphthérie ni la bronchite n'expliquaient pas suffisamment. La malade avait des maux de cœur et vomissait. Un instant on eut la pensée que ces vomissements pouvaient tenir à de l'adénopathie bronchique. Et, en effet, il existait un développement assez considérable des ganglions bronchiques à droite, ainsi que le montrait la matité trouvée de ce côté du sternum. Mais, justement, ce n'est pas lorsqu'elle siège du côté droit que l'adénopathie bronchique amène des vomissements; ainsi que l'a montré M. Guéneau de Mussy dans ses leçons cliniques, c'est généralement à gauche, lorsqu'elle produit la compression des rameaux nerveux qui avoisinent la bronche de ce côté. D'ailleurs l'explication réelle des vomissements ne tarda pas à être découverte. La malade n'était plus réglée, et on reconnut qu'elle était enceinte de plusieurs semaines lorsqu'elle était entrée à l'hôpital.

La plaie du cou était lente à se fermer, et le 3 mai, se trouvant bien du reste, cette femme obtint sa sortie avant la complète cicatrisation de cette plaie. Mais dès le lendemain elle revint, ne se trouvant point assez forte pour aucun travail.

Elle est actuellement couchée salle Sainte-Madeleine, n° 2. La grossesse se continue sans accident, elle en est maintenant arrivée au septième mois. Il n'y a plus de bronchite ni d'op-

pression; cependant dans les grands mouvements d'inspiration on constate un peu de tirage, ce qui semble indiquer un certain degré de rétrécissement des voies aériennes, probablement au niveau de l'ancienne plaie.

Ainsi voilà une malade chez laquelle la trachéotomie a très-bien réussi pour une affection diphthéritique qui menaçait de l'étouffer.

Ce n'est pas le cas ordinaire chez les adultes. Le plus souvent, chez eux, en cas de diphthérie, la trachéotomie est inefficace, car, quand ils suffoquent, l'obstacle ne siége pas surtout au larynx. C'est le développement des fausses membranes sur une étendue considérable de l'arbre aérien qui entrave les fonctions respiratoires. Aussi l'ouverture de la trachée ne produit-elle pas même un soulagement notable. La mort n'en survient pas moins vite.

C'est ce qui est arrivé, par exemple, chez une malade du service de M. Strauss, trachéotomisée sous nos yeux par M. Marchand, à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres, il y a une quinzaine de jours.

Cette jeune fille était entrée l'avant-veille pour un mal de gorge, avec gonflement considérable de la région sous-maxillaire. En examinant le larynx, à peine y put-on discerner, sur un des piliers du voile du palais, une tache grise, peu étendue, qui pouvait être une fausse membrane. Du reste, le gonflement du cou était si marqué, avec rougeur, chaleur vive, douleur intense à la pression, résistance ferme et comme élastique, surtout du côté droit, que l'on crut à une affection franchement inflammatoire et que l'on fit appliquer des sangsues. Le second jour, la malade était agonisante, la voix complètement éteinte, ayant tout à fait le caractère de la voix croupale, le pouls petit, rapide, fuyant sous le doigt. Il n'y avait pas de grands accès de suffocation; mais on voyait que la respiration était presque nulle. Le diagnostic n'était pas douteux. Il s'agissait d'une diphthérie, et d'une diphthérie arrivée à sa dernière période, avec fausses membranes dans le larynx, dans la trachée, peut-être dans les bronches, surtout avec envahissement de l'économie par le poison diphthéritique. Il paraissait évident, en effet, que la malade mourait par intoxication, plus encore que par asphyxie. Que faire en pareil cas? Fallait-il l'opérer *in extremis* ou la laisser s'éteindre? M. Marchand, chargé d'un service de chirurgie dans le même hôpital, avait été appelé dans la salle par M. Strauss, pour y opérer une autre malade dont nous ne parlerons pas aujourd'hui, et fut consulté sur l'opportunité d'une trachéotomie. Il eût préféré l'abstention, chez cette jeune fille expirante, qui pouvait mourir sous le couteau. Mais, comme, en tous cas, elle était perdue, pour ne pas négliger une dernière chance, si faible qu'elle fût, M. Strauss insista. On dut se hâter, car l'état du pouls prouvait que la mort était proche. L'opération fut rapidement et habilement exécutée; le tissu cellulaire du cou était le siége d'une infiltration fibrineuse tellement dure qu'il criait presque sous le scalpel. La trachée une fois divisée, exactement sur la ligne médiane, une canule y fut introduite, et aussitôt la malade rejeta une fausse membrane tubulée, de cinq centimètres environ de longueur. Mais l'oppression n'en fut pas diminuée sensiblement, et la mort arriva trois heures après la trachéotomie. A l'autopsie, à laquelle j'assistais, on découvrit un revêtement ininterrompu de fausses membranes peu adhérentes, non-seulement sur le larynx, la trachée et les grosses bronches, mais jusque sur les ramifications bronchiques les plus tenues que l'on pût ouvrir avec les ciseaux. Il y avait aussi quelques fausses membranes dans l'arrière-gorge, mais relativement c'était bien peu de chose. A la région sous-maxillaire droite, où l'on avait cru un instant à la formation d'un abcès, idée que M. Marchand avait repoussée du reste, on ne trouva pas de pus, mais seulement ce même épaississement du tissu cellulaire, devenu dur et comme élastique, que l'on avait constaté en avant de la trachée.

C'était là le type de ces diphthéries malignes que Trousseau a si bien décrites; malignes, par l'intoxication qu'elles produisent, par l'extrême rapidité de leur extension en surface, par l'irritation et le gonflement qu'elles amènent, non-seulement dans les ganglions, mais dans le tissu cellulaire du voisinage.

Il n'en avait point été ainsi chez la malade de M. Guéneau de Mussy, dont nous venons de raconter brièvement l'histoire.

Chez elle, la diphthérie occupait également le larynx, la trachée, et une certaine étendue des bronches; mais c'était une diphthérie ordinaire, sans malignité; elle n'avait pas amené de gonflement du cou, elle avait pénétré d'ailleurs beaucoup moins bas dans l'arbre bronchique. Chez elle la suffocation, revenant par accès terribles, tenait surtout à l'état du larynx. On se trouvait exactement dans les mêmes conditions que chez un enfant atteint du croup, malgré l'âge de la malade, et l'on comprend que la trachéotomie ait eu d'aussi bons résultats. C'est là un fait tout à fait exceptionnel, mais qui n'en est que plus intéressant.

De l'influence de l'ictère sur le système circulatoire (1).

Une malade du même service, couchée salle Sainte-Madeleine, n° 9, a fourni à M. Guéneau de Mussy l'occasion d'insister sur certains phénomènes habituels chez les ictériques et qui sont encore peu connus, bien qu'il les ait indiqués depuis longtemps.

Dans la récente thèse d'agrégation de M. Strauss sur les ictères chroniques, thèse très-savante du reste, il n'est pas même fait mention du léger œdème sous-cutané qui résulte de la présence des éléments de la bile dans le sang.

Cet œdème est surtout marqué à la région antérieure des jambes, près de la crête du tibia. M. Guéneau de Mussy nous l'a fait constater chez la femme en question, qui, étant nourrice, avait été prise, sans aucune espèce de douleur, dit-elle, d'une jaunisse dont ses maîtres avaient commencé à s'apercevoir trois jours avant son admission à l'Hôtel-Dieu.

En même temps que cet œdème, on remarque chez elle ce que Trousseau avait nommé la *tache méningitique* ou *hydrencéphalique*, parce qu'il l'avait trouvée d'abord sur de jeunes enfants atteints de méningite, c'est-à-dire cette tache, d'abord blanche, puis rouge bordé de blanc, puis rouge, qui se dessine sur la peau partout où l'on vient d'exercer une pression, sur les points, par exemple, où l'on a passé l'ongle.

Il n'en est pas non plus question dans la thèse de M. Strauss.

En revanche, M. Strauss a beaucoup insisté sur d'autres phénomènes qui coexistent avec ceux-là et que M. Guéneau de Mussy, dans ses leçons cliniques (2), a rattachés à une même cause : je veux parler de l'état du pouls, qui est mou, facilement dépressible, et du bruit de souffle cardiaque qui se fait entendre au premier temps. Chez la malade dont il s'agit, il est très-marqué, surtout à la base.

Ce bruit de souffle, signalé par M. Guéneau de Mussy, a été

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils, 1878.
(2) *Leçons cliniques professées à l'Hôtel-Dieu.* Paris, Delahaye, 1875.

étudié depuis lors, d'abord par M. le docteur Gangolphe (1), ancien interne de Lyon, dans sa thèse inaugurale, puis par M. Potain, dans une de ses leçons, que M. Strauss reproduit en partie dans sa thèse d'agrégation.

M. Gangolphe l'expliquait par une insuffisance mitrale temporaire, insuffisance due : 1° probablement à une légère dilatation du cœur; 2° surtout, sinon exclusivement, à une occlusion incomplète de l'orifice auriculo-ventriculaire, par suite d'une paralysie des muscles papillaires, due à l'action des divers toxiques hépatiques, agissant peut-être à la fois sur la substance musculaire et sur les nerfs cardiaques.

Cette interprétation se rapprochait beaucoup de celle de M. Guéneau de Mussy, qui voit également dans le bruit du souffle cardiaque, dans les bruits de souffle vasculaires, dans la mollesse du pouls, dans sa lenteur, dans l'œdème sous-cutané, etc., les résultats d'une action déprimante et paralysante de la bile sur les vaso-moteurs et sur tout l'ensemble du système circulatoire.

Telle n'est pas la théorie de M. Potain. C'est exclusivement au cœur droit qu'il rapporte ce bruit de souffle. Suivant lui, le cœur droit se trouverait dilaté dans les affections hépatiques, comme le cœur gauche se trouve hypertrophié dans les affections rénales. Et ce ne serait pas là un phénomène purement passif. Peut-être les maladies hépatiques détermineraient-elles, « par un mécanisme inexpliqué, une augmentation de tension dans le système pulmonaire... Peut-être doit-on supposer que les éléments de la bile jouent, par rapport à la circulation pulmonaire, le rôle d'agent excitant que les matières extractives et l'urée semblent avoir sur les capillaires généraux. »

Ce qui a conduit M. Potain à cette théorie, c'est la coexistence possible, avec ce bruit de souffle au premier temps, d'un dédoublement ou, comme il l'appelle, d'un *redoublement* du premier bruit, semblable à celui qu'il avait décrit comme signe d'affection rénale sous le nom de *bruit de galop*.

Cette coïncidence était déjà notée dans la septième observation de la thèse de M. Gangolphe.

Elle a paru très-évidente à l'interne si distingué de M. Guéneau de Mussy, M. Desarives, chez la malade dont nous parlons, lors de son entrée à l'hôpital.

Le lendemain matin, cependant, quand nous l'avons vue avec M. Guéneau de Mussy, le bruit de galop a paru moins net à notre cher maître, qui tendrait plutôt à y voir un de ces légers dédoublements du premier bruit, tels qu'on en trouve parfois dans l'anémie, coïncidant avec des bruits de souffle.

Quoi qu'il en soit, M. Potain en fait un bruit de galop. Il se trouve ainsi en présence de deux genres de bruit de galop : l'un pour les affections rénales, l'autre pour l'ictère; l'un pour le cœur gauche, l'autre pour le cœur droit ; et à ce dernier il attache une importance plus grande qu'aux bruits de souffle concomitants ; il y voit le résultat d'une action excitante toute particulière sur les vaisseaux de la moitié du système circulatoire, comme le bruit de galop d'origine rénale serait le résultat d'une action analogue sur les vaisseaux de l'autre moitié.

A première vue, la théorie de M. Guéneau de Mussy me semble bien plus satisfaisante, attendu qu'elle est bien plus simple. La perte de tonicité de tout le système vasculaire se traduisant plutôt en dilatation sur le cœur droit que sur le cœur gauche, à cause du moindre développement musculaire et de la moindre résistance du cœur droit; des retards dans la contraction, dans le rapprochement des valvules, dans leur battement, et par conséquent des dédoublements du premier bruit, pouvant résulter de cette dilatation et de cet atonie; des bruits de souffle vers les orifices auriculo-ventriculaires, surtout à droite, et, dans les vaisseaux, le peu de vigueur de la pulsation artérielle, les vibrations ondulatoires des vaisseau du cou, comme chez la malade de M. Guéneau de Mussy, enfin l'œdème sous-cutané se rattachant aussi à la moindre énergie de tout le système circulatoire, exactement comme dans l'anémie proprement dite, sauf qu'il s'agit plutôt d'une intoxication déprimante que d'une anémie : cela ne semble-t-il pas plus probable qu'une excitation élective sur un seul ordre de vaisseaux?

Du reste, comme en général en médecine, l'explication importe relativement peu. A M. Guéneau de Mussy l'honneur d'avoir le premier, et depuis longtemps, appelé l'attention sur le fait en lui-même.

Dr Victor Revillout.

(1) *Du bruit de souffle mitral dans l'ictère*. Thèses de Paris, 1875.

HOPITAL TEMPORAIRE. — M. Duguet.

Embolie de l'artère sylvienne droite suivie, trente-six heures après, d'une embolie de l'artère sylvienne gauche chez une femme convalescente d'un rhumatisme articulaire aigu. Mort rapide. Autopsie.

On comprend sous le nom de rhumatisme cérébral une série d'accidents qui relèvent directement de la diathèse rhumatismale. Mais il peut survenir, pendant la convalescence ou dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, certains accidents cérébraux qu'on ne saurait ranger dans l'étude du rhumatisme cérébral : ce sont les embolies cérébrales ayant pour origine une endocardite rhumatismale.

Nicolas-Julie X..., âgée de soixante-huit ans, journalière, est amenée le 22 mars 1878 dans notre service, à l'hôpital temporaire, et placée salle Saint-Louis, n° 14.

Elle est dans un coma profond, et tout son corps dans une résolution complète.

Les renseignements recueillis auprès des parents, par notre interne, M. Latil, sont les suivants :

Douée d'une constitution très-robuste et d'une santé en général excellente, cette femme a eu sept enfants. Elle n'avait éprouvé de loin en loin que des douleurs vagues de rhumatisme, quand elle fut prise, en 1870, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, accompagné de fièvre. Ce rhumatisme la retint au lit pendant six mois environ. Malgré cette longue durée de la maladie, X... en sortit à peu près complètement guérie; mais, à partir de cette époque, elle se plaignit assez souvent d'essoufflement après une fatigue ou une marche un peu longue. Cependant elle n'éprouva jamais des palpitations violentes, et n'eut jamais d'œdème aux malléoles.

A la fin du mois de décembre 1877, elle fut prise d'une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu, accompagné d'une fièvre intense ; elle fut soignée chez elle par un médecin du voisinage (quartier de Ménilmontant) qui lui fit prendre, pendant quelques jours, une potion contenant 5 grammes de salicylate de soude et 1 gramme d'alcoolature d'aconit. De plus, il lui fut prescrit un liniment au baume tranquille, et on lui administra chaque soir un paquet de poudre de Dower.

Après deux mois et demi de maladie, X... ne souffrait plus de ses jointures, elle commençait à pouvoir faire quelques mouvements ; on avait pu déjà la sortir de son lit pendant quelques heures depuis deux ou trois jours, et elle semblait entrée franchement en convalescence, quand, dans la nuit du 20 au 21 mars, en voulant se lever pour uriner, elle tomba brusquement frappée d'hémiplégie gauche, sans perte de connaissance. La parole était conservée. Le médecin

qui fut appelé constata une hémiplégie gauche complète ; la face même était légèrement déviée à droite ; la langue ne présentait qu'un embarras très-léger.

La journée du 20 et la nuit suivante se passèrent sans incident particulier : la malade put être alimentée.

Le 22, vers midi, elle fut amenée au bureau central pour être dirigée ensuite sur un hôpital ; mais là elle fut prise subitement, sous les yeux du médecin du bureau central, d'une seconde attaque d'apoplexie dans laquelle elle parut perdre connaissance. C'est dans cet état qu'on la conduisit et qu'elle fut reçue à l'hôpital temporaire.

Le lendemain, 23 mars, à la visite du matin, on constate que la malade est dans la résolution la plus absolue ; il est impossible de la faire sortir du coma profond dans lequel elle se trouve plongée ; sa respiration est stertoreuse, elle paraît insensible à toutes les excitations. L'hémiplégie gauche semble complète, et porter à la fois sur la motilité et la sensibilité ; le bras et la jambe soulevés retombent inertes, le pincement et les piqûres n'occasionnent de ce côté aucun mouvement réflexe. L'hémiplégie droite est peut-être un peu moins absolue ; le pincement et les piqûres profondes éveillent en effet de légers mouvements réflexes dans le bras et la jambe de ce côté. Les traits de la face sont immobiles ; les pupilles, modérément dilatées, sont égales ; les conjonctives ne sont point congestionnées. On éprouve les plus grandes difficultés pour faire boire la malade, qui rejette à peu près tout ce qu'on essaye de lui faire avaler.

Point de contractures, ni aux membres, ni à la face. Pas de déviation conjuguée des yeux.

L'examen des poumons, du cœur et des urines ne révèle rien de particulier. (Bouillon, lait ; vésicatoire à la nuque, lavement salé.)

Dans la soirée du 23, le pouls est à 88, la température à 39°. Tous les phénomènes précédents s'accentuent.

Des selles abondantes se produisent pendant la nuit ; mais la malade passe cette nuit dans une grande agitation, poussant des plaintes et des cris, et elle meurt le lendemain 24, dans la matinée.

Autopsie le 25, vingt-quatre heures après la mort.

Crâne. — A l'ouverture du crâne les sinus, la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère ne présentent aucune altération apparente ; mais les parties antéro-latérales des deux hémisphères paraissent fortement congestionnées, et, en essayant d'enlever la pie-mère, on voit que, dans ces mêmes portions des hémisphères, cette membrane ne peut être séparée de la substance corticale du cerveau sans entraîner avec elle une partie de cette écorce cérébrale.

En effet, après décortication complète des deux hémisphères, on constate qu'il existe un ramollissement cortical du cerveau avec teinte rosée hortensia, des plus caractéristiques.

Ce ramollissement occupe, *sur l'hémisphère droit*, une certaine étendue de la première circonvolution frontale, presque toute la deuxième et les deux tiers postérieurs de la troisième frontale et les bords de la scissure de Sylvius, toutes les circonvolutions de l'insula, le tiers inférieur de la frontale ascendante, la moitié inférieure de la pariétale ascendante, les trois circonvolutions temporales et une grande partie du lobule du pli courbe.

Les points semblablement ramollis de *l'hémisphère gauche* sont : une faible partie de la première circonvolution frontale, vers sa partie moyenne ; la moitié postérieure de la deuxième et de la troisième frontales ; toutes les circonvolutions de l'insula ; la moitié inférieure de la frontale ascendante ; le tiers inférieur de la pariétale ascendante ; les trois circonvolutions frontales et celles du lobule du pli courbe.

D'une façon générale, la teinte hortensia et le ramollissement sont moins prononcés sur l'hémisphère gauche que sur l'hémisphère droit ; et, sur l'hémisphère gauche, la teinte est simplement rosée et le ramollissement très-léger sur la première circonvolution frontale, ainsi que sur les temporales et le lobule du pli courbe.

Les circonvolutions des autres régions des deux hémisphères ne présentent aucune altération notable. La pie-mère s'en détache nettement et facilement ; leur teinte est parfaitement normale, un filet d'eau ne les entraîne pas et ne les transforme pas en houppes nerveuses inégales, fragmentées et rougeâtres.

Profondément, le ramollissement s'étend *à droite* au *corps strié* dans presque toute son étendue (noyau lenticulaire, noyau caudé et capsule interne) ; la couche optique elle-même, au voisinage du corps strié, offre un certain degré de ramollissement.

Un filet d'eau un peu fort entraîne ces portions ramollies, mais qui ne présentent pas une teinte hortensia aussi marquée que les circonvolutions ramollies du voisinage. *A gauche*, le même ramollissement s'observe dans les différents points du *corps strié* ; mais ce ramollissement est beaucoup moins étendu et moins considérable ; le noyau lenticulaire est plus ramolli que les autres portions centrales.

Les autres parties de l'encéphale n'offrent qu'un léger piqueté.

Les *artères* qui serpentent à la base de l'encéphale sont remarquables par leur état parfait d'intégrité ; leurs parois ont partout conservé leur aspect normal ; aucun point n'est le siège de plaques athéromateuses ni même d'un léger épaississement opaque. Mais on trouve la *sylvienne droite* oblitérée dans une étendue de 15 à 16 millimètres par un caillot d'un gris rosé, non adhérent à la face interne du vaisseau, ferme, homogène, fibrineux et élastique ; ce caillot commence au niveau du point qui donne naissance aux artères *perforantes* ou du corps strié, pour finir au milieu des branches de division de la sylvienne, ou branches corticales, qu'il oblitère.

Ce caillot envoie même un prolongement de 5 millimètres dans la première de ces branches.

L'artère *sylvienne gauche* est symétriquement oblitérée, de la même manière, par un caillot de même longueur, de même aspect, commençant également au niveau de la naissance des branches perforantes ou striées, et finissant au milieu des branches *corticales* qu'il oblitère, après avoir envoyé latéralement un prolongement de 4 à 5 millimètres de longueur dans la première de ces branches corticales. Un petit caillot cruorique noirâtre est appendu à l'extrémité périphérique de ce caillot embolique de l'artère sylvienne gauche.

Thorax. — Le péricarde est sain ; point de liquide dans sa cavité. Le ventricule droit, légèrement dilaté, contient un caillot cruorique assez volumineux qui s'étend jusque dans l'oreillette par l'orifice de la valvule tricuspide ; sa paroi est flasque. Dans le ventricule gauche se trouve un faible magma cruorique ; sa paroi offre une épaisseur et une consistance habituelles.

L'oreillette gauche, peu distendue, renferme dans la région auriculaire, immédiatement au-dessus de l'orifice mitral, un caillot lamelliforme, aplati, de la largeur d'une pièce de dix centimes environ, intriqué dans les colonnes charnues de l'oreillette et de l'auricule qu'il tapisse et qui le retiennent. Ce caillot est d'un gris rosé, homogène, assez élastique, et présente, sur la face qui regarde la cavité de l'oreillette, une série d'aspérités et de végétations polypiformes de différents volumes et de différentes longueurs. Les caractères de ces aspérités et de ces végétations verruqueuses rappellent entièrement ceux des caillots oblitérateurs trouvés dans les artères sylviennes droite et gauche. La face interne de l'oreillette et le bord supérieur de l'orifice mitral offrent un certain degré de dépolissement ; mais l'épaississement de la valvule, bien qu'incontestable, est peu marqué.

Il existe donc une légère endocardite de la valvule et de l'orifice mitral s'étendant à la portion auriculaire de l'oreillette. Quant à l'orifice aortique il offre une intégrité parfaite. D'ailleurs les valvules et orifices du cœur droit sont sains également. On rencontre à peine quelques plaques athéromateuses dans l'aorte au niveau de la crosse.

L'artère pulmonaire est normale dans son tronc et dans ses branches. Les deux poumons sont le siège d'une assez forte hypostase aux deux bases ; à gauche se voit une pleurésie fibrineuse interlobaire qui maintient les deux lobes adhérents l'un à l'autre. Le parenchyme pulmonaire est sain.

Abdomen. — Le *foie* est congestionné ; la vésicule dilatée renferme

un grand nombre de petits calculs noirâtres, mûriformes, assez friables. La *rate* et les *reins* sont également congestionnés.

Remarques. — En résumé, on voit ici une femme âgée de soixante-huit ans, convalescente d'une seconde attaque de rhumatisme articulaire aigu, être prise dans le cours de cette convalescence d'une première attaque d'apoplexie, avec hémiplégie complète du côté gauche, mais sans perte de connaissance et *sans aphasie*. Trente-six heures après, survient une seconde attaque qui paralyse également tout le côté droit et plonge la malade dans une résolution complète avec coma, stertor, et abolition de toutes les facultés.

Trente à quarante heures après cette seconde attaque la malade meurt, et l'autopsie permet de constater :

1° *Une embolie de l'artère sylvienne droite*, avec ramollissement de tout le département du cerveau nourri par cette artère ;

2° *Une autre embolie semblable de l'artère sylvienne gauche*, ayant amené un ramollissement analogue ;

3° *Une légère endocardite auriculo-ventriculaire*, point de départ d'une concrétion fibrineuse, aplatie et végétante, source des embolies cérébrales droite et gauche.

Ce fait nous semble tout particulièrement intéressant, et à plusieurs points de vue.

En l'absence d'une endocardite nettement constatée pendant la vie, il eût été possible de confondre les accidents cérébraux observés dans ce cas avec ceux qui ont été désignés sous le nom de *rhumatisme cérébral*.

Mais à coup sûr l'autopsie ne permet point une semblable confusion. Ce sont bien des accidents cérébraux qui se rattachent au rhumatisme, mais d'une façon tout à fait secondaire et indirecte. On ne saurait voir, en effet, dans ces accidents emboliques une manifestation directe, positive, de la diathèse rhumatismale, ainsi qu'on l'observe dans les cas d'encéphalopathies rhumatismales véritables. Les accidents de cette nature doivent donc rationnellement être distraits de l'étude du rhumatisme cérébral.

Ce fait nous remet en mémoire un cas analogue que nous avons observé au début de notre clinicat, en 1867, à la Charité, dans le service de M. Bouillaud, suppléé par M. Ball. Il s'agissait d'une femme âgée d'une quarantaine d'années environ, en proie à un violent rhumatisme articulaire aigu généralisé, chez laquelle survint une endopéricardite bientôt suivie d'une attaque d'hémiplégie droite avec *aphasie*. La malade ayant succombé quelques jours après à ses accidents cardiaques, nous pûmes constater l'existence simultanée d'une endocardite mitrale avec végétations fibrineuses, et d'une *embolie de l'artère sylvienne gauche* avec ramollissement rouge comprenant principalement le lobule de l'insula et la racine de la troisième circonvolution frontale gauche.

Ainsi donc voilà deux faits d'embolies cérébrales qui se rattachent au rhumatisme; mais ils diffèrent l'un de l'autre par plusieurs points.

L'un s'est produit dans le cours même du rhumatisme, l'autre alors que la malade paraissait franchement entrée en convalescence. Dans l'un, l'embolie cérébrale considérée en elle-même est classique ; elle se produit dans la sylvienne *gauche*, s'accompagne d'une hémiplégie droite et d'*aphasie* ; dans l'autre, l'embolie sort de la règle ; elle se fait dans la sylvienne *droite*, s'accompagne d'hémiplégie gauche, mais aussi n'atteint pas la faculté du langage, tout en frappant de ramollissement la racine de la troisiène circonvolution frontale droite (ce qui démontre une fois de plus que la faculté du langage réside bien dans la racine de la troisième circonvolution frontale gauche).

Nous relèverons enfin cette coïncidence insolite de deux embolies cérébrales se succédant à trente-six heures d'intervalle chez la même malade. Nous ne connaissons pas d'autres cas d'*embolie cérébrale double*.

A l'embolie exceptionnelle de l'artère sylvienne droite est donc venue s'ajouter ici l'embolie classique de l'artère sylvienne gauche; et la malade, vu l'étendue des lésions qui en ont été la conséquence, n'a pu survivre à ce double accident. L'autopsie, pratiquée peu de temps après, nous a donc permis de saisir le ramollissement rouge à son début, dans la sphère strictement géographique des artères sylviennes oblitérées, comme l'avaient vu MM. Prévost et Cotard en particulier dans les nombreuses expériences qu'ils ont pratiquées sur les animaux en 1865 (1).

REVUE DE LA PRESSE.

La Belladone comme remède contre le collapsus (Reinhardt Weber). — Dans le collapsus causé par certaines affections gastro-intestinales, l'auteur a obtenu d'excellents résultats de l'extrait de belladone administré à dose de 1/4 de grain (1c,594) dans une potion, en vingt-quatre heures. Il rapporte trois cas dans lesquels la dépression cardio-vasculaire fut rapidement arrêtée par ce moyen. Tous les malades ont en même temps de la sécheresse de la gorge, de la dilatation de la pupille, et même des hallucinations de la vue. L'auteur explique le collapsus qui survient dans ces cas par une dilatation anormale des gros vaisseaux de l'abdomen, ayant pour origine une paralysie des vaso-moteurs. Il pense, contrairement à beaucoup d'autres, que la belladone agit sur ces nerfs à la manière d'un excitant, et peut diminuer ainsi la congestion passive des organes intra-abdominaux en rendant, en même temps, la circulation périphérique plus active. En outre, son effet sur le sympathique cervical retentit sur le cœur, en augmentant l'énergie de ses contractions. Nothnagel a déjà démontré que l'atropine, placée sur la membrane interdigitale d'une grenouille, amène promptement la contraction des petites artères, et même, d'après Brown-Séquard, elle provoque les contractions des artères de la moelle épinière, de la même manière que l'ergotine. L'opinion de ceux qui veulent que la belladone exerce une action purement paralysante, ne s'accorde guère avec son effet bien connu sur les sécrétions des glandes salivaires, mammaires et sudoripares.

D'après Weber, les doses moyennes seules auraient une action excitante, tandis que les doses toxiques produisent exactement les effets opposés. La digitale, les stimulants alcooliques produisent des effets analogues.

Il ne croit pas à l'antagonisme réel de l'opium et de la belladone. Lorsqu'il a administré concurremment ces deux substances, il n'a jamais remarqué que la première s'opposât à l'action de la seconde, sauf en ce qui concerne la dilatation de la pupille.

Il ajoute que, probablement, la belladone peut être considérée comme un agent thérapeutique d'une grande valeur contre le collapsus du choléra. (*Philadelphia medical Times*, fevr. 1878; *anal. in Giornale di medicina militare*, marzo 1878, p. 279, 280.)

Abcès sous-aponévrotique de la fosse iliaque (Abraham G. Wendell). — Un Irlandais, âgé de vingt-huit ans, fut admis, le 21 août 1877, à l'hôpital Saint-Vincent, à New-York. Cet homme, qui ne paraît être sous le coup d'aucune diathèse héréditaire ou acquise, qui n'est point alcoolique et n'a jamais eu aucune affection aiguë, se heurta le pied assez violemment il y a un mois environ ; la douleur, qui fut assez vive sur le moment, persista fort peu de temps et ne l'empêcha point de finir sa tournée (il était facteur de la poste). En rentrant chez lui, il s'aperçut que son pied était un peu gonflé; il appliqua des compresses froides et reprit ses courses dès le lendemain. Cinq jours plus tard, survint une légère douleur dans l'aine gauche, accompagnée d'un peu de fièvre. Dans ces conditions, il se reposa, et fit appeler un médecin ; celui-ci constata une lymphangite au voisinage de l'aine; il prescrivit l'iodure de potassium et fit faire à la surface de la peau des badigeonnages de teinture d'iode.

Ce traitement ne produisit que peu d'amélioration. Bientôt, au contraire, le malade se plaignit d'une douleur excruciante dans toute la région iliaque gauche; puis survinrent de l'anorexie, de l'amaigrissement et de l'insomnie. Plusieurs médecins le virent et portèrent divers diagnostics.

(1) Prévost et Cotard. *Études physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral*. Paris, 1866.

Au moment de son entrée, vive douleur dans la fosse iliaque, constipation opiniâtre; état général mauvais T 37,4 (100 3/4 F), vive douleur dans l'aine gauche; jambe correspondante amaigrie, mesure 2 pouces 1/2 de moins en circonférence que celle du côté opposé. Extension complète impossible. Peu de sommeil à cause de la douleur qui augmente pendant la nuit. Œdème dans l'aine, s'étendant à toute la moitié externe de la région et occupant en haut la fosse iliaque. Avec les doigts il est impossible de sentir la crête iliaque. Peau souple, sans chaleur ni rougeur. Jambe formant avec le tronc un angle de 140°. Tentatives d'extension très-douloureuses. Tympanisme, muscles abdominaux rigides. Pas de douleur à la pression.

Diagnostic : Abcès iliaque, cataplasmes chauds, punch au lait, thé de bœuf, injection hypodermique de 10 gouttes de la solution de Magendie.

22 août. Amélioration, néanmoins pas de selles depuis quatre jours ; huile de ricin, lavement, injection sous-cutanée de morphine.

26. Ponction de l'abcès avec l'appareil de Dieulafoy: une once de pus épais crémeux non fétide. Même traitement P = 108. T = 40.

27. Même état général. Huile de ricin contre la constipation.

28. Amélioration légère P = 105. T = 37.3.

6 septembre. Les injections de morphine ont fait disparaître la douleur. La respiration est redevenue thoracique, mais elle est toujours très-rapide. Cataplasmes chauds appliqués constamment depuis l'entrée du malade à l'hôpital. Dans la région iliaque, le ballonnement est plus proéminent et mieux défini, quoique la zone n'ait pas augmenté beaucoup. La peau conserve sa couleur naturelle. Le malade fut éthérisé, et on fit une incision longue de deux pouces environ à trois quarts de pouce au-dessous de la moitié externe du ligament de Poupart. Elle comprenait la peau, le tissu sous-cutané et le fascia lata. Le premier coup de bistouri donna issue à du pus; on élargit ensuite l'orifice, et il sortit 14 onces d'un pus épais et sans odeur. Après avoir divisé un petit vaisseau, celui-ci fut lié, et l'hémorrhagie, qui était légère, fut arrêtée. On introduisit dans la plaie une tente de charpie recouverte d'huile phéniquée, puis on la recouvrit d'une compresse saturée d'une solution d'acide phénique et d'un bandage. Amélioration notable ; injection journalière de 10 gouttes de la solution de Magendie.

7. Le mieux continue; l'écoulement du pus se fait librement et les mouvements de la jambe sont plus faciles. P = 120 T = 38.8. Lavage à l'eau phéniquée du foyer de l'abcès. Même pansement.

8. Le pus diminue, les mouvements deviennent plus libres ; état général meilleur. P = 100. T = 37.8.

10. Plus d'écoulement purulent. P = 87. T = 37.2.

15. Mouvements de la jambe normaux. Digestion excellente. Bandelettes adhésives, spica, signes d'ivresse quinique. Remplacer le quinquina par 20 gouttes de teinture de fer.

19. Cicatrisation presque complète de la plaie ; le malade demande à se lever.

1er octobre. Guérison complète. (*The hospital Gazette and archives of clinical surgery* [de New-York], 15 septembre 1877, p. 290.)

Des lésions vasculaires dans le mal de Bright. (Ewald.) — Bright a, le premier, découvert que, dans un certain nombre d'affections rénales, on trouve des hypertrophies cardiaques que l'on ne peut mettre ni sur le compte de l'athérome, ni sur celui d'une affection valvulaire. (Il a constaté cette circonstance 23 fois sur 100 malades.)

Dans la discussion qui a suivi, les uns ont vu, entre l'affection du cœur et celle du rein, un rapport de cause à effet, les autres ont cru qu'il fallait faire intervenir un troisième facteur; Bright lui-même avait parlé d'une obstruction capillaire consécutive à une altération du sang. Johnson croit à une contracture tonique des artérioles rénales; Traube croit que cette contracture réside dans les capillaires; Johnson a même trouvé une hypertrophie de la piemère, de la peau et du mésentère; il croit que l'on peut rencontrer un état analogue dans toute l'économie. Plus récemment, Gall et Sulton ont décrit, sous le nom de fibrose artério-capillaire, une dégénérescence consistant dans l'épaississement des gaînes lymphatiques des capillaires rénaux et la régression de leurs éléments musculaires.

Les recherches de l'auteur ne lui ont pas montré que cette opinion fût exacte; la seule lésion vasculaire qu'il a constamment trouvée, c'est l'épaississement de la tunique musculaire des petits artères. La proportion qui existe à l'état normal entre le calibre d'un vaisseau et l'épaisseur de ses tuniques peut varier. Ewald ne croit point que l'augmentation d'épaisseur de ces derniers soit due, comme le veut Johnson, à une contraction active, car elle disparaîtrait après la mort. Pour lui, ces altérations vasculaires peuvent se rattacher à trois processus morbides fondamentaux : 1° la néphrite interstitielle ou mixte (interstitielle et parenchymateuse) ; 2° la néphrite parenchymateuse ; 3° d'autres maladies du rein. La distinction, facile dans les cas très-tranchés, devient extrêmement difficile dans d'autres, de sorte que l'auteur adopte pour se guider une base conventionnelle. Il rattache les lésions du rein à une variété ou à une autre d'après leur poids, suivant qu'ils dépassent 300 grammes ou reste au-dessous.

Il n'a pu rencontrer que trois cas dans lesquels le poids était inférieur à 300 (néphrite purement interstitielle). D'après lui cette maladie serait beaucoup moins rare sur le continent qu'en Angleterre, en Norvège ou vers les bords de la mer. Dans ces cas, les poids du cœur et du rein seraient dans un rapport inverse. La relation entre l'état du rein et celui des parois vasculaires serait loin d'être aussi manifeste. Dans un cas de néphrite consécutive à un empoisonnement par le plomb, l'hypertrophie cardiaque ne s'est point produite dans les conditions ordinaires; il est vrai que l'état d'amaigrissement du sujet expliquait cette circonstance.

Voici quelles conclusions l'auteur a pu tirer des observations se rattachant au premier groupe :

1° Dans presque tous les cas de néphrite chronique interstitielle, on trouve une hypertrophie de la musculature du cœur et des gros vaisseaux.

2° Les néphrites mixtes, dans lesquelles le poids du rein ne dépasse pas 300 grammes, retentissent également sur les organes de la circulation; dans les 2/3 des cas, on trouve une hypertrophie cardio-vasculaire; dans 1/3, une hypertrophie cardiaque isolée. Lorsque le poids dépasse 300 gr., on trouve toujours les deux lésions.

Les observations du second groupe, comprenant les néphrites purement parenchymateuses, ne mentionnent l'hypertrophie cardiaque que dans un cas sur trois. Ce groupe comprend trois observations dans lesquelles on a pu constater un léger degré de dégénérescence amyloïde.

Les 24 malades, compris dans le troisième groupe, souffraient d'affections diverses : il y avait 2 phthisies, 2 typhus, 1 kyste de l'ovaire, 1 leucémie, 2 athéromes accompagnés de cachexie sénile, 1 méningite, 13 affections valvulaires du cœur. Les vaisseaux du rein étaient sains chez tous ceux qui n'avaient présenté durant la vie aucun accident que l'on pût rapporter à cet organe, bien qu'il y eût assez souvent une hypertrophie cardiaque.

On doit conclure que l'hypertrophie cardiaque, arrivant sans affection du rein, ne retentit point sur les vaisseaux.

Ewald examine ensuite les théories par lesquelles on a tenté d'expliquer ces lésions vasculaires ; il n'admet point, avec Gall et Sutton, la dégénérescence sénile, puisque l'on trouve les mêmes désordres chez des individus peu avancés en âge, à la suite de la scarlatine par exemple. Il n'admet point, avec Johnson, le retard des mouvements du cœur et l'abaissement de la tension artérielle consécutifs à l'action des nerfs d'arrêt ; il est, au contraire, porté à croire, avec les vieux auteurs, à des oblitérations capillaires qui retentissent mécaniquement sur la tension artérielle. Quant aux lésions subies par les vaisseaux du rein, elles résultent simplement du processus inflammatoire local à marche chronique. (*Archiv. f. path. Anatomie*, décembre 1877. — *Anal.*, par Robert Saundby, in *London medical records*, april 15, 1878, p. 159.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 juillet 1876, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. Suret et Reeb, en remplacement de MM. de Combarieu et Mallet, retraités;

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Morache et Lagarde;

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Deslandes, Talon, Potinel, Dufour (François-Léon), Fachan, Morisson et Courtin.

— *Concours d'agrégation.* — Le concours pour la section de chirurgie et d'accouchements s'est terminé par les nominations suivantes :

Paris : MM. Terrillon, Humbert, Richelot (chirurgie), Pihard (accouchements);

Lyon : MM. Poncet et Vincent (chirurgie).

Nancy : MM. Heideinnech (chirurgie); Hergott (accouchements).

Lille : M. Puel (chirurgie).

Montpellter : M. Chalot (chirurgie).

— *École de médecine de Reims.* — M. Gentilhomme, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe, en remplacement de M. Luton, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Labéda, suppléant de pathologie, est nommé professeur de médecine légale, en remplacement de M. Marchant, admis à la retraite.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Ledouble est institué chef des travaux anatomiques, pour une période de dix années.

— M. Herpin est institué suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement, pour une période de dix années.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Féca, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du cours d'histoire naturelle, en remplacement de M. Beauregard, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Laffont, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire de physiologie expérimentale.

— M. Flahaut, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire d'enseignement de la botanique, en remplacement de M. Bertrand, appelé à d'autres fonctions.

— M. Oeschner de Coninck, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur du cours de chimie organique, en remplacement de M. Salet, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Felève est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Serres, démissionnaire.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Charles Astre est nommé préparateur en remplacement de M. Malosse, appelé à d'autres fonctions.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers d'académie :

MM. Berger, directeur de l'École de médecine de Grenoble; Dezanneau et Meleux, professeurs à l'École de médecine de Nantes; le docteur Halléguen; le docteur Brocchi, répétiteur à l'École pratique des hautes études.

Étude clinique sur la péritonite chronique d'emblée, par le docteur Tapret, interne des hôpitaux, etc. In-8°. — Prix : 5 fr. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 85. — MARDI 23 JUILLET 1878. 51e ANNÉE. MARDI 23 JUILLET 1878. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(30 JANVIER ET MOIS DE FÉVRIER 1878.)

Dangers possibles du tatouage de la cornée. (Séance du 30 janvier 1878.) — M. PANAS. — Lorsque la cornée est devenue le siège d'une taie cicatricielle indélébile, on a proposé d'avoir recours à l'opération du tatouage, et cela dans le double but de dissimuler une difformité choquante et de corriger, en même temps, les défauts optiques résultant de la dispersion de la lumière au travers du tissu rendu irrégulièrement demi-transparent de la cicatrice cornéenne. On professe, et cela est vrai dans la majorité des cas, que le tatouage de la cornée est une opération simple, donnant lieu à peu de réaction locale, et qui, par conséquent, est exempte de dangers. Pour mettre ses confrères en garde contre un pareil optimisme, M. Panas rapporte les deux faits que voici :

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de 25 ans et de bonne condition, atteint d'un leucome central de la cornée gauche, qui ne lui laissait que la perception quantitative et la possibilité de distinguer à 30 centimètres les doigts de la main. Cet état remontait à cinq ans et était dû à une ophthalmie contractée en Égypte. Consistance de l'œil normale. Ni douleurs, ni congestion d'aucune sorte. L'œil droit est absolument sain.

Le 28 avril, on pratique une iridectomie à la partie inféro-externe, qui était l'endroit le plus largement transparent de la cornée de l'œil gauche. Les suites de l'opération sont fort simples, et le malade gagne à pouvoir se conduire avec cet œil.

Le 20 mai suivant, M. Panas fait une première séance de tatouage du leucome, qui provoque des douleurs ciliaires et une congestion périkératique profonde dont la durée n'a pas été moindre de quinze jours.

Le 5 juin, tous ces accidents s'étant dissipés, seconde et dernière séance de tatouage. La réaction est toujours plus intense, et il s'y ajoute une irido-cyclite sympathique de l'œil droit, qui ne fut conjurée que grâce à un traitement énergique par l'atropine, par des déplétions sanguines locales et par des injections hypodermiques de morphine.

La deuxième observation est relative à une jeune fille de seize ans, lymphatique, ayant eu à souffrir de diverses attaques de kératite phlycténulaire. Après iridectomie faite précédemment aux deux yeux en décembre 1876, un spécialiste bien connu pratiqua le tatouage de l'œil droit qui, depuis lors, s'injecta et devint le siège de douleurs ciliaires intenses.

En mars 1877, tatouage de l'œil gauche suivi des mêmes accidents de congestion et de douleurs ciliaires qui déterminent la jeune malade à entrer à Lariboisière en juillet 1877. Un mois après, on voit éclater à l'œil droit une irido-cyclite suppurative fébrile qui conduit l'œil à sa perte. Le 29 septembre, M. Lucas-Championnière, chargé temporairement du service, croit devoir pratiquer l'énucléation de cet œil, après avoir essayé inutilement l'iridectomie, puis la paracentèse de la cornée. L'ouverture de l'œil énucléé a montré le segment antérieur en pleine suppuration, la choroïde moins pigmentée qu'à l'état normal, le corps vitré quelque peu diffluent et le cristallin encore transparent. Le 15 octobre 1877, la malade peut quitter le service, ayant gagné assez du côté de l'œil gauche pour pouvoir lire, ce qu'elle n'avait pu faire depuis le mois de juillet 1875.

Voilà donc deux cas de tatouage suivis d'irido-cyclite tant directe que sympathique. Des faits analogues ont été signalés par Rava (*Du tatouage de la cornée*, Gassori, 1872), par Reuss (*Med. Press.*, 1873). Même dans les cas les plus favorables, dit Rava, les séances du tatouage sont habituellement suivies de signes réactionnels (douleurs, injection, larmoiement). Il ajoute que certains yeux ne supportent pas du tout le tatouage. Malgré tous ces accidents, on ne doit pas renoncer au tatouage, puisqu'il ne constitue pas une opération de complaisance dont le but est seulement esthétique; il offre cet autre avantage de supprimer le trouble qui résulte pour la vue de la demi-transparence du leucome. Seulement, il faut s'attacher désormais, si faire se peut, à supprimer les causes qui, en provoquant une irido-cyclite grave, compromettent le succès d'une opération généralement bénigne dans ses suites.

Une première question qu'on doit se poser à cet égard, c'est de savoir si la profondeur à laquelle on fait parvenir l'aiguille imprégnée de noir de Chine dans l'épaisseur de la cornée peut avoir de l'influence sur les phénomènes réactionnels qui suivent l'opération. Les expériences, faites sur les lapins et les grenouilles, ne donnent pas de résultats satisfaisants, attendu que, grâce à la minceur de la cornée, le tissu de cette membrane se trouve infiltré dans toute son épaisseur. Ne nous occupons que des recherches histologiques faites chez l'homme.

Povert a fait ses recherches sur des portions de cornées leucomateuses tatouées et enlevées sur le vivant par le trépan. Il a constaté l'absence, à peu près complète, du noir de Chine dans l'épithélium, qui est soulevé par places, là où les piqûres ont été nombreuses. Dans le tissu cicatriciel, privé, comme on sait, de la membrane de Bowmann, et constitué : 1° par des faisceaux tendineux; 2° par de nombreux vaisseaux sanguins; 3° par les corpuscules de la cornée en voie de prolifération, le tout entremêlé de globules blancs et rouges, provenant sans doute des piqûres, on rencontre la matière colorante, et cela presque exclusivement, dans les couches superficielles. L'encre de Chine ne se fixe, du reste, que sur deux sortes d'éléments anatomiques, à savoir : sur les leucocytes, qui se résorbent plus tard et vont se fixer dans les ganglions lymphatiques (Donders), et sur les corpuscules propres de la cornée qui sont fixes. Povert signale la fréquence des hémorrhagies interstitielles dans la cornée résultant de la lésion par l'aiguille des nom-

breux vaisseaux de nouvelle formation, et en conclut qu'il ne faut pratiquer les séances de tatouage qu'à des intervalles assez éloignés pour permettre la résorption d'une partie du sang épanché.

Thaddäus Brawiez, de son côté, a disséqué une cornée leucomateuse qui avait subi quatre tatouages dans l'espace de quatorze jours, et cela deux ans avant la mort de l'individu, âgé alors de quarante-huit ans. Pas de matière colorante dans l'épithélium qui était bien conservé; membrane de Bowmann absente au niveau du leucome. Le tissu cicatriciel, immédiatement sous-jacent à la couche épithéliale, était formé par un tissu fibrillaire qui, plus profondément, faisait place au tissu normal de la cornée. La matière colorante noire occupait exclusivement la moitié antérieure de l'épaisseur de la cornée, et elle se montrait d'autant plus abondante qu'on se rapprochait de la superficie.

Les dangers de l'opération proviennent donc, non pas du plus ou moins de profondeur des piqûres d'aiguille faites à la cornée, mais du plus ou moins de rapprochement des séances, et très-probablement aussi du nombre des piqûres pratiquées dans la même séance.

Enfin, il sera utile aussi de ne se décider à pratiquer le tatouage que lorsque tout indice d'inflammation cornéenne a disparu, car le tissu jeune d'une cicatrice est plus apte à s'enflammer et à s'ulcérer que ce même tissu arrivé à sa période adulte de tissu tendineux presque invasculaire. Comme l'iridectomie préventive n'empêche pas les accidents graves, il paraît peu important de faire l'iridectomie avant ou après le tatouage.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a déjà vu deux individus, ayant subi le tatouage de la cornée, être repris de douleurs atroces; il compare les accidents produits par le tatouage à ce qui se passe souvent pour les corps étrangers de l'œil, dont la présence est quelquefois tolérée longtemps et qui deviennent ensuite le point de départ de graves accidents.

M. GIRAUD-TEULON a aussi vu, à la suite du tatouage, une iridocyclite intense, et considère ce tatouage comme une opération très-délicate, vu les terribles accidents que peut faire développer dans l'œil la présence d'un corps étranger même microscopique.

Mort rapide par embolie pulmonaire après ouverture d'un abcès de l'aisselle. (Séance du 6 février.) — M. AZAM (de Bordeaux) rapporte l'observation d'une femme, âgée de cinquante et un ans, ménagère, de santé parfaite, qui était atteinte d'un abcès considérable de l'aisselle gauche. Une large incision donne issue à 3 à 400 grammes de pus. Le lendemain de l'opération, la malade présente un peu d'oppression qui diminue le surlendemain; puis tout à coup la respiration devient anxieuse et la malade succombe par suffocation trois jours après.

L'autopsie démontre la présence d'un caillot cylindrique, enroulé et bifurqué, dans l'artère pulmonaire: une partie du caillot est engagée dans la bifurcation gauche et l'oblitère complètement; l'autre partie ferme incomplètement l'orifice de la bifurcation droite. Ce caillot est pour ainsi dire à cheval sur l'éperon qui sépare les deux branches de l'artère pulmonaire.

Le ventricule droit renferme un autre caillot cylindrique d'environ un centimètre de diamètre, libre dans sa plus grande partie, mais retenu dans les colonnes du cœur; il est plus gros que le précédent et plus ancien. Il est de toute évidence que ce caillot et le précédent, unis pendant la vie, constituaient le coagulum qui a rempli la veine axillaire et une partie de la veine humérale avec deux de leurs branches; leur ensemble mesure 20 centimètres. La première partie, la plus grosse, entraînée la première, s'est arrêtée dans les colonnes du cœur droit et a causé la dyspnée que nous avons indiquée; la deuxième partie, la plus mince, trouvant la voie ouverte, est partie à son tour, a franchi le ventricule droit, et, tassée par le courant sanguin contre l'éperon de l'artère pulmonaire, a oblitéré complètement sa branche gauche, incomplètement sa branche droite.

Cette femme est donc morte presque subitement d'une embolie pulmonaire consécutive à l'ouverture d'un abcès de l'aisselle.

Cet abcès avait, par son développement, comprimé les veines de la région et provoqué leur thrombose en ralentissant le cours du sang.

L'évacuation brusque de cet abcès et quelque mouvement du bras ont provoqué le départ du caillot, qui constituait cette thrombose et qui n'était retenu par aucune adhérence.

Le chirurgien devra donc tenir grand compte des compressions veineuses lentes, ne les lever qu'avec prudence et lentement pour que, au cas échéant, la veine, lentement libérée de la compression qui diminuait son calibre, ne laisse échapper que peu à peu le caillot qui la remplissait.

Hernie traumatique du poumon. — Ligature et excision. — Guérison. (Séance du 13 février.) — M. DUPLAY. — Le docteur Cauvy (de Béziers) a envoyé une observation relative à un jeune homme de vingt-quatre ans qui fut frappé, dans une rixe, de plusieurs coups de couteau à la poitrine. Une seule de ces plaies, siégeant à la partie moyenne du neuvième espace intercostal, était pénétrante et donnait issue à une tumeur oblongue, rougeâtre, saillante de sept centimètres environ, avec un léger suintement sanguin. Hémorrhagie abondante et syncope, puis dyspnée intense et douleur vive au côté.

Aucune tentative de réduction ne fut faite: on se borna à appliquer sur la partie herniée des compresses d'eau froide. Le lendemain, des phénomènes de réaction intense se manifestèrent, accompagnés de dyspnée et de douleur: ils semblèrent se calmer sous l'influence d'une saignée abondante. Le troisième jour, le docteur Cauvy appelé trouve le malade dans l'état suivant: pas de fièvre, dyspnée modérée, mouvements respiratoires à peu près nuls du côté gauche, absence de tout murmure vésiculaire dans la partie inférieure du poumon gauche.

La tumeur existe étalée en forme de champignon, comme étranglée par les bords de la plaie thoracique, saillante de neuf centimètres, d'un rouge brun très-foncé, assez résistante, rappelant la couleur et la consistance du tissu hépatique. M. Cauvy conseilla de ne pas tenter la réduction, de pratiquer la ligature et l'excision partielle de cette tumeur et de toucher légèrement la surface de section avec le perchlorure de fer.

La tumeur fut détachée en partie par le sphacèle, en partie par l'excision, et laissa à sa suite une plaie bourgeonnante qui était cicatrisée complètement le vingt-huitième jour après l'accident. A cette époque, sauf quelques tiraillements, quand on le faisait tousser, le blessé ne présentait plus aucun phénomène objectif ou subjectif. Sept mois plus tard, il a été revu; il était en parfaite santé et exerçait son pénible métier de pêcheur.

M. Cauvy pense que, si la hernie traumatique du poumon est le plus souvent exempte d'accidents, cela tient particulièrement à ce que la présence d'une portion du poumon hernié entre les lèvres de la plaie thoracique empêche l'entrée de l'air dans la plèvre, l'emphysème sous-cutané, les hémorrhagies externes et surtout internes. Les cas de réduction de la hernie pulmonaire ayant souvent été suivis de mort, il semble que la règle doit être désormais de ne pas faire la réduction, mais au contraire de laisser la portion herniée abandonnée à l'extérieur. Sur quatorze cas réunis par le docteur Cauvy, la mort a été deux fois la terminaison du pneumocèle traumatique. Or, précisément dans ces deux cas mortels, le poumon avait été très-excisé, puis réduit. De même deux autres faits de réduction, rapportés par le docteur Junquel et par Angelo, ont mis les jours du malade en danger.

M. Duplay, qui l'avait accepté après Nélaton et ses devanciers, renonce donc maintenant au principe de la réduction et la proscrit désormais, aussi bien que la science a proscrit la réduction dans le cas d'épiplocèle traumatique. La ligature faite, on assure une guérison plus prompte en excisant ce que la ligature n'a pas encore sphacélé; cette conduite est préférable à la pratique d'attendre l'élimination spontanée de la tumeur herniaire.

Luxation sous-acromiale incomplète de l'humérus. — Réduction instable. — M. CH. PÉRIER a observé cette luxation chez une fille âgée de vingt-cinq ans, infirmière à la Salpêtrière; elle était sujette à de fréquentes attaques d'hystérie et d'épilepsie. Ces accès avaient ceci de particulier qu'ils s'accompagnaient de deux bruits de craquement siégeant dans l'épaule droite et s'entendant à distance, le premier au début, le second à la fin de la crise;

cependant il arrivait quelquefois que le craquement de la fin n'était pas perçu, mais alors la malade revenue à elle souffrait de l'épaule et ne pouvait la mouvoir. Elle priait ses compagnes de lui tirer sur l'épaule jusqu'à production du bruit, et aussitôt les mouvements devenaient possibles et la douleur cessait. A défaut de compagnes obligeantes, elle arrivait seule au même résultat en saisissant de la main droite un barreau de lit ou tout autre point d'appui et en tirant à elle énergiquement.

Un jour elle échoua dans sa réduction: la luxation ne fut réduite que cinq jours après. Une autre fois, nouvelle luxation réduite sans chloroforme. Un mois après, luxation réduite après anesthésie. Les luxations se succèdent, exigeant successivement des procédés de contention plus complets, mais tous aussi insuffisants.

En appliquant la paume de la main sur l'épaule, on peut, avec le pouce, luxer et réduire à volonté et sans provoquer de douleur sérieuse. C'est dans cet état que la malade succombe le 11 janvier à la suite d'accès épileptiques répétés. L'autopsie démontre que les parties qui entourent l'articulation ne présentent aucune lésion: la capsule est intacte; les bourses séreuses péri-articulaires ne portent pas traces d'inflammation. La luxation et la réduction se produisent à volonté sans autre bruit qu'un frottement un peu rude. La luxation est bien sous-acromiale et incomplète.

En suivant du doigt le pourtour de la cavité glénoïde, on sent que la demi-circonférence postérieure de la cavité a perdu son relief. Une incision de la capsule en arrière met à nu les lésions. On aperçoit d'abord une large frange synoviale très-vasculaire, insérée à la face interne de la capsule et étalée sur la tête humérale, dont le cartilage d'encroûtement fort aminci laisse voir la teinte rosée du tissu osseux sous-jacent; le contour de la surface articulaire humérale forme un relief irrégulier dû à une prolifération osseuse semblable à celle qu'on observe dans l'arthrite déformante. En écartant les surfaces, on aperçoit la cavité glénoïde dont les deux tiers inférieurs paraissent intacts, tandis qu'en arrière le cartilage d'encroûtement et le bourrelet glénoïdien ont disparu, laissant le tissu à découvert. La tête de l'humérus n'appuie donc sur la cavité glenoïde que par une portion de sa surface vide. Cette disparition explique très-suffisamment la facilité de la luxation et l'instabilité de la réduction.

Quoiqu'on ait trouvé une tumeur cérébrale, M. Périer ne songe pas ici à attribuer ces lésions à une altération des centres nerveux; il pense qu'il s'agit ici d'une arthrite sèche dont le développement s'explique par la répétition si fréquente de la luxation; la lésion s'étant prononcée de plus en plus du côté où se faisait la luxation, elle est arrivée peu à peu à un degré tel que la cavité glénoïde a cessé de fournir à la tête humérale un point d'appui suffisant.

La luxation sous-acromiale est assez rare; Malgaigne n'en a rassemblé que trente-quatre observations, et, sur vingt-neuf dont la cause était indiquée, sept fois la luxation avait eu lieu dans une attaque d'épilepsie, comme chez notre malade.

Il faut admettre, dans la plupart de ces cas, l'influence de l'action musculaire convulsive; elle agirait alors en produisant une torsion exagérée en dedans; ce mouvement a d'ailleurs été évident lors de certaines luxations produites par des violences extérieures; et c'est aussi en tordant l'humérus en dedans sur le cadavre que l'on fait passer le plus facilement la tête de l'humérus au-dessous de l'acromion.

M. HOUEL pense qu'il a dû y avoir fracture du bord postérieur du sourcil glénoïdien: cette région paraît coupée à angle aigu; le fragment a dû se porter en arrière et se consolider dans cette position, en formant ainsi une cavité dans laquelle se logeait la tête humérale. Ce genre de luxation est fréquent dans la fracture du bord antérieur du sourcil glénoïdien. On s'expliquerait l'instabilité de la réduction par l'élongation de la capsule produite, par le tiraillement de l'articulation dans les luxations successives.

M. PÉRIER (séance du 20 février) a fait la dissection de l'articulation scapulo-humérale et a séparé la cavité glénoïde en deux parties égales. Or, la cavité glénoïde et la tête humérale présentent les mêmes lésions; il faudrait donc admettre que la tête humérale a été fracturée comme la cavité glénoïde, bien qu'en un point diamétralement opposé. Il est préférable de les rapporter à un effet des pressions fréquentes et prolongées auxquelles les parties ont été réciproquement soumises; il en est résulté une usure des parties, puis la formation d'une nouvelle cavité.

M. HOUEL apporte une pièce du musée Dupuytren où il existe une fracture dans la luxation sous-coracoïdienne; il persiste donc à croire qu'il y a eu fracture du sourcil postérieur de la cavité glénoïde; les deux fragments se seraient consolidés sur la face externe, et il existe un point opaque où s'est pour ainsi dire greffé le fragment. La fracture remontait à trois ou quatre ans au moins.

Anévrysme diffus volumineux de l'aisselle. — Tentative de ligature de la sous-clavière; ligature du nerf radial. — Mort. (Séance du 13 février.) — M. DESPRÈS. — Chez une femme âgée de quarante ans, atteinte d'un énorme anévrysme diffus de l'aisselle, à la suite de coups et de torsions du bras, M. Després a été obligé de tenter la ligature de la sous-clavière, la malade ayant refusé la désarticulation de l'épaule et aucun autre moyen de salut n'étant possible.

Dans l'exécution de cette opération, M. Després a rencontré des difficultés considérables et de tout genre; la profondeur à laquelle il fallait aller chercher l'artère et le paquet nerveux était de 7 centimètres au moins. Le gonflement était énorme. Le tubercule de la première côte ne pouvait être senti; il fallait dénuder le moins possible les nerfs et les artères pour éviter les fusées purulentes. L'artère fut isolée dans une très-petite étendue, puis chargée sur une aiguille de Deschamps; mais la courbure de cette aiguille était trop grande, M. Després fut obligé de lâcher l'artère. Dans une seconde manœuvre, n'ayant pu soulever la partie chargée, il chercha le fil avec une pince et pratiqua la ligature. Les jours suivants, l'état de la malade, qui était déjà désespéré, s'aggrava encore et elle succomba. A l'autopsie, on trouva une vaste poche pleine de caillots, dont on retira plus de deux litres et demi. L'artère axillaire était intacte; le vaisseau blessé était le tronc commun des circonflexes qui avait été arraché à son origine. Le nerf radial seul avait été lié: l'artère avait échappé: elle était dénudée dans une étendue de moins de un centimètre et était située immédiatement au-dessous du nerf qui lui était intimement accolé.

M. Després expose toutes les difficultés qu'il a rencontrées dans cette ligature: l'artère avait été chargée la première fois et elle a échappé la seconde. Avec une aiguille à petite courbure comme celle de M. Trélat, on éviterait cette circonstance. En outre, quand, sur dix ligatures, dont nous n'avons pas toutes les autopsies, on trouve que trois fois le nerf a été pris dans la ligature, il faut que l'on soit bien prévenu de ce fait que la racine du nerf radial, au moins dans les cas d'anévrysmes axillaires, est accolée intimement à l'artère, que le véritable point de repère profond pour lier la sous-clavière est la recherche et au besoin la direction du nerf radial, et que l'on doit chercher le nerf d'abord et l'artère ensuite sur le bord du tendon du scalène antérieur.

MM. GILLETTE et PERRIN insistent pour qu'on attache une plus grande importance à la recherche du tubercule de la première côte. On peut dire que, pour lier la sous-clavière, c'est certainement le meilleur point de repère, car, une fois reconnu, il suffira de porter l'aiguille de Deschamps en avant de la première côte pour être sûr de charger l'artère.

M. FARABOEUF rappelle que le premier point dans les ligatures de la sous-clavière est de placer son malade dans de bonnes conditions de jour; puis, cherchant, sur le côté sain, le point d'émergence de l'artère, entre les scalènes, on peut, avec des mensurations, trouver le point correspondant sur le côté malade. Après avoir incisé sur le point indiqué, on porte le doigt pour reconnaître le tubercule de la première côte et le tendon du scalène qui forme une corde, puis, en arrière, on trouve un creux, au fond duquel on sentira une lanière plus épaisse au bord qu'au milieu, qui s'aplatit sur la première côte: c'est l'artère sous-clavière. Pour la saisir, il emploie, non l'aiguille courbe de Deschamps, mais une aiguille droite que l'on conduit derrière son doigt jusqu'à ce qu'on éprouve la sensation de la côte, sensation de dureté très-caractéristique

puis, dirigeant le bec de l'aiguille en avant, l'artère se charge d'elle-même.

M. T. ANGER fait remarquer, dans le fait de M. Desprès, la facilité avec laquelle s'est effectuée la rupture de l'artère pour la production de l'anévrysme. Il est rare de voir une simple traction produire semblable lésion lorsque l'artère est saine.

M. TILLAUX, à propos de la confusion si facile de l'artère avec le nerf, rappelle avoir entendu Malgaigne donner le conseil, après avoir passé le fil sous le cordon que l'on pense être l'artère, de le piquer pour être certain, par la sortie du sang, que l'on tient exactement l'artère.

Les fractures du crâne par contre-coup. (Séance du 20 février). — M. MAURICE PERRIN. — L'existence des fractures du crâne par contre-coup a été très-sérieusement contestée depuis un certain temps. Pour démontrer leur possibilité, M. Perrin a répété les expériences d'Aran et autres observateurs, mais en modifiant les procédés, afin de rentrer dans les conditions les plus ordinaires de production de ces fractures. Il interpose un coussin ou une lame de caoutchouc entre la force et la résistance ; les précipitations des cadavres se font d'une hauteur de 2 mètres à 3 mètres et demi ; les percussions directes sont faites avec des masses de fer ou de bois préalablement matelassées, etc.

Les percussions n'ont jamais donné que des fractures directes.

Avec les précipitations, au contraire, les fractures indirectes furent les plus communes dans certaines régions du crâne.

Des résultats obtenus par la voie expérimentale, M. Perrin croit pouvoir déduire les propositions suivantes :

1° On peut produire artificiellement deux espèces de fractures du crâne : les unes directes, les autres indirectes, dites aussi par contre-coup. Ces dernières ont pour siége tantôt un os voisin, tantôt le point diamétralement opposé, tantôt la voûte, tantôt la base du crâne ;

2° Ces deux espèces ne peuvent être considérées, l'une, la première, comme la règle, et l'autre comme une rare exception : leur fréquence relative est déterminée par la fréquence même des conditions favorables à leur production. C'est ainsi qu'à la suite des chocs sur le vertex et l'occiput, les fractures par contre-coup ont été la règle et les fractures directes de rares exceptions, tandis que les chocs sur le front, les pariétaux, les tempes, ne donnent guère que des fractures directes ;

3° La condition générale favorable à la production des contre-coups, déjà présentée par Saucerotte, Sabourant, et mieux définie par Boyer, peut se formuler de la façon suivante : il faut que la surface percutée possède une force de cohésion suffisante pour résister, et supérieure à celle d'autres points de la boîte cranienne. Cette force de résistance peut tenir soit à l'épaisseur même de la paroi osseuse, soit à la brièveté de son rayon de courbure, soit à l'étendue de sa surface heurtée, soit à l'interposition d'un corps étranger élastique entre la force et la résistance ;

4° Les effets des chutes sur le crâne sont variables suivant leur siége. La surface la plus exposée aux effets indirects est limitée par une ligne qui, passant en avant par les basses frontales, aboutit en arrière à la protubérance occipitale, en longeant latéralement les limites supérieures de la région temporale ;

5° Contrairement à l'assertion d'Aran, les fractures de la base du crâne intéressent plusieurs étages ou régions de cette base ;

6° Les sutures, indispensables au développement organique, sont une cause d'affaiblissement dans le degré de résistance du crâne : elles représentent des points faibles au niveau desquels commence souvent la solution de continuité sous la forme d'une déhiscence qui se continue par un ou plusieurs traits de fracture. Il en est ainsi sur plusieurs des pièces mises sous les yeux de la Société ;

7° La soudure des sutures, qui transforme la voûte du crâne en une seule pièce osseuse, augmente considérablement sa résistance. Dans les nombreuses expériences faites sur des sujets des deux sexes de vingt à soixante ans, il a été constaté qu'il fallait une plus grande force chez le vieillard que chez le jeune homme pour produire une fracture. M. Tillaux a observé le contraire ;

8° M. Perrin n'a jamais pu obtenir de fracture par contre-coup chez les sujets dont les sutures étaient soudées ;

9° L'irrégularité de forme et d'homogénéité de structure du crâne ne permet pas de déterminer *à priori* le siége ou la direction des fractures. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il y a une série de points forts qui sont respectés et une série de points faibles par lesquels passe le trait de fracture. Les sutures, les fentes, les trous, les échancrures, les sillons, servent à jalonner la route habituelle de la solution de continuité.

Observations relatives au traitement des plaies de l'urèthre (séance du 20 février). — M. CRAS, membre correspondant (de Brest), communique trois observations relatives au traitement des plaies de l'urèthre. Dans la première, il s'agit d'un maître charpentier, ayant fait une chute à califourchon, et atteint de *rupture complète* de l'urèthre avec cette particularité que la rupture siégeait précisément entre deux rétrécissements anciens, ce qui rendit impossible l'exploration de la crevasse uréthrale avec des bougies à boule d'un calibre suffisant.

MM. Cras et Auffret se décidèrent à pratiquer l'incision médiane ; puis la recherche du bout postérieur ayant été facilitée par un écoulement d'urine, ils firent, séance tenante, l'uréthrotomie interne, en laissant à demeure une sonde à bout coupé n° 16. Le canal était complètement rompu en travers. La rupture au lieu de se faire à la partie moyenne avait eu lieu en un point voisin de l'extrémité postérieure du bulbe. La guérison fut rapide : la dilatation s'était maintenue.

La dernière observation est l'histoire d'un jeune paysan de quatorze ans, qui s'était lié la base de la verge avec une ficelle. Les téguments s'étant tuméfiés, il ne put réussir à couper le lien, et, pendant un long mois, en Bas-Breton têtu et sournois, il supporta ce corps étranger, malgré les vives douleurs qu'il ressentait. L'urine ne tarda pas à s'écouler par une ouverture accidentelle. Il y avait section circulaire complète du fourreau du canal de l'urèthre et d'une partie des corps caverneux. Le bout postérieur était à peu près oblitéré.

L'opération fut faite en deux temps, à huit jours d'intervalle ; l'opération de la circoncision étant préalablement pratiquée. M. Cras fit l'uréthroplastie en adossant de larges lambeaux par leur surface cruentée, qu'il disséqua en avant et en arrière de la cicatrice qui fut excisée. La sonde à demeure, laissée d'abord, dut être enlevée le quatrième jour ; mais le cathétérisme fut continué. La guérison était complète un mois après.

De la gingivite saturnine (séance du 20 février). — M. CRAS appelle ainsi le liséré plombique qu'il considère comme le résultat d'une injection opaque des capillaires de la gencive par le sulfure de plomb, et non comme une sorte de tatouage.

Partant de ce principe que toute ligne noire de gencives s'accompagne de décollement, M. Cras fait l'excision de la gencive, et y trouve des houppes capillaires infiltrées de granulations noires qu'il démontre être de nature plombique. La gencive étant décollée, des matières organiques se déposent dans ce petit nid d'hirondelles formé entre la gencive et la dent. L'hydrogène sulfuré qu'elles dégagent agit à l'état naissant à travers la paroi capillaire sur le sang intoxiqué, et des granulations de sulfure de plomb se déposent dans les anses capillaires, dont l'ensemble représente non un liséré, mais une plaque estampée par un pointillé noirâtre. Le liséré visible n'est autre chose que le bord supérieur de ces plaques.

M. MAGITOT n'accepte pas cette origine circulatoire du liséré. Il n'a jamais rencontré les particules plombiques dans les anses capillaires de la muqueuse gingivale, mais toujours dans l'épaisseur de la couche épithéliale qui revêt la muqueuse et en particulier dans les interstices des cellules profondes au voisinage de la couche de Malpighi. Comment ne rencontrerait-on pas le liséré partout où il y a des capillaires sous une muqueuse recouverte d'épithélium transparent, comme la conjonctive, la muqueuse des lèvres ? On ne peut admettre une influence élective des préparations saturnines sur les capillaires de la muqueuse gingivale.

Les gencives dépourvues de dents ne présentent jamais le liséré.

M. Magitot considère le dépôt saturnin comme provenant de l'élimination par la salive de sels de plomb solubles; arrivé au contact des languettes gingivales, le plomb s'y dépose comme les phosphates et les carbonates, qui forment le tartre. Il passe ensuite à l'état de sulfure de plomb, grâce aux émanations sulfuriques de la bouche, et se dépose en granulations amorphes au milieu des cellules épithéliales qui occupent le petit cul-de-sac interposé entre ce bord libre et la surface des dents. Il n'y a d'ailleurs pas de gingivite proprement dite, car il y a des liserés sans gingivite, par exemple dans un cas où le liséré est survenu à la suite d'une solution plombique faite pour la teinture des cheveux. Il n'y avait là ni gingivite, ni décollement des gencives, conditions que M. Cras croit nécessaires pour la production du liséré saturnin.

A propos du pansement antiseptique (séance du 27 février 1878). — M. VERNEUIL avait déposé sur le bureau la thèse de M. Vitu : *Sur le pronostic des fractures compliquées*, traitées par la méthode antiseptique.

M. DESPRÈS, à cette occasion, présente à la Société la statistique intégrale de son service à l'hôpital Cochin, au sujet des fractures compliquées de jambe. Les résultats qu'il a obtenus par des pansements ordinaires prouvent qu'il n'est pas nécessaire, pour obtenir des succès, de recourir aux pansements antiseptiques.

M. Desprès a suivi deux modes de traitement : autrefois, employant le pansement qu'il avait appris dans le service de ses maîtres, Nélaton, Robert, il plaçait le membre dans une gouttière, le recouvrant de gâteaux de charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré, quelquefois l'entourant avec un appareil de Scultet. Sur treize fractures compliquées de jambes, ainsi traitées, il y eut quatre amputations de cuisse (trois morts), une désarticulation du genou (mort), puis, sur les huit autres fractures traitées dans la gouttière, deux succès, six morts.

Renonçant à cette pratique peu favorable, M. Desprès se décida, après 1872-73, à l'immobilisation complète : attelle plâtrée et pansement par les bandelettes de diachylon. Sur onze fractures compliquées de jambe, il n'a dès lors observé qu'un cas de mort chez une femme âgée de soixante-quatorze ans, qui a succombé aux suites d'un érysipèle.

Le rôle de la bandelette de diachylon serait de préserver de l'irritation extérieure et de laisser, autour de la plaie, une atmosphère humide.

En dehors de cette considération, c'est à l'immobilisation rigoureuse que M. Desprès attribue ses succès; ce qui lui fait considérer comme peu nécessaire le pansement antiseptique auquel M. Verneuil, au contraire, attribue la guérison.

M. BOINET accepte le traitement antiseptique; il insiste seulement sur ce fait qu'il n'est pas besoin de chercher, comme l'a fait M. Vitu, la démonstration de son utilité dans la pratique des chirurgiens étrangers. Il pense que cette pratique est très-française et qu'elle est loin d'être nouvelle. Il l'a employée lui-même dans les ambulances pendant le siége de 1870 et n'a eu qu'à s'en féliciter.

Sur quarante-huit fractures comminutives il a vu : six amputations, dont deux de cuisse (un mort), deux sus-malléolaires sur le même blessé (un mort), deux amputations de bras (un mort), et trente-deux guérisons. Sur les quarante-deux fractures qui restent, trente-deux ont guéri.

De ces quarante-deux fractures comminutives, treize appartenaient au membre supérieur : pour le bras, quatre guérisons, six pour l'avant-bras.

8	appartenaient	à la cuisse :	6 guérisons.
5	—	au genou :	3 —
12	—	aux jambes :	10 —
4	—	aux pieds :	4 —

Dès 1855, et auparavant même, M. Boinet (*Traité d'iodothérapie*) et d'autres avaient démontré par des observations les effets salutaires de l'alcool et des teintures alcooliques pour empêcher l'infection purulente et même l'arrêter à son début.

M. DESPRÈS pense qu'il ne faut pas mettre sur la même ligne les fractures de guerre et les fractures observées dans les hôpitaux. D'ailleurs, sans pansement antiseptique, il a pu obtenir, à Sedan, sur huit fractures de jambes, cinq guérisons, et à Beaugency, vingt guérisons sur vingt-sept fractures compliquées de jambes, et cela au milieu des plus détestables conditions d'hygiène et d'installation. Il pense que ces résultats satisfaisants sont dus à l'immobilisation aussi complète que possible, à l'irrigation continue qui était le fond des pansements, et enfin à cette circonstance que, dans les plaies par armes à feu, il y a presque toujours deux ouvertures, et l'écoulement du pus est plus facile.

M. VERNEUIL fait observer qu'en tous cas il faut convenir que le pronostic des fractures compliquées de jambe a complètement changé depuis plusieurs années, et l'immobilisation n'en est pas la seule cause, car, employée avec le plus grand soin par Lisfranc, elle n'empêchait pas la terminaison presque toujours fatale dans les fractures compliquées. Il faut attribuer aussi les succès à l'occlusion, dont, depuis 1869, il a obtenu d'excellents résultats, et à tous les procédés antiseptiques, quels que soient les procédés mis en usage pour réaliser la méthode antiseptique.

Dystocie par allongement et tuméfaction considérable des deux lèvres du col utérin, par le docteur MANDILLON, de Bordeaux (séance du 27 février). — M. GUÉNIOT, rapporteur, résume cette observation intéressante. Il s'agit d'une femme âgée de vingt-cinq ans, qui était accouchée deux ans auparavant de la manière la plus normale. A un deuxième accouchement, la sage-femme appelle à son aide M. Mandillon, qui constate à l'orifice vulvaire l'existence de deux tumeurs d'un rouge vineux, rénitentes et à grosses bosselures. La première, située en avant, était de forme ellipsoïde et aplatie dans le sens antéro-postérieur; elle mesurait 12 centimètres dans son grand diamètre, 8 centimètres dans le petit et 27 centimètres dans sa circonférence. La seconde tumeur, qui répondait au périnée, avait la grosseur d'une mandarine. Le doigt, en les circonscrivant l'une et l'autre, pénétrait entre leur surface externe et les parois du vagin jusqu'à 6 ou 7 centimètres de profondeur. Là, il se trouvait arrêté par les culs-de-sacs vaginaux et par la tête fœtale qui occupait l'excavation pelvienne. Porté ensuite entre les deux tumeurs, il arrivait, à travers une sorte de canal, jusqu'au contact direct du crâne qui se présentait en première position; ces tumeurs étaient donc le résultat d'une altération du col utérin : elles représentaient le museau de tanche énormément tuméfié.

La parturiente, qui était en travail depuis douze heures, avait perdu les eaux depuis six heures, et, deux heures avant l'arrivée du médecin, la sage-femme lui avait fait prendre, en deux fois, une forte dose d'ergot de seigle. Une heure après la première prise d'ergot, les deux tumeurs dont il vient d'être question avaient commencé à se montrer et s'étaient très-rapidement développées, la tumeur antérieure d'abord et la tumeur postérieure ensuite.

L'auscultation la plus attentive n'ayant pas permis d'entendre les bruits du cœur fœtal, M. Mandillon se mit en devoir de terminer l'accouchement à l'aide du forceps, et, pour opérer rapidement le dégagement de la tête qui était descendue sur le plancher du bassin, pratiqua avec le bistouri boutonné un double débridement, en avant et en arrière, sur le pourtour de l'orifice qui étreignait l'occiput.

L'enfant, né en état de mort apparente, fit deux ou trois inspirations, mais ne put être ranimé.

L'examen des parties confirma le diagnostic d'allongement et de tuméfaction œdémateuse des deux lèvres du col utérin.

Douze heures après l'accouchement, les tumeurs avaient un peu diminué de volume : il s'en écoulait assez abondamment une sorte de sérosité sanguinolente. Pour tout traitement, elles furent recouvertes de compresses imbibées de vin sucré. Le cinquième jour après les couches, leur volume n'excédait pas celui d'une noix ordinaire, mais elles faisaient toujours hernie à travers la vulve. Le huitième jour, elles répondaient au niveau même de la vulve; le quinzième jour elles étaient, non-seulement réduites dans leurs dimensions, mais encore complètement rentrées dans le vagin. Au quarantième jour, le col utérin avait repris une situation presque

normale. Sa lèvre antérieure seule mesurait encore environ 4 centimètres et demi de longueur sur 2 centimètres d'épaisseur; la postérieure ne formait plus qu'un bourrelet peu saillant. Quatre mois après, la matrice était sensiblement abaissée et la lèvre antérieure du col, longue encore de près de 4 centimètres, venait presque effleurer l'orifice vulvaire; il s'agissait, selon toute apparence, d'une simple hypertrophie.

L'origine de cette lésion tient sans doute à une tuméfaction œdémateuse, à une infiltration séro-sanguine, probablement accompagnée de petits épanchements de sang dans la substance même du col: la rupture prématurée des membranes et l'action tétanique de l'ergot (employé si malencontreusement et si mal à propos par les sages-femmes) ont dû contribuer pour une bonne part à la genèse de cette lésion. Il faut probablement ajouter à ces causes une contexture spéciale du tissu du col, contexture déterminée sans doute par un état morbide antérieur et qui a rendu cet organe susceptible d'infiltration. Cet état anatomique a déjà été invoqué par M. Guéniot pour expliquer « l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin » qui se classe dans le même cadre que l'affection que nous venons de décrire, aussi bien encore que le « thrombus de la lèvre inférieure », qui est observé dans des conditions exactement semblables.

M. Mandillon cite comme faits analogues au sien ceux observés par Duclos, de Toulouse (1818), qui y joint ceux de Naegelé, Lever, Danyau; puis ceux de Blot et Calmeille, de Guindron. (Voir *Société de chirurgie*, séance du 15 décembre 1874.)

A cette courte série, M. Guéniot ajoute le fait relaté par Léon Kessler sous le titre d' « hyperplasie aiguë de la lèvre antérieure de l'utérus, développée pendant la grossesse »: « Il s'agit d'une femme qui, au huitième mois de sa grossesse, fit une chute sur la rampe d'un escalier. Ce traumatisme fut sans conséquence immédiate. Mais, un mois après, on vit apparaître hors de la vulve une tumeur grosse comme un œuf de poule, tumeur que l'on contournait aisément avec le doigt dans le vagin et que l'on reconnut être formée par la lèvre antérieure du col utérin. L'accouchement se fit à terme et nécessita l'emploi du forceps : l'enfant, né vivant, était fortement constitué. La régression utérine s'effectua lentement : ce n'est qu'à la septième semaine que l'utérus avait repris sa position normale. La lèvre antérieure avait conservé des dimensions exagérées; elle était, en même temps, devenue dure et de forme tuberculeuse. Des scarifications pratiquées sur elles restèrent sans résultat. Dès lors l'ablation en fut résolue, puis exécutée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Cinq semaines après, l'utérus était revenu à son état normal. L'examen histologique montra que la tumeur était composée d'un tissu à cellules fusiformes. Entre les cellules s'étendait un tissu lamineux riche en vaisseaux, diminuant vers le centre de la tumeur... »

Sarcome congénital opéré par le thermo-cautère, chez un enfant de quatre jours. Guérison, par M. Mandillon (séance du 27 février). — M. Guéniot, rapporteur. — En mai 1877, M. Mandillon fut appelé à traiter un enfant nouveau-né du sexe masculin et de forte constitution, qui portait sur l'épaule droite une tumeur du volume d'une petite orange. Cette tumeur, régulièrement arrondie et presque sessile, mesurait 25 centimètres de circonférence; un pédicule, haut de 1 centimètre seulement, avait un diamètre d'environ 2 centimètres et demi. Elle siégeait à la partie supérieure et interne du moignon de l'épaule, à peu près à 2 centimètres en dehors du bec de l'apophyse coracoïde. D'une consistance généralement ferme, qui rappelait celle de certains polypes fibro-muqueux, elle étiat molle, comme fluctuante à sa partie supérieure, et d'une dureté presque cartilagineuse dans son pédicule, où l'on constatait l'existence de quelques battements artériels. La membrane d'enveloppe était rouge, luisante, et parsemée d'arborisations veineuses qui partaient du pédicule comme d'un centre. On pouvait faire mouvoir la tumeur sur les couches sous-jacentes. Parents robustes, ne présentant rien de particulier.

Une ponction exploratrice éloigna l'idée de kyste : les jours suivants, un îlot gangréneux s'étant manifesté sur le segment supérieur du néoplasme, l'ablation de la tumeur fut décidée. Elle fut pratiquée avec le thermo-cautère, surtout en considération de la persistance des battements artériels dans le pédicule. Aucun incident pendant l'opération : une seule artériole fournit quelques gouttes de sang. Trois semaines après, la cicatrisation était complète; l'enfant n'avait cessé de teter avec entrain.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome fusiforme (ancienne tumeur fibro-plastique) en grande voie de régression granulo-graisseuse.

Des ostéites apophysaires pendant la croissance, par M. Lannelongue. (Séance du 27 février.) — Le sujet qui fait l'objet de cette communication a trait à un petit groupe d'affections occupant les apophyses des os avant leur soudure définitive. On sait quelle est l'origine des apophyses: elles dérivent, comme le reste de l'os, du squelette cartilagineux primitif; elles subissent, aux divers âges, des modifications analogues à celles subies par les épiphyses. Pourtant toutes les apophyses n'existent pas à la période fatale; quelques-unes ne se dessinent que dans les premières années de la vie. Elles ont d'abord une première phase exclusivement cartilagineuse; à cette période, l'apophyse consiste en une masse de cartilage dont la forme rappelle déjà celle de la même éminence ossifiée. Plus tard, au sein de la masse, apparaît un point osseux: ce point osseux devient un noyau chaque jour plus considérable; il est isolé du reste de l'os par une coque cartilagineuse inégalement épaisse suivant les points. L'apophyse est en voie de formation; enfin, plus tard, ce cartilage disparaît par sections successives: l'apophyse est entièrement osseuse. Cette seconde phase, durant laquelle ces éminences se transforment, a une durée de plusieurs années suivant les os; c'est alors que ces saillies grandissent et se développent. C'est aussi la période où elles sont le siège de troubles pathologiques sur lesquels nous allons attirer l'attention.

Constituées exclusivement par du cartilage, à une première période, les apophyses sont alors, comme ce tissu lui-même, très-réfractaires aux accès inflammatoires; tout au plus subissent-elles le contre-coup des inflammations voisines qui accélèrent ou ralentissent leur développement.

Par contre, le changement d'état des apophyses, leur transformation lente ou rapide, réclame pour se produire le concours d'une irritation physiologique active, poursuivant son but de substitution jusqu'à son dernier terme: l'ossification complète après croissance achevée. Sous cette influence, et pendant toute sa durée, se trouve constituée une véritable prédisposition, une sorte d'imminence morbide. Dès ce moment les apophyses peuvent subir primitivement les mêmes atteintes que celles qui frappent ailleurs le tissu osseux.

Mais, comme le tissu osseux de l'apophyse est compris dans une gangue de cartilage qui l'isole et le sépare du reste de l'os, il est aisé de comprendre le cantonnement de l'affection dans l'apophyse elle-même où le mal peut avoir, pendant une longue durée, une délimitation qu'il ne franchit pas.

Mais, si l'ostéite détruit le cartilage, ou si elle hâte la soudure définitive de l'apophyse au reste de l'os, la barrière a disparu, l'affection peut s'étendre dans tous les sens, et, si elle va vers l'épiphyse, les désordres articulaires plus ou moins promptement funestes sont à redouter.

Les influences sous lesquelles se produisent les ostéites apophysaires sont le rhumatisme, la scrofule ou la tuberculose héréditaire, le traumatisme. Enfin, M. Lannelongue signale une cause nouvelle qui a joué un rôle actif, direct et immédiat dans deux cas: c'est la contraction des muscles s'insérant sur l'apophyse, contraction mise en jeu par l'exercice d'une profession nouvellement adoptée par les sujets.

Dans une première observation d'un garçon âgé de quatorze ans et demi, tourneur en cuivre depuis deux ans, n'ayant aucune influence diathésique, c'est l'exercice fonctionnel du membre qui a provoqué l'ostéite de la tubérosité antérieure du tibia; dans ce mouvement de flexion et d'extension de la jambe, répété des milliers de fois par jour, le triceps fémoral a déterminé une perturbation physiologique dans le développement régulier de cette apo-

physe; on connaît, en effet, aujourd'hui, les rapports intimes qui existent entre les insertions des tendons et les cartilages. On sait qu'il y a une véritable continuité de l'un à l'autre, de la cellule cartilagineuse à la fibre tendineuse, et non pas une simple juxtaposition comme on le pensait autrefois. Le tiraillement, l'excitation anormale du travail physiologique l'a fait passer à l'état pathologique, qui d'ailleurs s'est borné ici à un développement exagéré de l'os et à sa plus forte condensation. Le repos a suffi pour guérir cet enfant à qui l'on a conseillé, en outre, de changer de profession.

Dans une deuxième observation, l'apophyse ischiatique a été atteinte sans cause immédiate chez un enfant chétif, âgé de six ans, dont le père était mort poitrinaire. L'ostéite a suppuré et nécessité la résection de l'ischion.

Une autre observation est un exemple de l'influence diathésique sur le développement de l'affection; l'apophyse épineuse de la seconde vertèbre dorsale a été le siège du mal. Dans une quatrième, le grand trochanter ne s'est enflammé qu'après une attaque de rhumatisme extrêmement forte, localisée à la hanche gauche, chez un enfant de huit ans.

Un cinquième fait se rapporte à l'influence professionnelle; il s'agit d'un enfant de onze ans qui fait les courses d'un magasin; il ressentit, à la suite de courses longues et répétées, une douleur assez vive au talon gauche; une tuméfaction se forma en arrière du pied, l'abcès s'ouvrit spontanément et produisit une fistule placée en arrière du talon, en face de l'insertion du tendon d'Achille. En débridant le trajet on arriva sur l'apophyse postérieure du calcanéum, près de la face inférieure de l'os, et, en ruginant, on s'arrêta sur la ligne cartilagineuse épiphysaire qui était intacte. La guérison fut prompte.

Enfin, une sixième observation est celle d'une ostéite suppurée de la tubérosité antérieure du tibia gauche. Le mal s'étendit à l'épiphyse et à la cavité articulaire et la mort survint.

Phlegmon suppuré du ligament large gauche étendu au petit bassin et à toute la région anté-vésicale. — Drainage abdomino-vaginal. — Guérison. (Séance du 27 février.) — M. GILLETTE. — Chez une femme de race noire, âgée de vingt-cinq ans, qui fut atteinte après un accouchement d'un phlegmon du ligament large, la lésion était restée stationnaire pendant une dizaine de mois. La tumeur occupait l'excavation pelvienne, se prolongeait en avant de la vessie et était située à ce niveau directement en arrière des muscles grands, droits de l'abdomen, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On trouvait dans les urines une grande quantité de pus; il n'était donc pas douteux que le foyer s'était ouvert spontanément dans la cavité vésicale. Cependant les symptômes généraux continuaient à être graves et alarmants. Une ponction faite avec le trocart aspirateur ne donna issue qu'à du pus crémeux qui ne s'écoula que très-difficilement. Une incision de quatre centimètres fut faite dans la paroi abdominale un peu à droite et à quatre travers de doigt au-dessus du pubis; il s'écoula au moins un litre de pus bien lié, sans fétidité, mêlé de quelques caillots sanguins. L'état fébrile persista malgré l'introduction d'une grosse sonde en caoutchouc et les injections chloralées.

Jugeant cette incision insuffisante et trouvant le cul-de-sac antérieur du vagin encore très-tendu, M. Gillette résolut de faire une contre-ouverture au niveau de ce cul-de-sac, de pratiquer, en un mot, le drainage abdomino-vaginal au moyen du trocart courbe de Chassaignac. On continua les injections chloralées, les symptômes généraux devinrent meilleurs progressivement, et la guérison eut lieu.

Cette observation démontre:

1° L'insuffisance de l'ouverture spontanée vésicale à amener la guérison à cause de ses dimensions trop étroites pour la quantité considérable de pus fournie par l'abcès pelvien; l'extension du phlegmon à tout le petit bassin et surtout à la région anté-vésicale, ce qui n'est pas la marche la plus habituelle de ces sortes de foyers;

2° L'insuffisance d'une seule ouverture, même large, pratiquée dans la poche au niveau de la région hypogastrique, à cause de la déclivité de cette vaste poche purulente;

3° Le danger qu'il y aurait eu à attendre plus longtemps l'ouverture spontanée du foyer, soit au niveau de la paroi abdominale, soit au niveau du cul-de-sac vaginal;

4° L'efficacité réelle, au moins dans cet exemple, du drainage *abdomino-vaginal.*

Il ne faut pas oublier, enfin, que l'ouverture spontanée des abcès dans des cavités naturelles ne se termine pas toujours par la guérison, car on voit, souvent, persister des fistules.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du 18 juillet, les dispositions fiscales édictées dans les arrêtés des 4 août 1859 et 21 avril 1860 pour l'admission dans les pavillons de la Faculté de médecine de Paris sont rapportées.

— M. le docteur de Pietra-Santa, secrétaire de la Société française d'hygiène, fera, aujourd'hui mardi 23 juillet, à deux heures, au palais du Trocadéro, une conférence sur les hospices marins et les écoles de rachitiques.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris —Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 86. — JEUDI 25 JUILLET 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 25 JUILLET 1878. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la nouvelle phase où elle vient d'entrer, la discussion entre M. Pasteur et M. Colin promet de devenir féconde.

C'est une des questions les plus considérables de pathologie générale que la méthode expérimentale soit maintenant appelée à résoudre.

En effet, dans l'inoculation du charbon, on met en présence deux genres d'individualités, pour ainsi dire : d'une part, l'être vivant, l'animal en expérience, et, d'une autre part, la bactéridie qu'on introduit dans ses tissus.

Si le charbon se développait également chez les animaux de toutes les espèces, rien de plus simple. Mais il est loin d'en être ainsi.

Tandis que chez les herbivores, par exemple chez le mouton, le développement du charbon est la règle après l'introduction des moindres quantités de liquide charbonneux, chez les carnivores, au contraire, et chez les oiseaux, le succès est tout à fait exceptionnel.

A quoi cela tient-il?

Est-ce à une résistance vitale particulière de l'animal qui ne devient pas charbonneux, résistance tenant à sa race, à son genre de vie, d'alimentation, etc.? ou bien est-ce à des conditions qui influeraient directement sur le développement de la bactéridie, abstraction faite de l'animal vivant, telles que la température du milieu dans lequel elle serait introduite ?

Le jour où M. Pasteur a rendu charbonneuses des poules qu'il avait refroidies, il a cru avoir résolu définitivement la question.

M. Colin a eu le grand tort de mettre d'abord le fait en doute, parce qu'il était arrivé, dans ses expériences personnelles, à des résultats qui lui semblaient absolument contradictoires.

L'affirmation d'un homme tel que M. Pasteur devait lui suffire. Si l'on ne devait croire que ce que l'on a vu, combien peu de choses croirait-on !

Enfin M. Colin a vu, et il croit. Le fait est certain. Des poules que M. Pasteur avait inoculées sont réellement mortes charbonneuses.

Mais, en même temps qu'il a vu le fait, M. Colin s'est rendu compte des différences de procédés qui ont permis à M. Pasteur de réussir, tandis que, lui-même, il échouait.

Aujourd'hui il dit à M. Pasteur : « Oui, vos poules ont bien réellement le charbon ; mais cela ne tient pas seulement à une différence de température. S'il n'y avait eu que cela, mes poules auraient eu le charbon comme les vôtres, car, bien que je n'aie jamais dépassé chez elles un abaissement de température de 3 degrés, cela suffisait pour les mettre, à ce point de vue, dans des conditions plus favorables pour le développement de la bactéridie que celles du mouton, par exemple.

« Mais je ne torturais pas mes poules, je ne les épuisais pas, je ne les surmenais pas, tandis que vous, vous fixez les vôtres sur une planche dans une situation qui est pour elles intolérable et qui leur fait faire des efforts inouïs. Elles n'ont plus ainsi la résistance vitale d'une poule saine et adulte. Elles deviennent anémiques. Elles meurent presque de faim. C'est pourquoi la bactéridie les envahit.

« Elle envahit bien les carnivores, les chiens ou les chats, quand ils sont très-jeunes; elle envahit bien les petits oiseaux qu'on prend dans le nid. Et cependant la température des petits carnivores et des petits oiseaux n'est pas de beaucoup inférieure à celle des adultes. »

Posée dans ces termes, la question demande de nouvelles expériences.

Si, sans plonger ses animaux dans de l'eau froide, sans les refroidir par aucun moyen, en les choisissant anémiques, en les maintenant à la diète, en les plaçant dans la position des poules de M. Pasteur, en les torturant comme il le voudra, M. Colin parvient à leur faire contracter le charbon, alors il aura pleinement démontré sa thèse.

Dans le cas contraire, tous les raisonnements du monde ne sauraient prévaloir contre le fait brutal.

Les poules de M. Pasteur contractent le charbon, et il les refroidit. Voilà ce qu'on ne peut plus mettre en doute.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy (1).

De l'érythème copahique.

II.

La roséole copahique est une affection assez légère. Quelquefois elle s'accompagne, au début, de quelques phéno-

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 juillet.

mènes gastriques, tels que des vomissements, ainsi que de céphalalgie, de courbature, de fièvre, puis ces symptômes disparaissent et l'éruption apparaît. Celle-ci est ordinairement très-saillante, mais rarement aussi étendue que chez notre malade; elle s'accompagne souvent de démangeaisons insupportables, et dure de cinq à huit jours. Dans quelques cas même, elle se prolonge pendant deux septénaires. Ici, bien que nous soyons déjà au neuvième jour de l'éruption, elle est encore très-apparente; mais je ne doute pas que, dans deux ou trois jours, elle ait complètement disparu.

Comme je l'ai déjà dit, l'éruption copahique est une maladie légère; son diagnostic seul offre quelques difficultés, car il arrive fréquemment que, pour n'avoir pas songé à demander au malade s'il a fait usage du copahu, on est exposé à en méconnaître la nature.

En effet, en présence des symptômes qui la précèdent, des légers mouvements fébriles par lesquels elle s'annonce, des caractères de l'éruption une fois confirmée, on est ordinairement porté à croire à une rougeole boutonneuse. Cette erreur est surtout fréquente chez les adultes, chez les individus, par conséquent, ayant déjà eu cette fièvre éruptive, circonstance qui, dans l'esprit du médecin, explique l'absence des phénomènes de catarrhe qui marquent ordinairement la première phase, la période d'invasion de la rougeole. C'est, je le répète, une cause d'erreur à laquelle tous les médecins sont exposés, et que, pour ma part, il m'est arrivé une fois de commettre. Il y a deux ou trois ans, je fus appelé pour donner mes soins à un jeune homme qui sortait du collège et présentait depuis la veille une éruption qui effrayait beaucoup sa famille. C'était le soir: je constatai sur la poitrine, sur les membres, sur la face, des taches saillantes, disparaissant à la pression du doigt. Cette éruption avait été accompagnée, me disait-on, d'une fièvre légère, de céphalalgie, de courbature, etc. En présence de ces phénomènes, je diagnostiquai une rougeole, survenant chez un individu d'un certain âge qui déjà en avait été affecté, et j'expliquai ainsi l'absence des phénomènes de catarrhe qui se manifestent ordinairement du côté des muqueuses, dans cette maladie. Je fis part de mon diagnostic à la famille et prescrivis le traitement habituel de la rougeole.

Le lendemain, je revis mon malade, et je remarquai alors que l'éruption était constituée par des plaques beaucoup plus larges, beaucoup plus saillantes que dans la rougeole, et que, avec ces taches si confluentes, si boutonneuses, la fièvre était à peu près nulle, la langue à peine chargée, et qu'enfin l'appétit n'avait pas diminué.

Ces phénomènes éveillèrent mon attention : je découvris complètement le malade, et, examinant la verge, je découvris à l'orifice du méat une petite rougeur, ainsi qu'une humidité particulière.

Je songeai dès lors à une éruption copahique, diagnostic qui fut d'ailleurs pleinement confirmé quand, après bien des hésitations, ce jeune garçon finit par m'avouer qu'il avait contracté récemment une blennorrhagie, pour laquelle il avait pris du copahu. Je n'ai pas besoin d'ajouter que je ne fis pas part de mon erreur de diagnostic aux parents, et que ce jeune homme continua, à leurs yeux, à avoir la rougeole. Je me bornai seulement à changer le régime, et, au lieu de prescrire la diète, l'usage de boissons pectorales, j'alimentai très-vite mon malade.

Cette erreur de diagnostic est d'ailleurs peu grave; néanmoins je vous la signale pour vous montrer combien on est exposé à méconnaître la nature de l'érythème copahique, non pas que le diagnostic soit difficile par lui-même, mais parce que l'attention du médecin n'est pas portée de ce côté et que, le plus ordinairement, les malades cherchent à cacher la maladie pour laquelle ils ont pris du copahu. Dans ce cas, vous arriverez au diagnostic par l'examen attentif de l'éruption, surtout par l'inspection du méat urinaire, et, dans certaines circonstances, par l'analyse des urines.

Quant au pronostic, il n'offre aucune gravité. L'éruption copahique est une maladie extrêmement légère qui disparaît d'elle-même, dès que la cause qui l'a fait naître cesse d'agir.

Le traitement est également très-simple. Il consiste à prescrire des tisanes délayantes, telles que l'orge, le chiendent, les sirops de cerises, de groseilles. Quant aux démangeaisons, on parvient à en diminuer l'intensité, soit au moyen de lotions avec de l'eau additionnée d'alcool, soit en saupoudrant les parties avec de l'amidon.

Enfin, contre l'embarras gastrique, il est bon de prescrire un vomitif ainsi qu'un ou deux purgatifs qui en triomphent aisément. Tel est le traitement à l'aide duquel on vient à bout de cette éruption copahique, affection peu grave, je le répète, et qui, dans la plupart des cas, disparaît rapidement, après un ou deux septénaires, par le fait seul de la marche naturelle de la maladie.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

IX

J'ai choisi cette observation comme un exemple de ce qui se passe communément dans le traitement par la compression. La disparition des pulsations fut annoncée par des symptômes exactement semblables à ceux qui accompagnent la production d'une embolie dans une grosse artère, et on ne peut raisonnablement les expliquer que par l'immobilisation d'un caillot à l'orifice du sac et s'étendant probablement dans le canal de l'artère elle-même. Si la compression digitale avait été plus longtemps maintenue, il est très-probable que ce caillot eût acquis une solidité suffisante pour résister indéfiniment à l'impulsion de l'ondée sanguine. Dans l'état des choses, il se détacha, et c'est sans doute de là qu'est résultée l'oblitération de la tibiale antérieure. La circulation retrouva alors sa voie à travers le sac qui n'était rempli, à ce moment, que de caillots mous, probablement redissous depuis, mais il n'en résulta pas d'autres conséquences fâcheuses. Il n'y a pas de doute que la réapplication de la compression digitale eût eu le même succès que la réapplication des poids; en fait, l'action des deux moyens est absolument identique, pourvu que, avec l'un comme avec l'autre, l'artère soit réellement comprimée tout le temps de façon à arrêter ses pulsations, et la seule chose que l'on puisse se demander est de savoir si un certain nombre d'aides exercés, quand on peut se le procurer, mérite plus de confiance qu'un veilleur avec un poids.

On peut se demander quel est le mode de compression préférable, quand elle ne doit être appliquée que pendant un temps suffisamment court, pour qu'elle puisse être tolérée sur un même point pendant toute la durée de son application. Si un changement quelconque du point d'application est nécessaire, il est certain qu'un nombre d'aides exercés est de

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 juillet.

beaucoup préférable à un poids; car le trajet parcouru par la fémorale est tel qu'il est difficile d'appliquer un poids d'une manière convenable sauf sur le rebord du pubis. Quand il faut en venir à l'emploi d'un tourniquet, celui qu'a inventé le docteur Corte me semble de beaucoup le meilleur, pourvu qu'on suive la recommandation faite par l'auteur et qui consiste à s'assurer que les bandes élastiques ne soient pas trop fortes; si elles présentent cet inconvénient, elles cessent d'être élastiques eu égard au malade, et l'on n'a qu'un poids inerte. La compression mécanique, qui vise plutôt à la sécurité qu'à la célérité, ne devrait jamais être trop douloureuse pour le malade à qui il faut laisser toujours des intervalles de repos complet et réparateur.

Je vais d'abord parler de la compresion digitale. Les notes, qui m'ont été données par les différents hôpitaux, ne fournissent pas des données suffisantes pour apprécier la moyenne des succès dûs à la compression digitale, en tant que moyen unique de traitement. Je trouve un cas dans lequel, après une guérison presque complète par le tourniquet, quatre heures de compression digitale amenèrent une consolidation complète. Mais, ce cas excepté, il n'y en a que six autres dans lesquels la compression digitale ait été le seul moyen de traitement employé, sur 66 cas de guérison due à la compression. Les observations telles qu'elles sont montrent, d'une manière frappante, combien ce mode de traitement est plus rapide et moins pénible quand il réussit. Dans un cas, la guérison fut obtenue en seize heures; dans le second, en vingt-six heures et quart; dans deux autres, en trente-six heures; dans un cinquième cas, en trois séances de huit, seize et dix heures chacune. La durée n'est pas indiquée pour le dernier cas. Il y a aussi, parmi les insuccès de la compression, un cas dans lequel, après douze heures de compression digitale, le chirurgien, pour une raison quelconque, eut recours à la ligature (avec succès) bien que la tumeur ait été trouvée un peu plus dure. Ce n'est probablement pas là un insuccès de la compression; quelque circonstance fortuite a dû vraisemblablement s'opposer à ce que l'on prolongeât plus longtemps l'application de la compression. Tout ce que nous pouvons donc conclure de l'examen de notre table d'hôpital, c'est que, bien que la compression digitale soit devenue dans nos hôpitaux d'un emploi général, à une époque trop tardive pour qu'on ait sur elle des renseignements complets, il n'en est pas moins vrai que ce que nous en savons nous autorise à croire que, lorsqu'elle est employée convenablement et avec soin, c'est une manière efficace, rapide et non douloureuse d'appliquer la compression.

Les observations publiées ont été réunies sous une forme facilement accessible par Fischer (Prager Vierteljahrsch, 1869). Il cite 90 cas dans lesquels on a employé la compression digitale, soit seule, soit combinée à la compression mécanique ou à la flexion, dans le traitement des anévrysmes poplités. Sur ces 90 cas, il y en a 17 dans lesquels on avait préalablement employé la compression mécanique qui avait échoué, et 3 dans lesquels on avait employé la flexion avec le même résultat. Dans tous ces 20 cas la guérison est attribuée à la compression digitale seule. Il y a également 8 cas dans lesquels la compression mécanique et la compression digitale ont été employées simultanément, et l'on ne peut donc apprécier d'une manière exacte la part qui revient à l'une ou à l'autre dans la guérison. Le résultat de l'ensemble de ces 90 cas, dans lesquels la compression digitale a été employée soit comme moyen principal de traitement, soit comme moyen unique, est le suivant: La compression digitale a réussi dans 55 cas. La ligature a été employée 23 fois sur lesquelles 14 cas ont guéri, 1 a guéri après l'amputation, 1 cas non guéri, 1 résultat douteux et 6 morts; 4 cas ont guéri par la suite après l'emploi de la compression mécanique, combinée dans 2 cas à la flexion; 2 malades ont été amputés et moururent; 3 cas furent guéris par les injections de perchlorure de fer dans l'un, par la malaxation dans le second et l'acupressure dans le troisième (mais je crois qu'il y a erreur au sujet de ce dernier). Dans les trois cas restants il ne fut pas employé de traitement ultérieur, autant que je sache du moins. Nous avons donc, sur 90 cas, 76 guérisons complètes et 1 guérison après amputation; 4 cas dans lesquels le traitement semble avoir été abandonné; 1 cas où, après la ligature de la fémorale pour anévrysme variqueux de la poplitée, le résultat est resté douteux; enfin 8 morts, dont 6 après la ligature et 2 après l'amputation. La moyenne est de 8. 9 pour cent pour les morts et de 14. 4 pour cent pour les insuccès. Si nous comparons ces moyennes avec celles qui ont été données plus haut pour les autres méthodes, comme par exemple la ligature de Hunter faite d'emblée, nous ne voyons pas dans ces chiffres une preuve de supériorité, si l'on considère que la compression digitale n'est pas ordinairement employée seule dans les cas graves. Mais, comme je l'ai déjà souvent fait remarquer, la méthode numérique n'est pas fort utile quand on l'applique à l'appréciation du traitement dans un cas donné. Personne n'aurait la pensée de se mettre à calculer des moyennes pour en tirer une règle de conduite dans les diverses conjonctures de la pratique. La statistique de la compression digitale est néanmoins utile parce qu'elle montre que c'est une méthode de traitement réellement efficace, même avec l'expérience limitée que nous en avons jusqu'à ce jour. On peut se faire une idée plus saine des avantages de cette méthode, par l'étude attentive des traits particuliers présentés par les observations.

Tout d'abord, il n'y a pas de doute que le doigt d'une personne intelligente est, pour arrêter ou diminuer la circulation, un agent plus sensible, plus approprié et moins gênant que le plus ingénieux de tous les instruments. La fémorale, à son passage dans l'aine, accolée à la veine et en contact avec l'os, peut être facilement comprimée chez une personne maigre ou d'embonpoint modéré, avec une dépense de force insignifiante, sans comprimer la veine le moins du monde, et ordinairement sans douleur, pourvu que la personne qui comprime sache comment elle doit s'y prendre. Tous ces détails ont une grande importance, et leur ensemble constitue la supériorité de la compression digitale sur la compression instrumentale, à ne considérer que sa facilité d'application.

En premier lieu, la faible pression nécessaire pour comprimer la fémorale dans l'aine fait que le malade supporte facilement le traitement. Ce fait est aujourd'hui prouvé par de nombreux exemples, et ce mode de traitement est si bien reconnu pour être approprié aux malades, qui ont la dose d'intelligence et d'énergie nécesssaire, que je n'ai besoin que de citer peu de faits.

Le premier semble avoir été le malade de M. Tufnell, chez lequel les ganglions inguinaux engorgés ne permettaient pas l'application du tourniquet. M. Tufnell enseigna au malade à se comprimer lui-même la fémorale jusqu'à la disparition de l'engorgement ganglionnaire. Mais il faut dire que, dans ce cas la guérison fut complétée en dernier ressort par l'emploi de la compression mécanique.

Le cas de Donohue, malade de M. Colles à l'hôpital de Meath, fut un complet succès, et fut d'autant plus remarquable que

le traitement fut imaginé par le malade lui-même (Dublin medical press, may 1854). Il avait remarqué qu'en se comprimant la fémorale dans l'aine, il faisait cesser les douleurs dans l'anévrysme qu'on jugeait être un anévrysme diffus. En conséquence, il persista trois jours durant à se faire la compression, pendant que le chirurgien avisait à se procurer l'instrument; quand, au bout de ce temps, M. Colles vint pour appliquer son tourniquet, il trouva l'anévrysme guéri.

Dans le second succès de Vanzetti par la compression digitale, une grande amélioration résulta de la compression intermittente entreprise par le malade lui-même pendant trois semaines de repos au lit. Au bout de ce temps, on trouva l'anévrysme en partie solidifié, et cinq heures de compression digitale complétèrent la guérison.

Le cas rapporté par M. Bryant (Guy's hospital reports, ser. III, vol. XIV, p. 214), dont la préparation fort intéressante est au musée de l'hôpital de Guy, est encore plus remarquable. Le malade était un policeman admis à l'hôpital dans le service de M. Bryant, et qui fut guéri par la compression digitale. Il demeura bien environ un an; au bout de ce temps, il se forma un nouvel anévrysme de l'autre côté. Se rappelant les moyens employés pendant son séjour à l'hôpital, il se mit au lit, et de ses mains il suspendit les pulsations de la fémorale, jusqu'à ce que la fatigue l'obligeât de s'arrêter, c'est-à-dire pendant quatre heures et demie. L'anévrysme se trouva alors complétement guéri. Il n'y a pas de doute à avoir sur la réalité de l'affection et sur sa guérison, car à la mort du malade par suite de maladie de l'aorte on fit la préparation des deux anévrysmes guéris. Dans plusieurs circonstances on a noté que la compression digitale était mieux faite par le malade lui-même que par les aides, qui peut-être ne sont pas alors suffisamment instruits et zélés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juillet 1878. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîment de M. le docteur Ch. Bernard, lauréat de l'Académie ;

2° Une lettre de M. le docteur Gaubert, médecin consultant aux eaux de Bagnères-de-Bigorre, sur une nouvelle curation des maladies chroniques ;

3° Une lettre de M. Boulet, ancien pharmacien, accompagnant l'envoi d'un *Mémoire descriptif du contrôleur médical;*

4° Une lettre de M. le docteur Ringeisen, accompagnant l'envoi d'un grand travail manuscrit intitulé : *Relevés statistiques et rapports des médecins du bureau de bienfaisance de la ville de Schlestadt*, années 1874 à 1877 (commission des épidémies).

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

La commission avait présenté :

En première ligne : M. Marc Sée ;
En deuxième ligne : M. Tillaux ;
En troisième ligne : M. Polaillon.

Le nombre des votants étant de 73, majorité 37.

M. Marc Sée obtient. . . . . 49 suffrages.
M. Tillaux . . . . 24 —

En conséquence, M. Marc Sée est proclamé membre de l'Académie.

RAPPORT

M. Bouley, au nom d'une commission composée de MM. Pasteur, Colin, Davaine, Vulpian et Bouley, donne lecture d'un rapport sur l'autopsie et l'examen microscopique d'une poule charbonneuse présentée par M. Pasteur.

La commission a été convoquée samedi dernier, à midi et demi, dans les salles du conseil de l'Académie. Tous ses membres ont répondu à cette convocation. Voici le procès-verbal de cette séance :

M. Pasteur a fait apporter trois poules mortes qu'il a déclarées avoir été injectées du charbon dans les conditions qu'il a déterminées.

La poule qui a été inscrite sous le n° 1 avait été inoculée sous le thorax, au côté droit du sternum, en arrière, avec cinq gouttes d'eau de levûre un peu alcalinisée ayant servi à la culture de bactéridies charbonneuses.

La poule avait été mise dans un bain à 25 degrés.

La mort était survenue au bout de vingt-deux heures.

La poule n° 2, inoculée en même temps avec dix gouttes d'un autre liquide de culture (d'eau de levûre alcalinisée également), et mise comme la précédente dans un bain, mais à 30 degrés, était morte au bout de trente-six heures.

La poule n° 3, inoculée avec dix gouttes du même liquide que la précédente, et toujours dans la même région, était morte en quarante-huit heures.

Outre ces trois poules mortes, M. Pasteur en a présenté une quatrième vivante, inoculée en même temps et avec le même liquide que la poule n° 1. Retirée du bain après quarante-trois heures et demie d'immersion, et alors que la température était descendue à 36 degrés, qu'elle était abattue et sans appétit, cette poule avait été placée dans une étuve à 42 degrés, ce matin même.

L'examen de son sang n'y avait pas fait reconnaître de bactéridies.

Le sang avait été ensemencé, et la question de savoir s'il était infecté de bactéridies se trouvait réservée au moment où cette poule a été mise sous les yeux de la commission, qui a constaté que son appétit était très-développé; mais elle était encore chancelante.

En même temps que les 4 poules inoculées et immergées ensuite, une cinquième devant servir de point de comparaison avait été mise dans les mêmes conditions de contention et d'immersion que celles-ci, mais sans avoir subi d'inoculation. Elle était sortie complètement saine de cette épreuve. Cette poule n'a pas été présentée à la commission.

La poule dont la commission a fait faire l'autopsie sous ses yeux est celle qui était inscrite sous le n° 3. C'est M. Joubert, préparateur de M. Pasteur, qui a procédé à cette opération.

La commission a constaté, d'un commun accord, les faits suivants :

1° Au foyer de l'inoculation : infiltration séreuse très-belle et très-nombreuses bactéridies ;

2° Tissu de la crête : bactéridies très-pâles, constatées par tous les membres de la commission ;

3° Sang d'une veine extérieure loin du point de l'inoculation : nombreuses et très-belles bactéridies ;

4° Sang du cœur : très-belles bactéridies, paraissant en même nombre que dans la veine sous-cutanée sur le sang de laquelle l'examen avait porté.

Après ces constatations, M. Colin a déclaré qu'il était inutile de procéder à l'autopsie des deux autres poules, celle qui venait d'être faite ne pouvant laisser aucun doute sur la présence des bactéridies charbonneuses dans le sang d'une poule inoculée de charbon et mise ensuite dans les conditions que M. Pasteur a déterminées pour que l'inoculation devienne efficace. La poule n° 2 a été livrée intacte à M. Colin pour servir aux examens et aux expériences qu'il croirait devoir faire à Alfort.

Tous les membres de la commission ont signé.

Après avoir lu ce rapport, M. Bouley se fait l'écho des protestations d'un jeune savant, M. Toussaint, que M. Colin, dans un de ses discours, avait accusé de s'être approprié les résultats de ses expé-

riences sans le citer. M. Toussaint a cité M. Colin au moins onze fois dans sa thèse.

DISCUSSION

M. COLIN, en ce qui touche M. Toussaint, maintient que dans ses premiers travaux, entre autres celui qui a été publié dans les bulletins de l'Académie des sciences, ce jeune savant ne l'avait ni cité ni désigné d'une manière quelconque. S'il a dû forcément mentionner son nom dans la partie bibliographique de sa thèse, il ne l'a fait encore qu'à contre-cœur et d'une manière insuffisante, à propos d'expériences sans grande portée ; mais sur les trois points fondamentaux qu'il avait établis, à savoir :

1° Le mode de fonctionnement du cardia, qui est constamment ferme et resserré, au lieu de se dilater en infundibulum comme on le supposait ;

2° Les contractions très-énergiques du premier estomac, que l'on supposait immobile parce qu'on l'avait examiné sur des animaux en état d'indigestion ;

3° Les contractions également énergiques du réseau, synergiques à celles du rumen, lançant des flots de liquide sur les substances solides chassées par celui-ci ; sur ces trois points tout à fait capitaux pour l'étude du mécanisme de la rumination, M. Toussaint s'était abstenu de parler des expériences de M. Colin.

Ce point écarté, M. Colin en vient au rapport de M. Bouley et aux poules rendues charbonneuses par M. Pasteur. Il est certain que leur sang contient des bactéridies, tandis que celui des poules inoculées par M. Colin et maintenues par lui dans un bain froid n'en contenait pas, sauf dans le voisinage du point inoculé.

Mais d'où peut provenir cette différence dans les résultats obtenus ?

M. Colin l'explique par plusieurs différences dans le mode de procéder :

1° D'abord l'abaissement de température est beaucoup plus considérable dans les expériences de M. Pasteur que dans celles de M. Colin, puisque dans les premières il atteint 6 degrés, et 3 seulement dans les dernières. La température normale de la poule étant de 42 degrés, MM. Pasteur et Joubert l'amènent à 36, M. Colin s'était contenté de l'amener à 39 ou 39 1/2, c'est-à-dire à être inférieure à celles des animaux qui contractent le plus aisément le charbon ;

2° En outre, M. Pasteur attache les animaux qu'il plonge dans le bain froid et il les attache de manière à les faire beaucoup souffrir. Il les applique contre une planche sur laquelle il a planté quatre clous. A l'un des clous il attache une aile, à un autre l'autre aile, et à chacun des deux derniers clous une des pattes. Les pattes sont ainsi étendues parallèlement à la colonne vertébrale et l'animal est alors plongé verticalement dans le bain. Dans cette situation, il fait des efforts inouïs pour se détacher, il s'épuise, il se blesse aux ailes et aux pattes, il devient incapable de digérer ou même de manger. Dans le gosier et dans les intestins de la poule que M. Colin a examinée, il n'existait pas une seule graine, pas une parcelle d'aliment.

Au contraire, M. Colin laissait ses poules en liberté, dans une cage qu'il plongeait dans de l'eau maintenue à une température constante. Les animaux ne faisaient aucun effort, ils ne s'épuisaient pas, ils mangeaient dans le bain comme ils auraient mangé en liberté, et leur température ne s'abaissait que de deux ou trois degrés après un temps d'immersion supérieur à celui qui a pu suffire à M. Pasteur, et bien que l'eau employée par M. Colin fût beaucoup plus froide.

Une troisième différence consiste dans la quantité de liquide charbonneux inoculée de part et d'autre. M. Colin se servait d'un peu de sang charbonneux porté sur la pointe d'une lancette ; M. Pasteur injectait cinq gouttes, parfois dix gouttes d'un liquide chargé de bactéridies, et qui, n'étant nullement visqueux, s'insinuait loin e vite dans le tissu cellulaire. Ainsi, à la fois quantité beaucoup plus grande de liquide virulent et surfaces d'absorption beaucoup plus étendues : ce ne sont point là des conditions indifférentes pour la réussite. En effet, alors que M. Colin poursuivait ses expériences sur l'inoculation du charbon sur les divers animaux, il avait vu déjà, il y a plus de dix ans, que l'on avait beaucoup plus de chances de réussir dans des espèces réfractaires, telles que carnivores et oiseaux, quand on leur injectait de plus grandes quantités de sang charbonneux. C'est en procédant de la sorte que M. Colin est parvenu à rendre charbonneux, avec une grande facilité, les animaux très-jeunes, les chiens naissants, les petits oiseaux pris sur le nid ; une fois même, exceptionnellement, il est parvenu à communiquer le charbon à un chien adulte.

La question de vigueur est de telle importance pour la résistance au charbon, que, rien qu'à voir la quatrième poule, inoculée en même temps que la première, et encore vivante après quarante-trois heures et demie de bain froid, bien que sa température se fût abaissée à 36 degrés, M. Colin aurait affirmé que celle-là n'aurait pas contracté le charbon. En effet, elle n'était pas anémique comme les trois mortes, elle était bien en chair, avait la crête rouge ; M. Pasteur prétend l'avoir guérie en la réchauffant dans une étuve ; mais il a reconnu lui-même qu'elle n'avait pas de bactéridies dans le sang, quand il l'a retirée du bain. Elle n'était donc pas difficile à guérir, puisqu'elle n'était pas malade.

M. PASTEUR, après quelques mots de réponse de M. Bouley, particulièrement au sujet de M. Toussaint, reprend la question des poules charbonneuses. Évidemment, puisque les résultats obtenus dans les expériences de M. Colin et celles de M. Pasteur sont différents, il faut bien que les modes de procéder soient différents ; mais à qui la faute, si ce n'est à M. Colin, qui aurait dû demander à son collègue comment il avait procédé, au lieu de critiquer d'abord, en n'agissant pas de la même manière ? D'ailleurs, l'important est que M. Pasteur ait réussi à rendre des poules charbonneuses, ce que ne parvenait pas à faire M. Colin. Peu importe que les poules aient été attachées.

M. COLIN. — Cela importe beaucoup, car les animaux surmenés contractent très-bien le charbon.

M. PASTEUR. — Peu importe que la température ait été abaissée de quelques degrés de plus.

M. COLIN. — Cela importe beaucoup, car alors ce n'est pas la température, comme l'ont dit les Allemands d'abord, qui est la principale question pour les bactéridies. Le mouton, qui prend si facilement le charbon, a une température normale de 40 degrés, et, quand il devient charbonneux, il peut acquérir une température fébrile de 41 degrés et demi.

M. PASTEUR. — Suivant moi, enfin, que les animaux soient attachés ou non, que leur température soit abaissée ou non, ils ne prendront pas le charbon s'ils n'ont pas été inoculés.

Quant à la quantité de liquide injectée, ce n'est pas non plus la grande affaire, car une poule refroidie peut mourir de charbon après avoir reçu cinq gouttes seulement, tandis que d'autres, qui ont reçu jusqu'à quarante gouttes, mais n'ont pas été refroidies, ne sont pas mortes.

A cinq heures moins cinq l'Académie se forme en comité secret.

DÉCRET

RELATIF AUX CONDITIONS A REMPLIR POUR OBTENIR LE DIPLÔME DE PHARMACIEN DE PREMIÈRE CLASSE.

Art. 1er. — Les études pour obtenir le diplôme de pharmacien de première classe durent six années, dont trois années de stage dans une officine et trois années de cours suivis, soit dans une école supérieure de pharmacie ou une faculté mixte, soit dans une école de plein exercice.

Toutefois, pendant les deux premières années, les cours peuvent être suivis dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, au moment où ils prennent la première inscription, soit de scolarité, soit de stage, le diplôme de bachelier ès lettres ou celui de bachelier ès sciences.

Ils ne seront admis à prendre la cinquième, la neuvième et la onzième inscription qu'après avoir subi avec succès un examen portant sur les matières enseignées dans les deux premières années et le premier semestre de la troisième année.

Art. 3. — Les examens probatoires sont au nombre de trois; ils sont subis devant les écoles supérieures ou les facultés mixtes, après le cours complet d'études, et portent sur les objets suivants :

Premier examen. — Physique, chimie, toxicologie et pharmacie.

Deuxième examen. — Botanique, zoologie, histoire naturelle des drogues simples, hydrologie et histoire naturelle des minéraux.

Troisième examen.—Préparations chimiques et pharmaceutiques.

Au premier examen, l'aspirant fera une analyse chimique, et, au deuxième examen, une préparation micrographique.

Quatre jours sont accordés pour effectuer, sous la surveillance d'un professeur, les préparations exigées au troisième examen. L'épreuve orale de cet examen comprend deux séances.

Art. 4. — Les inscriptions des aspirants au titre de pharmacien de deuxième classe ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions d'aspirants au titre de pharmacien de première classe pour les élèves en cours d'études; cette conversion pourra être autorisée en faveur des pharmaciens de deuxième classe qui auront exercé la pharmacie pendant un an au moins.

Art. 5. — Le diplôme supérieur de pharmacien de première classe pourra être délivré, à la suite de la soutenance d'une thèse, aux pharmaciens de première classe, licenciés ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, ou qui, à défaut de l'une de ces licences, justifieront : 1° avoir accompli une quatrième année d'études dans une école supérieure ou dans une faculté mixte; 2° avoir subi avec succès un examen sur les matières des licences ès sciences physiques et naturelles appliquées à la pharmacie.

Les pharmaciens de première classe qui auront obtenu le diplôme supérieur pourront être nommés, concurremment avec ceux qui sont docteurs ès sciences physiques ou naturelles, aux emplois de professeurs ou agrégés dans les écoles supérieures ou aux emplois de professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les facultés mixtes.

Art. 6. — L'examen prévu au précédent article est divisé en épreuves écrites, en épreuves pratiques et en épreuves orales.

Les épreuves écrites consistent en deux compositions, dont l'une portant sur un sujet pris dans le programme de la licence ès sciences physiques, et l'autre sur un sujet tiré du programme de la licence ès sciences naturelles.

Les épreuves pratiques et orales portent, au choix du candidat, sur les sciences physiques ou sur les sciences naturelles.

Le sujet de la thèse est choisi par le candidat.

Art. 7. — Les jurys chargés des examens probatoires conduisant au titre de pharmacien de première classe et au diplôme supérieur sont composés d'examinateurs choisis parmi les professeurs ou agrégés des écoles supérieures ou des facultés mixtes devant lesquelles ces épreuves sont subies.

Dans les facultés mixtes, ces jurys sont composés de professeurs des sciences pharmaceutiques.

Art. 8. — Les travaux pratiques sont obligatoires; chaque période annuelle de ces travaux est fixée à huit mois.

Tout excédant de recettes constaté sur le produit des rétributions pour travaux pratiques, après payement des frais afférents à ces travaux, sera employé en prix et encouragements aux élèves les plus méritants.

Art. 9. — Les droits à percevoir des pharmaciens de première classe sont fixés ainsi qu'il suit :

12 inscriptions à 32 fr. 50 (y compris le droit de bibliothèque)	390 fr.
3 années de travaux pratiques à 50 francs par semestre.	300
2 examens de fin d'année et un examen semestriel placé au mois d'avril de la troisième année, chacun à 50 francs.	150
1er examen de fin d'études	80
2e examen de fin d'études	80
3e examen de fin d'études (y compris 100 francs pour frais matériels)	200
3 certificats d'aptitude à 40 francs.	120
1 diplôme	100
Total	1.420 fr.

Art. 10. — Les droits à percevoir des aspirants au diplôme supérieur sont fixés ainsi qu'il suit :

4 inscriptions à 32 fr. 50 (y compris le droit de bibliothèque)	130 fr.
1 année de travaux pratiques à 50 francs par semestre.	100
1 examen	100
1 thèse	30
1 diplôme	100
Total	400

Les certificats d'aptitude de l'examen et de la thèse seront délivrés gratuitement.

Les aspirants, licenciés ès sciences physiques ou naturelles, n'auront à payer que les droits de thèse et de diplôme.

Art. 11. — Tout candidat qui, sans excuse reconnue valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois et perd le montant des droits qu'il a consignés.

Art. 12. — Les droits acquittés par les élèves des écoles supérieures ou des facultés mixtes sont versés au Trésor public. Ceux qui sont acquittés par les élèves des écoles de plein exercice ou des écoles préparatoires sont versés dans les caisses municipales.

Art. 13. — Le présent décret recevra son application à partir du 1er novembre 1879. Toutefois les inscriptions de quatrième année pourront être prises à partir du 1er novembre 1878.

Art. 14. — Toutes les dispositions contraires au présent règlement sont et demeurent abrogées.

Art. 15. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et au *Journal officiel*.

Fait à Paris le 12 juillet 1878.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

74. Dufaud. — Étude sur les divers moyens employés pour maintenir la réduction des fragments dans les fractures des deux os de la jambe.
75. Kochu. — De la crémation.
76. Durand. — Étude sur la goutte saturnine.
77. Mouilleron. — Contribution à l'étude des corps étrangers de la cavité oculaire.
78. Martin. — De l'empoisonnement aigu par les composés cuivriques.
79. Dorticos. — Essai sur le diagnostic des phlegmasies péri-utérines et de leur pronostic.
80. Hamon. — De la paralysie spinale infantile; ses déformations, son traitement.
81. Aulas. — Des éruptions septicémiques.
82. Terdjaniantz. — Des calculs salivaires et en particulier de leur diagnostic.
83. Bailleul. — Des abcès du sein et de leur traitement.
84. Boullet. — Essai sur les plaies et fractures de la portion mastoïdienne du temporal.
85. Piédallu. — De l'albuminurie chez les phthisiques.
86. J. Brousses. — De l'épilepsie et du traumatisme dans leurs rapports réciproques.
87. Chavoix. — Étude sur la thermo-trachéotomie.
88. Jardon. — De l'ulcère annamite ou de Cochinchine.
89. Reuss. — De l'ostéotomie dans la courbure rachitique des os.
90. Masson. — De la gastro-élytrotomie.
91. Bosquet. — De la réunion immédiate.
92. Debrade. — Étude sur l'hydrocèle des sacs herniaires anciens.
93. Boisson. — Considérations sur la constriction des mâchoires.
94. C. Martin. — De l'amblyopie nicotique.
95. Balzer. — Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie.
96. Le Cam. — Contribution à l'étude du collodion en chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 juillet 1878, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Baudoin, Marestaing, Lallemand, Heuyer, Pelloux, Charvot et Delorme.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : M. Delahousse.

—Par décret en date du 19 juillet 1878, M. le docteur Moussous a été nommé professeur d'accouchements à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Labat, décédé.

— Par arrêté en date du 20 juillet 1878, un congrès international sur le service médical des armées en campagne est autorisé à se tenir au palais des Tuileries, les 12, 13 et 14 août 1878.

Programme : 1° Organisation des secours sur le champ de bataille; soldats brancardiers, places de secours. Matériel servant au transport des blessés et des objets de pansement.

2° Dans quelle mesure l'hospitalisation sur place des blessés *chirurgicalement* intransportables peut-elle se substituer au système des évacuations? Existe-t-il des types de tentes-hôpitaux, de lits spéciaux permettant cette hospitalisation?

3° Quel est le meilleur mode d'utilisation des voies ferrées et du matériel des chemins de fer pour le transport des malades et des blessés?

4° Quel doit être le rôle des sociétés civiles de secours aux blessés? Comment leur action peut-elle se combiner utilement avec le fonctionnement du service médical de l'armée?

— Par arrêté en date du 20 juillet 1878, un congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme est autorisé à se tenir au palais des Tuileries les 13, 14 et 16 août 1878.

Programme des travaux :

Première question. — Étudier par des expériences faites sur les animaux la puissance toxique des divers alcools et des eaux-de-vie du commerce.

Deuxième question. — Existe-t-il des procédés usuels et pratiques pour reconnaître la nature et les quantités des alcools renfermés dans les eaux-de-vie du commerce et les boissons alcooliques?

Troisième question. — Étudier les symptômes et les lésions anatomiques des affections individuelles et héréditaires que détermine l'abus des boissons alcooliques; en faire ressortir les conséquences au point de vue de la santé physique et morale des populations.

Quatrième question. — Démontrer, par des recherches statistiques comparées, les inconvénients qui résultent de l'abus des diverses boissons alcooliques.

Cinquième question. — Étudier les moyens législatifs, administratifs et fiscaux qui sont de nature à prévenir ou à réprimer l'abus des boissons alcooliques.

— MM. Budin et Pinard commenceront leur cours d'accouchements le jeudi 1er août à quatre heures et demie du soir. Ce cours sera complet en deux mois et sera divisé en quatre parties : 1° grossesse normale et pathologique; 2° eutocie; 3° dystocie et opérations; 4° exercices pratiques.

Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser, 29, rue Monsieur-le-Prince.

— M. le docteur Latteux, chef de laboratoire de la Faculté, commencera un nouveau cours particulier de technique microscopique, le lundi 5 août, à quatre heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi, et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure de faire les analyses qu'exige journellement la pratique médicale.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à une heure.

— L'École des beaux-arts vient de faire acquisition des premiers exemplaires de l'œuvre de M. Talrich (nouvelle méthode simplifiée pour l'enseignement de la myologie), étudiée sur quatre sujets, dont les originaux sont au palais du Champ-de-Mars (classe VII), dans l'Exposition du ministère de l'instruction publique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie pathologique de la fièvre, thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de médecine et médecine légale), et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, par le doc- R. du Castel, chef de laboratoire à l'hôpital Necker, ancien chef de clinique de la Faculté. 1 vol. in-8° de 155 pages avec une planche lithographiée et tableau dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Étude sur les conditions de présence ou d'absence de la déformation caractéristique dans les fractures de l'extrémité intérieure du radius, par le docteur Schmit. In-8° de 74 pages avec 4 planches en lithographie. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Globules du sang, variations physiologiques dans l'état anatomique des globules du sang, par le docteur André Dupérié, ancien externe des hôpitaux de Paris. In-8° de 90 pages avec tableaux. — Prix : 4 fr. — Paris, O. Doin.

De l'Opération de la cataracte, nouveau procédé pour donner immédiatement à la vue toute son acuité et éviter une seconde opération en empêchant la formation des cataractes dites secondaires, par le docteur Deloulme. In-8° de 15 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 87. — SAMEDI 27 JUILLET 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 27 JUILLET 1878. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'épilepsie et du traumatisme dans leurs rapports réciproques.

Combien nous sommes déjà loin de ces doctrines organiciennes que Virchow avait naguère rajeunies en les exagérant jusqu'aux dernières limites dans sa théorie cellulaire !

L'autonomie de la cellule a fait définitivement place à l'autonomie de l'être vivant, de l'individu.

Celui-ci n'est plus considéré comme une république fédérative d'une multitude d'éléments microscopiques toujours tout prêts à se *déconfédérer,* mais comme un ensemble organisé, unifié, compact, résistant et puissamment centralisé, où tout se trouve solidaire, qui, d'une extrémité à l'autre, peut être ébranlé violemment par une atteinte, souvent minime, mais trop vivement ressentie.

Aujourd'hui, certes, parmi les praticiens, on rirait bien si quelqu'un, reprenant la thèse de Virchow, attribuait, comme lui, les inclusions fœtales à la présomptueuse tentative d'une cellule qui, n'étant pas, par sa situation, destinée à la propagation de la race, voudrait se distinguer quand même par ses œuvres, comme si elle était un ovule fécondé, et, ne pouvant pas parvenir à constituer un être entier, ferait du moins ce qu'elle pourrait d'un être. Ces erreurs de lieu pour les cellules, ces jalouses aspirations et ces ambitieuses pratiques, je ne sais pas si l'on serait encore disposé à y croire dans un certain monde scientifique, mais dans notre monde médical on ne voudrait plus les admettre.

Peut-être même a-t-on quelque tendance à pousser trop loin la réaction.

La réaction, je la vois, par exemple, dans l'étude du traumatisme, et de telle ou telle maladie, de tel ou tel état, même physiologique, tel que la grossesse, considérés simultanément dans leurs rapports réciproques.

Un traumatisme, c'est un choc, un ébranlement plus ou moins durable, qui, comme tout ébranlement, tout choc, peut répondre au loin dans l'organisme, du moment où cet organisme est une unité indivise.

C'est une violation de territoire avec ses conséquences. Mais est-il possible et pratique d'étiqueter toutes les passions qu'une telle cause peut mettre en jeu, tous les mouvements dont elle peut devenir l'occasion ou le prétexte?

M. Verneuil poursuit depuis quelques années cette tâche.

Il a procédé à l'étude des conséquences du traumatisme sur un certain nombre de départements organiques, l'influence des traumatismes sur les maladies du foie, par exemple, et réciproquement l'influence des affections du foie sur les résultats des traumatismes.

Il a également étudié, ce dont nous parlions récemment, l'influence de la grossesse sur le traumatisme et, réciproquement, l'influence du traumatisme sur la grossesse, non point, il est vrai, pour la produire, les théories qui tiennent du vitalisme ne sont jamais allées sur ce point aussi loin que les théories de Virchow, mais pour l'interrompre avant terme.

J'ai dernièrement rappelé, avec de nouvelles observations à l'appui, un mémoire de M. Guéniot prouvant que, généralement, en dehors d'une sphère d'action fort rapprochée de l'utérus, les traumatismes, même les plus graves, n'ont pas un effet aussi funeste.

En ce moment, j'ai sous les yeux une thèse toute récente, dont l'idée première, l'auteur le déclare, a été suggérée par M. le professeur Verneuil, et dont le titre est : *De l'épilepsie et du traumatisme dans leurs rapports réciproques.*

Ce n'est pas d'hier que l'on a songé pour la première fois aux rapports possibles d'un traumatisme, comme cause, avec l'épilepsie, comme résultat. C'est même là une des théories avec lesquelles il a toujours fallu compter : celle de l'origine locale de l'épilepsie.

Dans mes leçons sur ce sujet, professées à l'École pratique et publiées dans la *Gazette des hôpitaux* en 1863, j'énumérais dans les termes suivants les principaux arguments à l'appui de cette théorie :

« 1° L'existence et la marche de l'*aura* manifestant à leurs yeux (aux yeux de ceux qui croient au point de départ local de l'attaque d'épilepsie) la nature et la marche du mal lui-même;

« 2° La survenance d'accès épileptiques à la suite de quelque éruption supprimée, de quelque ulcère cicatrisé, ou bien de certaines affections telles qu'une aménorrhée ou une jaunisse, ou bien encore d'*un accident tel qu'une blessure, une luxation*, ou, comme l'a vu Fabrice de Hilden, l'introduction d'un corps étranger dans l'oreille;

« 3° Enfin, surtout, *les guérisons*, malheureusement assez rares, obtenues en faisant disparaître la cause première, par exemple, en coupant, brûlant, faisant suppurer la partie d'où partait l'aura, soit qu'elle parût saine, soit que, comme Stern et Caron, on y découvrît de petites tumeurs situées sur le trajet d'un nerf, ou bien en rétablissant l'ancienne éruption, en guérissant l'aménorrhée, la jaunisse, ou, comme le fit Fabrice, en extirpant le corps étranger. »

Et plus loin, dans la discussion, en exposant les arguments à invoquer pour l'opinion contraire, je disais :

« Les prétendues cures elles-mêmes sont loin d'être bien établies, leur grande rareté doit mettre en garde, et, fussent-elles vraies, elles ne seraient pas plus nombreuses que les cas d'épilepsie cités comme ayant été guéris très-inopinément à la suite de *brûlures accidentelles, de maladies intercurrentes, ou d'opérations pratiquées dans un autre but, sur un autre point où jamais aura ne s'était fait sentir.* »

Toute la thèse en question est là. Je puis d'autant mieux le dire que l'auteur n'a pas rajeuni le sujet par des observations personnelles en nombre imposant. Il a puisé, à droite et à gauche, des faits dans lesquels il se trouvait que l'épilepsie survenait tantôt quelques heures, tantôt quelques jours, tantôt quelques semaines, tantôt quelques mois, dans un cas même plus de douze mois après un traumatisme quelconque, parfois très-minime, une entorse, une luxation, une contusion, une chute.

De même, après un traumatisme, dans les observations recueillies par l'auteur, on voit l'épilepsie, qui existait déjà, tantôt s'amender, tantôt s'aggraver, tantôt disparaître, tantôt rester absolument ce qu'elle était. Telle est l'influence du traumatisme sur l'épilepsie ; quant à l'influence de l'épilepsie sur les résultats du traumatisme, il est généralement admis qu'elle serait plutôt favorable, en ce sens que les épileptiques, comme les aliénés, semblent échapper plus facilement aux accidents qui pourraient compliquer les plaies qu'ils se font. Mais encore faudrait-il, pour démontrer la chose d'une façon vraiment scientifique, à la place d'assertions vagues, une étude comparative portant sur un nombre de faits considérable et où l'on tiendrait compte de tous les éléments d'une question complexe.

En effet, les complications, telles qu'érysipèle, etc., sont infiniment plus fréquentes dans les services d'un hôpital où la chirurgie est active, où beaucoup d'opérés se trouvent réunis, que dans tout autre milieu. Or les épileptiques sont observés surtout dans les asiles d'aliénés, loin de la contagion possible. Cela n'entre-t-il pas pour quelque chose dans la prétendue immunité que l'on a cru leur reconnaître ?

En fait d'actions réflexes, d'influences lointaines suivant des voies mystérieuses, tout est théoriquement possible, mais tout est loin d'être démontré et scientifiquement établi.

En ce qui touche particulièrement la pathogénie de l'épilepsie, combien n'est-il pas encore de points qui restent à élucider !

De l'influence du traumatisme sur la production de l'hystérie.

M. Charcot s'est aussi occupé, mais avec tout le soin qu'il apporte dans tous les sujets dont il traite, des rapports possibles du traumatisme avec une affection nerveuse, avec l'hystérie. Dernièrement il a fait une leçon sur l'origine traumatique de certaines hystéries locales.

A cette occasion, nous avons reçu de M. le docteur Bouyer, de Saintes, une intéressante communication sur un cas complexe d'hystérie qu'il a observé dans sa clientèle, qu'il a pu suivre durant plusieurs années, et qui paraît s'être développé à la suite d'un traumatisme.

Voici d'abord le fait lui-même, raconté par M. Bouyer :

Mlle X... n'a eu ni convulsions, ni antécédents nerveux d'aucune sorte dans son enfance. Elle a eu, en 1878, une fièvre typhoïde sans complications ataxiques, mais avec une adynamie poussée jusqu'au marasme; bras cassé, très-bien guéri, en 1871. En avril 1873 (l'enfant avait douze ans, et était encore petite fille), dans une foule compacte, un homme lui marche sur le pied droit, et l'effort porte sur le torse, au-dessus de la voûte plantaire : douleur violente, ecchymose, impossibilité de marcher, gonflement des tissus, et malgré tous les soins donnés on constate un épaississement des ligaments. La marche est très-difficile, et, en tenant compte de l'âge de l'enfant et des suites possibles d'un semblable accident, la jeune fille est envoyée à Luchon.

Les eaux ne peuvent être supportées, et, après quelques bains entremêlés de jours de repos, le médecin qui assiste l'enfant est le premier à déclarer à la mère que la persistance quand même pourrait amener des accidents nerveux dont les symptômes précurseurs sont trop évidents, et il renvoie la malade.

Séjour à la campagne au retour des Pyrénées; la famille espère que le grand air aidera à la convalescence. Pendant tout ce temps le pied est toujours sensible, la marche pénible, mais les tissus semblent bien dégonflés.

L'amélioration espérée ne survient pas; et au contraire l'appétit diminue, la faiblesse augmente, et dans le courant de septembre le médecin constate avec la famille que la petite malade n'avale qu'avec difficulté. On la ramène en ville, et, dans les jours suivants, il devient évident que la dysphagie tient à un spasme nerveux du pharynx et de l'œsophage.

Pendant quelque temps, les trois médecins qui dirigent le traitement peuvent espérer qu'ils triompheront de cet accident : les antispasmodiques variés, les affusions froides semblent faire quelque chose; mais au milieu d'octobre le cortège des accidents hystériques les plus affreux fait bien voir que l'on n'en pourra triompher.

Je n'entrerai point dans le détail de ce que cette enfant nous a présenté dans les trois mois suivants : contractions toniques et cloniques, crises qui occupaient autour d'elle dix ou douze personnes; bonds, sauts, contorsions de toutes sortes ; perte absolue de l'ouïe; perte absolue de la vue; contractures en arc de cercle sur le dos, le côté et le devant du corps. Enfin tout ce que cette cruelle névrose peut offrir d'inouï et d'extraordinaire, elle nous l'a présenté pendant ces trois mois.

Durant ce temps, le dysphagisme étant absolu, la famille comprit l'indispensable urgence de la sonde œsophagienne, et, au commencement de novembre, l'émaciation étant arrivée à l'extrême, on nous permit de l'alimenter avec la sonde.

Pendant deux ou trois semaines on n'y put réussir qu'en soumettant l'enfant à l'éther ou au chloroforme. Puis, sous l'influence des purées de viandes, le *sanguis moderator nervorum* nous donna quelques éclaircies permettant de l'alimenter sans l'endormir.

Bientôt les forces se développent, la mine et la graisse reparaissent, mais la diathèse hystérique ne cesse point, car la sonde œsophagienne doit être maintenue jusqu'en novembre 1874, pendant une année entière. Toutefois les accidents aigus les plus terribles s'étaient successivement éteints de janvier à mars 1874.

A mesure que l'on constatait leur disparition, on voyait

naître des contractures fixes et permanentes en certains points du corps. Ainsi, au mois de mars 1874, elle n'avait plus de crises avec cris, frayeurs, etc., mais elle était contracturée de la façon suivante : spasme œsophagien permanent, bras droit fléchi en travers du corps et en avant, comme en écharpe; bras gauche en position semblable, mais derrière le dos; jambe gauche demi-fléchie, jambe droite tout à fait fléchie de façon à ne pouvoir rien introduire sous le jarret, et le pied creusant la fesse.

En juillet 1874, je donnai le bromure de potassium à très-haute dose; en quelques jours, sous son influence, les contractures des membres supérieurs et de la jambe gauche cessèrent, et l'œsophagisme persista seul avec la contracture de la jambe droite.

Pendant ces six mois, la petite malade a été souvent chloroformée, électrisée. Rien n'a fait, si ce n'est que pendant l'anesthésie les membres reprenaient leur souplesse pour retomber en contraction aussitôt le réveil.

Enfin l'œsophagisme, après quelques semaines de détente, cessait tout à fait en novembre 1874, tandis que la contracture absolue, permanente, de la jambe droite, dont le pied avait reçu la contusion, a persisté et persiste encore.

A la fin de 1874, la jeune fille et sa famille, fatigués de remèdes, désespérés, cessèrent de lutter, et l'usage de béquilles, venant aider sa bonne jambe, lui rendit promptement cette agilité que retrouvent si vite les enfants de cet âge.

Dans ces quatre années, la fillette a beaucoup grandi, elle est devenue jeune fille, ses fonctions se sont établies à souhait, ses règles sont abondantes et elle a pris un développement remarquable, même en la comparant avec des jeunes personnes de son âge. Toutes ces modifications n'ont apporté aucun changement dans la contracture du membre inférieur droit.

En mai 1876, les parents, conseillés par un ami, voulurent la conduire à un chirurgien de Paris pour rechercher son avis; mais j'usai de toute mon influence pour obtenir que la malade fût d'abord soumise à l'examen du professeur Charcot. Ce savant maître éloigna toute idée d'intervention chirurgicale et conseilla, comme moyen perturbateur, des douches qui, prises à Paris pendant trois mois, et continuées depuis en province, à des intervalles variés, n'ont amené aucun changement dans la contracture.

Depuis lors la malade a renoncé à tout traitement, et je ne lui en ai point offert de mon côté, quand s'est présentée, il y a cinq semaines, une circonstance qu'il importe de noter. La nécessité d'une avulsion de dent décida la jeune fille à se faire chloroformer. Or, pendant son sommeil, j'ai pu étendre le membre contracturé avec la même aisance que je le faisais il y a quatre ans.

M. Bouyer ajoute les réflexions suivantes :

Bien des points seraient dignes d'examen dans cette observation; je me bornerai à attirer l'attention de mes confrères sur les deux qui me semblent les plus importants.

D'abord, l'étiologie : Voilà une enfant de douze ans, petite, frêle, maigre, n'ayant aucune manifestation qui semble indiquer son changement d'âge, même éloigné. Elle est victime d'une violente contusion dont les suites inquiètent assez le médecin pour se décider à l'envoyer à Luchon, et on la voit successivement suivre une pente qui la mène, sans qu'on s'en rende compte, et sans que rien puisse l'enrayer, à des accidents hystériques qu'il était impossible de prévoir. On ne peut point invoquer une difficulté dans l'établissement des règles : rien ne les indiquait, rien ne semblait les appeler, ni les formes de l'enfant, ni son développement. Il est difficile de se refuser à admettre une relation de cause à effet entre le traumatisme et la névrose, analogue à celle que l'on trouve trop souvent entre une blessure bien légère et une autre névrose plus terrible encore : le tétanos.

Une autre remarque bien digne d'intérêt, c'est cette sorte d'aptitude spéciale que possède la contracture hystérique de se fixer sur une articulation et, tout en l'immobilisant, de lui laisser pourtant un *modus vivendi* capable d'empêcher l'ankylose. Il n'est pas de praticien qui n'ait rencontré des victimes de rebouteurs qui, par un appareil mal placé, ont amené l'immobilité d'une jointure; tous les ouvrages classiques recommandent dans les traitements de fractures de faire faire au bout de quelques semaines de légers mouvements articulaires passifs pour prévenir les ankyloses qui d'ordinaire se montrent au bout de quelques mois. Eh bien! chez notre malade, la flexion de la jambe sur la cuisse, celle de la cuisse sur la jambe, sont absolues depuis quatre ans et ne laissent point passer un morceau de toile entre le mollet et la cuisse; pendant ces quatre années l'enfant s'est transformée, elle a grandi d'un demi-pied, ses os ont dans tous ses membres suivi cette évolution; ce devrait être là une cause de plus pour faire croire à la soudure articulaire.

Malgré toutes ces prévisions, il n'en est rien, on donne le chloroforme, et l'on voit que la surface articulaire joue *sans craquements* avec la même liberté que les autres.

En terminant, notre distingué confrère de Saintes annonce qu'il va faire l'essai de l'application du fer aimanté, suivant les conseils et les exemples de M. le professeur Charcot, non point sur le membre contracturé, mais sur l'*autre membre*.

En effet, d'après ce principe que, sous l'influence des aimants comme sous l'influence des métaux appliqués ainsi que le fait le docteur Burq, on peut voir la sensibilité et la motricité s'accroître à la fois dans le membre auquel on en fait l'application, tout en diminuant parallèlement de l'autre côté, on peut espérer qu'une répartition plus égale de l'incitabilité nerveuse fera disparaître dans ce cas la contracture.

Mais les affections hystériques sont pleines de surprises; et il ne faut pas oublier que dans d'autres cas le docteur Burq, contrairement à cette théorie, qui, du reste, n'est pas la sienne, supprima la contracture par l'application d'un métal sur le côté contracturé.

Imperforation de l'utérus. — Menstruation supplémentaire par des tumeurs hémorrhoïdales. — Accès épileptico-hystériques. — Suppression du flux périodique. — Traitement par le nitrate d'argent. — Guérison.

Nous avons justement à parler maintenant d'une malade qui a été traitée avec succès par M. le docteur Burq, d'après sa vieille théorie, toute différente de celle qui domine aujourd'hui et qui explique l'action des métaux par le développement d'un courant électrique à leur surface d'application.

Cette vieille théorie de M. Burq, nous en avons déjà parlé; elle a quelque chose d'étrange, et rappelle un peu les croyances des astrologues d'autrefois.

De même que les astrologues supposaient que chaque individu était pour sa vie tout entière sous l'influence d'une étoile, de même M. Burq admet que chacun naît, vit et meurt sensible à l'influence d'un métal, et, comme à chacun des anciens métaux se rapporte le nom d'un astre, on pourrait dire encore aujourd'hui que celui-ci dépend de Mars, c'est-à-dire du fer, celui-là de Saturne, c'est-à-dire du plomb, tel

autre du Soleil, c'est-à-dire de l'or, tel autre de la Lune, c'est-à-dire de l'argent.

La malade que M. Burq nous a amenée dernièrement et nous a fait examiner était dans le dernier cas; on l'aurait dite *lunatique*. En effet, l'argent était le métal qui l'impressionnait.

Cette femme a eu une histoire pathologique assez complexe. Ce qu'il y a de plus remarquable chez elle, c'est que le col de l'utérus étant imperforé (M. Dumontpallier, moi-même et plusieurs autres, nous avons vainement essayé d'y introduire le stylet le plus fin, ou la bougie en baleine la plus mince, audelà de deux ou trois millimètres), les règles n'ont pas pu s'établir par les voies normales.

Il y a bien eu, vers l'âge de 14 ans, et régulièrement chaque mois à partir de cette époque, un mouvement fluxionnaire vers les seins, des douleurs de reins, un sentiment de pesanteur vers le bas-ventre, mais jamais d'écoulement sanguin par la vulve.

Quatre ans plus tard, un jour, la malade se figura être enfin réglée; ses vêtements étaient tachés de sang, et le sang continua à les imprégner durant plusieurs jours sans qu'elle le sentît couler. Mais ce sang ne venait pas de l'utérus; le molimen hémorrhagique s'était porté sur trois petites hémorrhoïdes externes, chacune de la grosseur d'un pois, qui se trouvaient situées à l'entour de l'anus.

Depuis ce moment, chaque mois, exactement vers la même date, il reparut durant quelques jours un flux sanguin par des hémorrhoïdes, soit externes, soit internes. Dans ce dernier cas, cette femme ne rendait du sang, bien entendu, que quand elle allait à la garde-robe.

A 23 ans, elle se maria; mais elle n'eut jamais de sensation voluptueuse dans ses rapports avec son mari. Il arriva même, en janvier 1870, que les rapports sexuels devinrent complètement impossibles, par suite d'un vaginisme intense.

Cette femme avait alors trente et un ans, et, depuis cinq ans déjà, elle était atteinte de crises nerveuses assez nombreuses pour se répéter jusqu'à trois fois par jour et qui, d'après la description qu'elle nous a faite, paraissent tenir à la fois de l'épilepsie et de l'hystérie. Dans mes leçons sur l'épilepsie, j'ai décrit des accès semblables. Ils commençaient par une chute, une perte complète de connaissance, comme l'épilepsie ordinaire; les convulsions toniques et cloniques, puis la période de stertor se suivaient, paraît-il, dans un ordre normal; mais tout ne se terminait pas là, et la malade, une fois revenue à une demi-connaissance, avait encore, durant un certain temps, soit les grandes agitations et les convulsions tapageuses des hystériques, soit un véritable délire, une folie momentanée.

La menstruation supplémentaire par les hémorrhoïdes se faisait toujours bien, lorsque, il y a dix-huit mois, un médecin eut l'idée de faire poser des sangsues à l'anus durant la période cataméniale. Les règles anales se supprimèrent et ne reparurent plus.

La santé générale s'altéra depuis lors d'une façon rapide, les étourdissements devinrent habituels, l'appétit disparut, l'anémie s'accentua chaque jour davantage.

M. Burq vit la malade, et, pendant un séjour qu'elle fit à la Pitié dans le service de M. Dumontpallier, il reconnut, par les résultats de l'application de plaques d'argent sur les points où il existait de l'anesthésie, qu'elle était sensible à l'argent.

D'après cette donnée, on la traita par le nitrate d'argent, administré à l'intérieur sous forme de pilules de 1 centigramme. Les premiers jours on lui fit prendre deux de ces pilules; maintenant elle en prend quatre.

L'amélioration fut des plus rapides. Il se trouvait que le troisième jour de ce traitement répondait à l'époque où les règles anales auraient dû revenir, si elles n'eussent pas été supprimées depuis dix-huit mois. Elles revinrent, coulèrent comme autrefois pendant six jours, avec une abondance moyenne. La malade récupéra de l'appétit et du sommeil. Elle n'eut plus d'étourdissements, plus de crises épileptiformes ni hystériformes, plus d'envies de pleurer sans cause; elle reprit des forces et sortit de l'hôpital dans un état relativement très-satisfaisant. Récemment, elle a voulu voir si le vaginisme persistait. Elle a permis à son mari de s'approcher d'elle, des rapports complets ont eu lieu, sans aucune espèce de douleur, mais toujours sans plaisir pour elle.

Du reste, quand, tout dernièrement, je l'ai examinée au spéculum et par le toucher, j'ai pu constater qu'il n'existait plus de vaginisme. L'utérus est petit, léger, très-mobile. Sur le côté gauche d'un col qui est bien celui d'une nullipare, on aperçoit une dépression qui paraît être l'orifice de ce col, mais qui, comme je l'ai déjà dit, ne dépasse pas deux ou trois millimètres en profondeur. Jamais il n'y a eu de phénomènes qui aient pu indiquer la rétention des règles dans la cavité utérine. Il est donc probable que le corps de cet organe est, comme le col, imperforé, ou du moins qu'il ne subit pas le molimen hémorrhagique.

J'avoue que cette observation serait infiniment plus probante, s'il ne s'agissait pas d'une maladie aussi féconde en coups de théâtre que l'hystérie ou l'hystéro-épilepsie.

Dernièrement encore je racontais, dans une revue clinique, l'histoire d'une femme qui fut guérie, par des pilules de mie de pain, d'hématémèses abondantes revenant depuis plusieurs mois à l'époque des règles et les suppléant.

On pourrait donc se demander si, dans un cas, les pilules de nitrate d'argent n'auraient point agi comme les pilules de mie de pain dans l'autre.

Cependant les succès obtenus par le docteur Burq, par une médication interne que l'exploration métallique extérieure avait indiquée, se sont multipliés au point de mériter qu'on s'en préoccupe.

Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Nouveau procédé de métallothérapie externe,

par le docteur Romain Vigouroux.

Dans une note lue à la Société de biologie au mois de novembre dernier, nous avons signalé les particularités qui résultent en métallothérapie de l'application simultanée de deux métaux différents. On sait, grâce aux travaux de M. Burq, que le contact, avec la peau, d'un métal variable suivant les individus, détermine une succession parfaitement régulière de phénomènes intéressant la température, la force musculaire, la sensibilité générale et spéciale et la tonicité vasculaire. L'individu est dit *sensible au métal* capable d'exercer sur lui cette action.

Nous avons montré que si, après avoir mis en place une pièce du métal auquel le malade *est sensible*, on ajoute, soit sur cette pièce, soit à une certaine distance sur la peau, une deuxième pièce d'un autre métal auquel le malade *ne soit pas sensible*, l'action de la première est profondément modifiée; l'évolution des phénomènes auxquels elle avait commencé à donner lieu s'arrête, et, chose remarquable, l'état qui existait au moment de l'adjonction de la seconde pièce se trouve pour ainsi dire fixé et peut se prolonger indéfiniment. Nous avons vu ainsi persister pendant huit et dix

jours des modifications, en plus ou en moins, de la sensibilité, qui avec l'emploi d'un seul métal, n'auraient duré que quelques minutes.

Cette observation a été utilisée de la façon la plus heureuse dans un but thérapeutique, d'abord par M. Burq (Société de biologie), puis tout récemment par M. Abadie (*Progrès médical*, n° 28) chez deux malades dont l'hystérie avait résisté aux autres traitements.

Nous croyons donc opportun d'indiquer sommairement un procédé fondé sur cette propriété des métaux superposés ou juxtaposés, à la fois plus général, plus simple et jusqu'à un certain point indépendant de la métallothérapie.

On sait que les actions dont il a été question plus haut ne sont pas le privilège exclusif des métaux : les recherches faites dans le service de M. le professeur Charcot ont montré qu'elles appartiennent également au courant galvanique, à l'électricité statique, à l'aimant, etc.

Or nous avons constaté, depuis quelque temps déjà, que, pour tous ces agents, de même que pour les métaux, on peut faire durer indéfiniment la modification de sensibilité, de force musculaire, etc., obtenue, et cela par le même moyen. Supposons que nous ayons rendu la sensibilité générale et spéciale à une malade hémianesthésique en la plaçant pendant quelques minutes sur l'isoloir de la machine électrique ; appliquons sur un endroit quelconque de la partie primitivement anesthésiée une pièce, grande comme une monnaie, d'un métal auquel le malade ne soit pas sensible, nous verrons la sensibilité acquise persister, et l'anesthésie, lorsqu'elle reparaîtra, occuper le côté sain en respectant pour ainsi dire son ancien domaine, protégé maintenant par le métal.

Cet exemple, que nous pourrions varier, suffit à montrer en quoi consiste le procédé. La seule difficulté est de choisir un métal auquel le malade ne soit pas sensible, condition essentielle; on peut y obvier facilement sans recourir à l'examen métalloscopique, toujours très-long s'il est fait méthodiquement. Il suffit d'employer une plaque ou, pour plus de certitude, deux plaques de deux des métaux connus pour n'agir que très-exceptionnellement.

Ce procédé, il faut bien le remarquer, permet de prolonger à volonté la durée du phénomène obtenu, *quel qu'il soit*. On pourra donc l'employer à conserver la sensibilité et la tonicité vasculaire, comme l'ont fait remarquer les observateurs cités, ou bien encore à fixer l'anesthésie et l'amyosthésie. A ce dernier point de vue, il pourra entrer dans la méthode de traitement des accidents locaux de l'hystérie, que M. le professeur Charcot et nous-même expérimentons en ce moment et sur laquelle nous reviendrons prochainement.

ANESTHÉSIE CUTANÉE

PRODUITE PAR UN COURANT ÉLECTRIQUE; ABAISSEMENT DE TEMPÉRATURE, SOUS L'INFLUENCE DU MÊME MOYEN, DANS LES PARTIES ÉLECTRISÉES.

Par M. le docteur T. Guyot.

Parmi les nombreux expérimentateurs qui se sont occupés de l'action de l'électricité sur l'homme, personne, à notre connaissance, n'a signalé l'anesthésie cutanée que l'on produit au moyen d'un appareil électro-médical, et, nous le pensons, avec toute autre machine douée d'une certaine force.

Je me sers, pour cette expérience, de l'instrument de MM. Legendre et Morin. Si on met en communication deux doigts avec les pôles de cette pile, on éprouve d'abord des fourmillements et une sorte d'engourdissement ; puis on arrive bientôt à l'insensibilité de la douleur, à l'analgésie, si on élève le cylindre de cuivre recouvrant le fer doux temporairement aimanté, ce qui multiplie l'intensité du courant.

Alors, tant qu'on reste soumis à cette influence, on peut se piquer fortement les parties électrisées, sans en être incommodé. Pour traverser les doigts par le courant, on peut coiffer les extrémités de deux doigts de la même main avec les crochets qui terminent les fils conducteurs de la pile, ou bien recourir à un moyen plus commode encore, en fixant les crochets à deux anneaux occupant deux doigts. — Je me sers de deux anneaux d'or, et j'ai remarqué qu'en mouillant ces deux anneaux, j'arrivais à une analgésie plus complète et que l'électrisation était moins pénible.

J'emploie à dessein le mot *analgésie :* car, si la sensibilité à la douleur est abolie, il n'en est pas de même de la sensibilité aux autres impressions. On perçoit le contact de l'épingle qui pique, mais on reste insensible à la douleur qui devrait résulter de cette piqûre. On sait que la pathologie nous présente ce même phénomène. Dans certaines paralysies, il existe de l'analgésie avec intégrité de la fonction du tact. Ici cette dernière fonction persiste, mais avec moins de netteté.

N'oublions pas de mentionner une espèce de contradiction dans les termes, qui est assez frappante. Nous produisons l'analgésie, mais, tout en arrivant à ce résultat, nous n'évitons pas la douleur électrique ; celle-ci seule persiste, et l'on est insensible, nous venons de le dire, à l'action de l'instrument piquant.

Ces deux espèces de douleurs sont d'une nature toute différente, et, partant, nous pensons que, dans un cas donné, il est possible de sentir l'une sans qu'on soit apte à percevoir l'autre.

Un autre phénomène remarquable que nous avons observé et que nous devons signaler, c'est un abaissement de température très-marqué dans les doigts soumis à l'action des courants. Au bout de quelques minutes, on constate une différence très-marquée dans leur chaleur, si on les touche avec la main restée libre. Le froid commence par l'extrémité des doigts et s'étend ensuite du côté du poignet, tellement qu'après sept ou huit minutes toute la main est refroidie. Nous avons répété cette expérience un grand nombre de fois, mais sans jamais observer de changement de coloration dans les parties refroidies.

Ce phénomène de changement de température n'exige pas un courant aussi intense que celui qui est nécessaire pour amener l'analgésie.

On se demande, dès qu'il s'agit d'un moyen anesthésique, s'il est possible de l'employer chirurgicalement. *A priori*, on ne saurait l'affirmer. Jusqu'ici la glace ou les mélanges réfrigérants offrent un moyen plus simple d'anesthésie locale.

Si l'on ne connaissait déjà si bien l'utilité de l'électrisation contre les névralgies et les douleurs, ne pourrait-on pas la déduire des faits précédents ?

Enlevant aux nerfs, momentanément il est vrai, la propriété de percevoir une douleur artificielle, ne doit-on pas espérer les modifier, de manière à les rendre insensibles à la douleur pathologique ?

Résumons :

1° Un courant électrique suffisamment intense enlève à la peau des doigts la sensibilité à la douleur. L'électrisation est parfaitement supportable, surtout si on humecte avec de l'eau les parties mises en contact avec les fils conducteurs et avec les anneaux dont nous avons parlé ;

2° Un courant moins fort suffit pour amener un abaissement très-marqué dans la température des parties électrisées, sans aucun changement de couleur à la peau ;

3° Cette analgésie et ce froid électrique n'ont point encore été signalés, ou ce serait à notre insu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 juillet. — Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

De la dissociation des filets irido-dilatateurs et des nerfs vasculaires au-dessus du ganglion cervical supérieur. — M. François Franck, dans une précédente communication (27 avril 1878), a présenté à la Société les résultats généraux de ses recherches sur le rôle des filets nerveux qui accompagnent l'artère vertébrale et se rendent au ganglion premier thoracique ou en émanent. Il n'a fait qu'indiquer l'action du bout supérieur des filets nerveux vertébraux sur la dilatation de l'iris, action identique à celle du cordon sympathique prévertébral, quoique moins accusée.

C'est sur ce point spécial et sur quelques particularités de l'innervation de l'iris qu'il veut aujourd'hui attirer l'attention.

L'excitation du bout supérieur des filets qui se détachent du premier ganglion thoracique pour pénétrer dans le canal de l'artère vertébrale produit une dilatation moyenne de la pupille. Cet effet se manifeste quand l'animal ne donne aucun signe de douleur, par exemple quand on vient d'ouvrir le canal rachidien pour mettre à découvert les racines cervicales inférieures et alors que la sensibilité récurrente est suspendue par suite de l'opération.

On est ainsi amené à admettre dans les nerfs vertébraux des fibres irido-dilatatrices empruntées à la partie supérieure de la région dorsale de la moelle comme celles qui suivent le cordon sympathique situé en avant des vertèbres cervicales.

En cherchant à déterminer le trajet que suivent pour arriver à l'iris les fibres irido-dilatatrices, M. Franck a été conduit à répéter les expériences classiques sur le cordon sympathique prévertébral, sur le ganglion cervical supérieur et sur les filets qui en émanent. Il a constaté qu'en suivant dans le crâne les branches afférentes du ganglion cervical supérieur, on pouvait facilement isoler un gros rameau qui pénètre dans le crâne en avant et en dedans des nerfs pneumo-gastrique et glosso-pharyngien, le sépare de celui qui donne à chacun de ces deux nerfs un filet anastomotique, continue son chemin parallèlement à la carotide interne dont il reste indépendant, rencontre le nerf moteur oculaire externe auquel il fournit un filet et va enfin se jeter dans le ganglion de Gasser, à l'origine de la branche ophthalmique.

Cette disposition est visible sur une pièce que M. Franck montre à la Société.

Ce rameau isolé du ganglion cervical supérieur, aboutissant au ganglion de Gasser et séparé des nerfs vasculaires de la carotide interne, peut être atteint sur l'animal vivant en dedans de l'apophyse mastoïde. L'opération est facilitée par le thermo-cautère : quand on a enlevé la partie postérieure du muscle digastrique, on arrive sur l'apophyse mastoïde qui est enlevée avec précaution à la gouge. Sa paroi interne, formée d'une lamelle osseuse très-mince, est détachée avec une pince à dissection et laisse à découvert le canal dans lequel se trouve le prolongement du ganglion cervical supérieur. On isole le rameau nerveux en le dégageant avec soin des vaisseaux voisins et en poussant la dissection aussi loin que possible. Quand on le coupe, l'iris se rétrécit et la température profonde de la moitié correspondante de la tête ne s'élève pas; ce qui permet déjà d'admettre la dissociation des filets vasculaires et des filets irido-dilatateurs. Si on vient ensuite à sectionner le sympathique cervical, les vaisseaux superficiels et profonds se laissent dilater par le sang, l'iris ne se modifie pas, l'excitation du bout supérieur du sympathique coupé produit le resserrement vasculaire sans agir sur l'iris.

On a donc interrompu par la section de ce rameau cranien du sympathique la continuité des fibres irido-dilatatrices contenues dans le tronc du sympathique cervical. Ce qui achève de le démontrer, c'est que l'excitation du bout périphérique de ce rameau lui-même produit la dilitation de l'iris sans modifications vasculaires.

De cette première série d'expériences découle déjà cette conclusion que l'excitation du sympathique cervical produit la dilatation de l'iris sans qu'il soit nécessaire d'admettre une action vasculaire intermédiaire. Il en résulte, en outre, que les fibres irido-dilatatrices fournies par le sympathique viennent s'unir par le rameau jugulaire, au niveau de l'origine de la branche ophthalmique, à celles que le trijumeau reçoit du bulbe lui-même, comme l'ont montré les expériences de Cl. Bernard, de Schiff, etc.

M. Franck a poursuivi au-delà de la branche ophthalmique les filets dilatateurs de l'iris. Il soumettra prochainement à la Société les résultats de ses expériences sur les filets nerveux ciliaires directs et sur ceux qui passent par le ganglion ophthalmique; il donnera aussi les résultats de ses recherches sur le rôle du ganglion ophthalmique comme centre réflexe.

De l'origine des hématies. — M. POUCHET fait une nouvelle communication sur la naissance des hématies. Chez les rongeurs, le lieu d'origine des globules du sang pendant un certain temps de la vie fœtale est l'aire vasculaire. Sur le lapin on voit que le prétendu chorion est une couche vasculaire tapissée par une simple couche de cellules prismatiques. D'après Kolliker, les hématies naîtraient par une sorte d'épigenèse sur les parois des vaisseaux déjà formés. Dès la vingt-deuxième heure, on trouverait à la périphérie de l'aire vasculaire, dans le feuillet moyen, des traînées pleines formées par des agglomérations de cellules : ces traînées à peu près cylindriques, anastomosées les unes avec les autres, seraient à la fois l'origine des parois vasculaires et des hématies. Chez l'homme, les hématies embryonnaires ont la même forme que celles de l'adulte, mais sont beaucoup plus grandes : à leur intérieur, on trouve un ou deux noyaux sphériques, finement granuleux, sans malléoles. C'est ordinairement au quatrième mois de la vie intra-utérine que les hématies embryonnaires disparaissent paur faire place aux hématies normales.

Des phases horaires de la sécrétion de l'urée et de l'urine. — M. PAUL BERT présente les graphiques des phases horaires de la sécrétion de l'urée et de l'urine. Les expériences sont assez nombreuses puisqu'elles reposent sur vingt-cinq jours d'observations, et particulièrement dix journées consécutives. M. Paul a varié la nourriture, les heures des repas, le sommeil, le régime physique. Voici les résultats obtenus au point de vue de l'urée sécrétée :

En gardant le repos à la chambre, en suivant un régime régulier (250 à 280 grammes de viande, 200 grammes de pain et 300 grammes de purée de pommes de terre) et en se livrant à un exercice et à un gravail modérés, pendant plusieurs jours, M. Paul Bert a pu observer que la quantité d'urée contenue dans les urines par vingt-quatre heures était de 20 grammes en moyenne. En augmentant la quantité de viande, l'urée augmente; mais ce qu'il importe de noter, c'est l'excès de viande et l'excès de l'urée rendue, et cela pour arriver à déterminer le coefficient urétique des aliments qu'on absorbe ou qu'on administre. Pour répondre à cette question, M. Paul Bert doubla la quantité de viande : au lieu de 250 grammes, c'est-à-dire la quantité normale qu'il a l'habitude de manger chaque jour, il monte à 500 grammes; l'urée monte de 7 grammes, ce qui donne à peu près 3 grammes d'urée par 100 grammes de viande, c'est-à-dire quatre dixièmes de l'azote qu'on a introduit dans l'organisme par la viande.

Cette augmentation d'urée suit rapidement l'augmentation de l'alimentation azotée; on peut l'observer dès le lendemain, et elle se maintient dans les mêmes proportions les jours suivants, à une condition, c'est que la viande ingérée le soit dans les mêmes proportions. Faisant l'expérience opposée, M. Paul Bert supprime toute nourriture animale; l'urée tombe alors de 21gr,51, quantité moyenne, à 13gr,55. On peut donc voir le coefficient uréique de la viande, et dire que 100 grammes de viande présentent 3gr,15 d'urée.

Si on se remet à la nourriture animale après cette expérience, on ne remonte pas de suite au chiffre d'urée antérieur; l'urée remonte à 16gr,67 seulement avec 280 grammes de viande, et le surlendemain à 22gr,40 avec 480 grammes de viande. L'organisme ne sécrète donc pas de suite.

Quant aux variations horaires, on peut voir, d'après les graphiques présentés par M. Bert, que l'irrégularité est extraordinaire, elle varie du simple au quintuple; on peut cependant, par une étude attentive, voir que ces irrégularités présentent certaines règles, certains faits constants. Il y a d'abord un minimum le matin : minimum qui n'est cependant pas en rapport avec le repos de la nuit, comme on pourrait le croire. Puis l'urée augmente de midi à deux heures, alors qu'on ne mange pas (le repas ayant été fait à dix heures), puis après deux heures il y a chute, léger relèvement et rechute au moment du dîner : alors la courbe se relève, puis retombe pour arriver à la grande chute du matin. Il y a donc un véritable rhythme dans la sécrétion de l'urée, rhythme tellement incrusté qu'il persiste longtemps alors même qu'on change les habitudes, les heures de repas et la qualité de nourriture. L'organisme se mange pour ainsi dire lui-même à des heures déterminées, alors qu'on veut modifier le régime.

Pour ce qui concerne les rapports entre la qualité de l'urine sécrétée et de l'urée excrétée, on reconnaît qu'en général, lorsque l'urine augmente, l'urée augmente, mais il y a assez d'exceptions pour qu'il soit permis d'affirmer qu'il n'y a pas de rapports certains. Il en est de même pour la coloration : ainsi on a raison de dire, en général, que plus une urine est foncée, plus elle est riche en urée, que plus elle est claire, plus elle est pauvre, mais il y a cependant des oscillations considérables qui ne peuvent cependant infirmer les règles générales posées.

Origine du sucre du lait. — M. PAUL BERT a cherché à déterminer l'origine du sucre du lait. Le sucre du lait vient-il de la mamelle ou du foie ? M. Paul Bert croit avoir trouvé un glycogène dans les mamelles. Enlevant des mamelles pleines de lait et les ayant envoyées à M. Schutzenberger, celui-ci, les traitant par l'acide sulfurique, n'a pas trouvé de glycose ; cependant des parties de ces mêmes mamelles, non traitées par des acides et abandonnées à elles-mêmes, donnaient, quelques jours après, alors qu'elles avaient subi une fermentation, des traces évidentes de lactose.

M. DE SINÉTY rappelle les expériences qu'il a déjà communiquées à la Société ; il a démontré que le sang qui sort des mamelles en lactation ne contient pas plus de substance sucrée que celui qui entre : c'est cependant ce qui devrait arriver si le sucre était formé directement dans la mamelle.

Du maximum de taille des êtres vivants. — M. PAUL BERT a cherché à déterminer le maximum de hauteur auquel peuvent arriver les animaux : il y a un maximum que les animaux ne peuvent pas dépasser, c'est là un fait à rappeler, alors qu'une croyance populaire existait des animaux de taille fabuleuse. M. Bert, au contraire, considère que les animaux antédiluviens ne pouvaient s'écarter d'une façon sensible de ceux que nous voyons vivre sur le globe actuel. Il est de toute nécessité, pour l'entretien de la vie, que le sang circule dans les extrémités les plus éloignées de l'organisme : or, on sait que la pression cardiaque est de 18 à 20 centimètres de mesure, c'est-à-dire que le maximum de la pression cardiaque ne peut envoyer le sang qu'à une hauteur de 2m,60 ; il n'est donc pas possible, physiologiquement, que les parties supérieures ou inférieures de l'animal soient à plus de 2m,60 au-dessus ou au-dessous du cœur ; en augmentant donc les chiffres au-delà du possible, on arrive à une hauteur de 5m,50. Il est encore un fait à noter pour la circulation, c'est que tous les animaux volumineux ont un train postérieur plus bas que le train antérieur, et au niveau du cœur dans sa partie la plus élevée : cet abaissement du train postérieur est destiné à faciliter l'impulsion cardiaque. Si on voit des reptiles arriver à des longueurs indéfinies, pour ainsi dire, il n'y a pas à s'en étonner, car la projection du liquide sanguin n'a pas à se faire en hauteur mais en longueur.

Nouveau procédé de métallothérapie externe. — M. ROMAIN VIGOUROUX fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

(Quinzième liste.)

Listes précédentes.	8,682 fr. 50 c.
M. le docteur Jablonsky (de Prahecq). . . .	4 »
Total.	8,686 fr. 50 c.

Hôpitaux de Paris. — Sont nommés médecins du bureau central : MM. Tenneson, Raymond et Landrieux.

Sont nommés chirurgien du même bureau : MM. Bouilly et Blum.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'ophthalmoscopie, par le docteur E. LANDOLT, directeur adjoint du laboratoire d'ophthalmologie à la Sorbonne. 1 vol. in-18 cartonné diamant avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De la Médication diurétique, par le docteur LAURE. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Les Signes physiques des folies raisonnantes (**état mental de Sandon**). Étude clinique, par le Dr LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, in-8° de 76 pages. Paris, 1878. — Prix : 2 fr. 50. — Ad. Delahaye, éditeur.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Nº 88. — MARDI 30 JUILLET 1878. 51e ANNÉE. MARDI 30 JUILLET 1878. — Nº 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Du phréno-glottisme et du spasme de la glotte dans la seconde enfance.

Le fait rare et très-curieux que nous avons dans la salle Sainte-Catherine au nº 57 fera l'objet de la leçon d'aujourd'hui. C'est, chose extraordinaire, un *spasme de la glotte* et du diaphragme, dans la seconde enfance, chez un enfant de onze ans, maladie que j'appelle *phréno-glottisme*, parce qu'elle est plutôt une convulsion du diaphragme qu'un état convulsif de la glotte.

J'ai longtemps cru que le spasme de la glotte ou phréno-glottisme était une maladie des enfants à la mamelle et qui ne se rencontrait pas dans la seconde enfance ni chez l'adulte. Deux exemples, observés par Beau et Bacquias, me paraissaient sujets à contestation, mais, en présence du fait que vous avez sous les yeux, le doute n'est plus possible.

Voici la description du fait :

La petite fille a onze ans, et sans traces de puberté. Elle est maigre, peu développée et très en retard de sa seconde dentition. En haut les deux incisives médianes permanentes sont sorties et les incisives latérales sont dans la gencive retenues par les dents de lait. Les canines permanentes sortent par-dessus ces dernières et s'y trouvent superposées. Ainsi, permanence des dents de lait, absence d'incisives latérales et sortie en double rang des canines. Voilà l'anomalie dentaire de la mâchoire supérieure, et il en est à peu près de même dans la mâchoire inférieure.

Cette petite fille, au mois de septembre dernier, a eu sans cause connue des accidents glottiques analogues à ceux qu'elle présente aujourd'hui. Elle avait une sorte de hoquet avec crise d'étouffement, suspension passagère de la respiration et menace d'asphyxie. C'est à ce point qu'une fois le danger parut si grand qu'on envoya chercher le médecin du voisinage qui arriva lorsque tout était terminé.

Autant qu'on en puisse juger par ces détails, l'enfant avait alors des crises véritables de phréno-glottisme dues à la contraction subite et violente du diaphragme amenant l'occlusion passive de la glotte et l'arrêt de la respiration suivie d'un hoquet bruyant.

Ces accidents, qui n'étaient accompagnés d'aucun sanglot, ni de rires inconscients, ni de boule hystérique, ont duré quinze jours, puis l'enfant a guéri.

Depuis trois semaines, elle est de nouveau malade. C'est à peu près la même affection dont la forme a changé. Elle n'a plus de crise d'étouffement, et elle n'a que du hoquet phrénique avec resserrement de la glotte et sifflement très-bruyant.

A chaque instant elle a un hoquet très-court dans l'inspiration, entremêlé de hoquets plus prolongés. Alors le bruit du hoquet est remplacé par un long sifflement glottique d'inspiration tellement éclatant que les autres malades en sont épouvantés et que le directeur veut l'expulsion de la malade, sous prétexte qu'elle trouble le repos de l'hôpital.

De temps à autre elle a un peu mal à la tête; il y a deux jours, elle a eu de la diplopie passagère, mais elle n'a pas d'altération du nerf optique ou de la rétine.

Elle mange et digère bien, n'a point de douleurs dans les membres ni d'anesthésie sur aucun point du corps.

La respiration se fait bien, et il n'y a pas de bruit anormal au cœur.

En présence de ces phénomènes pathologiques, sans aucun symptôme d'hystérie, je n'ai à discuter qu'entre les deux diagnostics suivants : *chorée anormale* ou *spasme phréno-glottique*.

Il ne s'agit pas ici de cette chorée anormale qui est accompagnée de bruit du larynx et qui forme la *chorée aboyante*, car les phénomènes sont absolument différents et contraires.

Dans la chorée aboyante, le bruit éclatant est produit dans l'expiration par la convulsion des muscles droits du ventre qui refoulent en haut la masse intestinale.

Au contraire, dans le cas de spasme phréno-glottique qui nous occupe, le bruit éclatant a lieu dans l'inspiration et a lieu par suite de la convulsion du diaphragme sans que les muscles droits de l'abdomen y soient pour rien.

L'aboiement laryngé de la chorée aboyante est un bruit d'expiration, tandis que le cri du spasme phréno-glottique prolongé est un bruit d'inspiration. Elle fait un bruit semblable à celui d'un soufflet de cheminée avec lequel on s'amuse en écartant brusquement les manches de l'appareil. Dans cette expérience, l'air entre en hoquetant dans le tuyau du soufflet, et c'est exactement ce qui se passe dans le spasme de la glotte.

Chez cette petite fille, tous les phénomènes pathologi-

ques qu'elle présente sont donc dus au spasme du diaphragme entraînant le spasme ou une occlusion passive de la glotte. Comme je vous l'ai dit, elle a passé l'âge où l'on observe habituellement cette maladie, et c'est comme fait rare que je la signale à votre attention.

A côté d'elle, vous avez un autre cas de spasme de la glotte, qui est un type de la maladie dans la première enfance.

L'enfant a seize mois, six dents, la tête énorme mesurant 54 centimètres de circonférence, la fontanelle antérieure très-écartée ainsi que les sutures pariétales, l'occiput un peu mou, tout le squelette un peu rachitique et les extrémités inférieures extrêmement grêles.

Depuis trois mois, elle a des crises convulsives qui ne la prennent que pendant le sommeil de jour ou de nuit, lorsque la tête repose sur l'occiput. Elle se réveille tout à coup et s'agite. Les yeux sont convulsés en bas. La respiration s'arrête. Elle devient bleue, puis ses membres se raidissent en avant. Au bout de quelques secondes, elle fait une inspiration hoquetante, puis respire mieux, et tout phénomène convulsif disparaît.

Ces crises se renouvellent presque tous les jours et dans la nuit plusieurs fois, toujours pendant le sommeil.

Le thymus n'est pas hypertrophié, et il n'y a d'autre maladie, chez cette enfant, que le rachitisme et l'ostéomalacie du crâne.

Cette ostéo-malacie est évidemment la cause des accidents phréno-glottiques. Voici comment. Dans le décubitus sur la tête, l'occiput ramolli s'écrase, il ne protège plus suffisamment la masse encéphalique contre les effets de la pesanteur, il arrive que le cervelet est comprimé entre le cerveau et les os du crâne qui cèdent, de sorte que le bulbe et la moelle allongée ne fonctionnent plus comme d'habitude. Dans certains cas, l'occiput est mou comme une feuille mince de carton mouillé et il s'aplatit quand l'enfant, sur le dos, a la tête appuyée sur l'oreiller. C'est même là un des cas de la déformation du crâne chez certains enfants. Par suite de l'habitude qu'on a de les coucher toujours de la même façon, le crâne, aplati d'un côté, se consolide d'une façon vicieuse, et l'on a ainsi un diamètre pariéto-occipital beaucoup plus court d'un côté que de l'autre. Il en résulte un défaut de symétrie dans les deux côtés de la tête que, tout récemment, un médecin a considéré fautivement comme une cause d'épilepsie. Avec plus de méthode, il n'aurait pas commis cette erreur, car, en examinant un grand nombre de têtes d'enfants non épileptiques, on trouve l'asymétrie crânienne chez un grand nombre d'entre eux.

Voilà l'explication du spasme de la glotte chez la seconde de nos malades. Cette cause, signalée par Elsaesser, n'est pas toujours appréciable, mais, quand elle existe, il est difficile de n'en pas tenir compte.

Maintenant, quelle est la cause du spasme phréno-glottique chez l'autre malade âgée de onze ans? Je vais vous la dire. C'est le travail irrégulier de la seconde dentition; la chute tardive des dents; le retard apporté à la sortie des dents permanentes qui essaient de franchir l'obstacle et se mettent en double rang; enfin l'action réflexe exercée par les rameaux irrités de la cinquième paire sur l'origine de ce nerf et sur le noyau du pneumo-gastrique.

C'est un fait constant dans les maladies de l'enfance : les céphalées persistantes, les attaques épileptiformes, certaines chorées, les hoquets spasmodiques et un grand nombre de névroses dépendent de la seconde dentition et guérissent à la puberté, lorsque ce travail est accompli.

Suivant la largeur variable des dents permanentes, il y a chez certaines filles des *dents d'adulte dans une mâchoire d'enfant*, et il faut que la mâchoire s'élargisse pour que les dents se mettent à l'aise et à leur place. Si les dents sont trop serrées, une action nerveuse réflexe peut naître, et, bien qu'elle soit sans douleur, provoquer une névrose qui guérit avec la croissance et le complet développement de l'individu.

D'après ces manières de considérer le spasme phréno-glottique, ou spasme de la glotte, quels sont les moyens à employer pour le guérir? C'est par là que je vais terminer.

Ces moyens sont en rapport avec l'indication à remplir. Ils diffèrent dans le spasme dû à l'hypertrophie thymique, à l'ostéomalacie du crâne et à la première ou seconde dentition.

Indications du phréno-glottisme par hypertrophie du thymus. — Si l'on suppose que le thymus hypertrophié soit la cause du spasme glottique, il faut essayer d'amener la diminution de la glande. On prescrit alors l'iodure de potassium à l'intérieur, 50 centigrammes à 1 gramme; la poudre d'éponge calcinée au-devant du cou et la pommade à l'iodure de plomb ou à l'iodure de potassium, 2 grammes pour 30 d'axonge.

A cette médication l'on doit joindre celle que j'indiquerai plus loin et qui est spécialement destinée à la guérison de la névropathie phrénique.

Indications tirées de l'état rachitique général et de l'ostéomalacie du crâne. — Dans ce cas, il faut donner 50 centigrammes ou 1 gramme de phosphate de chaux dans du sirop de limons, ou le sirop de phosphate de chaux gélatineux, deux cuillerées à café par jour; — l'huile de foie de morue, une demi-cuillerée à soupe, et les antispasmodiques que j'indiquerai dans un instant.

Indications tirées de la seconde dentition. — S'il y a des dents de lait qui gênent la sortie des dents permanentes, il faut les extraire. Une pareille extraction des dents permanentes doit être faite pour faire de la place s'il y a des dents superposées et placées en double rang. C'est le moyen de faire cesser l'irritation nerveuse due à l'irrégularité dentaire.

Indications tirées des symptômes convulsifs et spasmodiques du diaphragme. — Pendant longtemps nous ne donnions que l'éther et la liqueur d'Hoffmann, la valériane, le castoréum, l'oxyde de zinc, l'assa fœtida contre le spasme phréno-glottique, et les succès n'étaient pas nombreux. Quelques enfants mouraient de suffocation, asphyxiés dans une crise. J'en ai vu mourir plusieurs. Mais, depuis vingt ans, pareil accident ne m'est plus arrivé. Il faut l'attribuer à la médication proposée par Salathé et qui est réellement utile. Cette médication, c'est le *musc* en poudre à 5 et 10 centigrammes par jour. Je l'ai employée sur vingt-huit enfants avec l'huile de foie de morue, et elle a presque toujours réussi. Là où il n'y a pas eu de guérison, il y a eu amélioration notable, et une thèse à ce sujet a été faite il y a quelques années par un des élèves de mon service. Le musc est parfaitement supporté par les enfants, et il n'y a aucun inconvénient à le donner pendant dix ou quinze jours. Je le prescris ainsi :

Sirop de guimauve	80	grammes.
Sirop de fleur d'oranger	20	—
Poudre de musc.	2	—

Mêlez et agitez.

Une cuillerée à café matin et soir.

On peut donner aussi le *bromure de potassium* à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme dans de l'eau sucrée. C'est un moyen utile.

L'*opium* à l'intérieur, qui ne vaut rien, peut être cependant employé en injections hypodermiques si les crises sont très-violentes, très-rapprochées et de nature à faire craindre la mort. Mais ce n'est pas un médicament à continuer longtemps. C'est un moyen de circonstance. Dans ces cas, si l'on fait une injection hypodermique de morphine, la dose doit être formulée avec le plus grand soin et varier avec l'âge des enfants. Jusqu'à un an, il ne faut injecter que 5 milligrammes, et l'injection doit se faire au niveau du diaphragme. Chez notre malade de onze ans, celle que je viens de faire était de un centigramme.

Si l'on ne veut pas faire d'injection, on peut la remplacer par un vésicatoire volant à l'épigastre, large de 3 centimètres et sur lequel on met 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine.

Si les attaques sont très-fréquentes, on pourrait aussi employer l'*hydrate de chloral* à la dose de 25 centigrammes ou 50 centigrammes en potion pour donner quelques heures de sommeil tranquille. Ce moyen est souvent suivi de succès, mais il ne faut pas en abuser.

En résumé, les meilleurs moyens à mettre en usage contre le spasme phréno-glottique sont le musc, le bromure de potassium et l'huile de foie de morue. Ce sont les moins dangereux.

Quant à la trachéotomie, qui a été proposée contre les accidents graves de l'asphyxie glottique, il est évident que ce n'est qu'un remède extrême contre une indication spéciale, et je ne crois pas que vous ayez souvent l'occasion de vous en servir.

HOPITAL MILITAIRE DE PHILIPPEVILLE.—M. Poncet.

Rétino-choroïdite palustre.

L'ophthalmoscope révèle dans les maladies palustres un œdème péri-papillaire, une névrite optique avec saillie de la papille, et une teinte gris sale de la zone moyenne du N. O., des hémorrhagies rétiniennes ponctuées à la périphérie et très-larges au pôle postérieur.

Toutes ces lésions sont confirmées histologiquement :

L'œdème péri-papillaire est fourni par un liquide granuleux, incolore, épanché sous la limitante interne de la rétine, près de la papille, au-dessus de l'expansion du N. O., et dissociant, détachant les travées de Müller de leur attache à la membrane anhyste.

La névrite optique est causée, comme toujours, par une vascularisation exagérée, avec œdème interstitiel; mais ici la teinte gris sale de la papille doit être rapportée au grand nombre de globules blancs pigmentés renfermés dans ces vaisseaux hypérémiés.

Les hémorrhagies de la rétine sont encore bien plus nombreuses que ne l'indique le miroir; elles sont à peu près constantes à la zone ciliaire dans les accès pernicieux comateux et les cachexies palustres; elles sont rares, en plaques étendues, au pôle postérieur. Elles contiennent beaucoup de globules blancs au centre. Comme un très-grand nombre d'organes, la rétine et la choroïde renferment dans leurs vaisseaux de grandes quantités de globules blancs tachés de pigment, et beaucoup de ces énormes cellules mesurant plus de 40 millièmes de millimètre, toutes imprégnées de particules mélaniques.

Le pigment, comme le démontrent des préparations du péritoine, n'est qu'un reliquat des globules rouges absorbés par les leucocytes. L'abondance des globules blancs pigmentés, la rareté des globules rouges, donnent aux capillaires l'aspect de bandes piquetées en mosaïque. Les granulations pigmentaires mélaniques peuvent être aussi libres dans les vaisseaux ou placées entre les hématies et les leucocytes.

Les capillaires de la rétine ou de la choroïde peuvent être obstrués par ces éléments morbides qui sont alors une cause d'hémorrhagies rouges. Les extravasations de globules blancs sont très-abondantes dans la trame même de la choroïde, qui augmente alors de volume et devient irrégulière, œdémateuse comme l'ophthalmoscope l'indiquait du reste près de la papille. Il y a ainsi véritablement choroïdite.

L'inflammation de la tunique interne des vaisseaux de l'œil ne paraît pas très-active dans les accès pernicieux ou les cachexies.

Les amauroses, *sine materia*, liées aux fièvres intermittentes, dans lesquelles l'ophthalmoscope n'avait pas trouvé de lésion, doivent être rangées dans les rétino-choroïdites palustres, avec embolies de leucocytes *mélaniques* dans les capillaires. Dans plusieurs cas où le microscope a reconnu l'existence de la mosaïque mélanique dans les capillaires rétiniens, le miroir, à l'image droite, n'avait rien indiqué sur ces mêmes capillaires.

De même qu'il existe une néphrite albuminurique palustre, de même nous avons une rétino-choroïdite albuminurique palustre. Celle-ci renferme toutes les lésoins du tissu rétinien appartenant à la rétinite albuminurique simple. Mais elle est caractérisée par une très-vive inflammation proliférative, puis régressive, de la paroi interne des artères, et la présence de gros éléments pigmentés dans les capillaires.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur Lœwenberg.

Diagnostic différentiel. — D'après notre expérience personnelle, on rencontre les tumeurs adénoïdes très-fréquemment dans l'enfance et dans l'adolescence, provoquant un ensemble de phénomènes qui sollicite, de bonne heure, l'attention du malade ou de ses parents ; les cas de cette nature se présentent journellement au médecin. S'il ignore l'existence de cette maladie, il se trompera forcément, et attribuera la cause de cet ensemble de symptômes à d'autres affections qui lui sont connues, surtout au coryza chronique simple et à l'hypertrophie des amygdales (la confusion avec les polypes nasaux ou pharyngo-nasaux est infiniment plus rare). Le coryza et l'hypertrophie des amygdales sont en général réputés de peu d'importance ; on se leurre de l'espoir que tout s'arrangera à l'âge de la puberté, époque réputée toute-puissante, non-seulement pour les affections dont nous venons de parler, mais aussi pour d'autres, par exemple, les maladies de l'oreille, comme nous le voyons tous les jours.

Malheureusement rien de tout cela ne guérit spontanément, et les tristes effets de ce laisser-aller thérapeutique ne tardent pas à se manifester par l'aspect d'hébétude, la prononciation ridicule, etc., etc.

Essayons donc de parer à une confusion aussi préjudiciable, et voyons quels sont les moyens d'arriver, en temps utile, à un diagnostic précis, et, par là, à la possibilité de porter secours aux malades.

Nous envisagerons, l'une après l'autre, les quatre affections qui peuvent être confondues avec les végétations adénoïdes; ce sont : 1) le coryza chronique, 2) l'hypertrophie des amygdales, 3) les polypes nasaux, et 4) les polypes pharyngo-nasaux.

1) *Le coryza chronique simple.* — Les symptômes du coryza chronique sont : l'enchifrènement permanent, l'altération de la voix, qui devient plus ou moins nasonnée, une sécrétion anormale, donnant lieu tantôt à un écoulement abondant, tantôt à des croûtes desséchées et fortement adhérentes. L'odorat et le goût sont émoussés ; souvent il se manifeste un symptôme plus désolant encore que tous les autres, la mauvaise odeur de l'air expiré. Si l'obstruction du nez est complète, tout le cortège des conséquences multiples de la respiration buccale pourra se manifester.

(1) Suite. — Voir les numéros des 23, 25 mai, 4, 18, 22, 29 juin, 4, 11 et 16 juillet.

On pourra donc être amené à croire à l'existence de tumeurs adénoïdes dans un cas de coryza; mais le danger n'est pas là, la première de ces deux affections étant pour ainsi dire inconnue : il est, au contraire, dans l'erreur opposée qui consiste à croire à la présence d'un simple coryza, là où le pharynx nasal est le siège des végétations caractéristiques. Si nous nous rappelons, en outre, que celles-ci se compliquent souvent d'une rhinite chronique, nous trouverons encore moins surprenante l'erreur fréquente qui rapporte tous les symptômes à cette dernière affection.

En présence de cette ressemblance de symptômes, nous n'avons qu'un conseil à donner : c'est de pratiquer l'exploration physique du pharynx nasal chez *tous les malades* qui présentent des phénomènes rappelant de près ou de loin ceux du coryza chronique. Nous recommandons surtout la *palpation*, car, tandis que l'examen rhinoscopique ne réussit souvent qu'après plusieurs séances, celle-ci peut toujours se pratiquer *ex tempore*, et elle tranche immédiatement la difficulté; dans le cas de tumeurs adénoïdes, on trouvera la cavité du pharynx nasal rétrécie, abolie même, occupée qu'elle est par les végétations ou par l'amygdale pharyngienne exubérante. Dans le cas contraire, le doigt se meut avec aisance à l'intérieur d'une cavité libre, restreinte quelquefois seulement par les extrémités postérieures boursouflées des cornets inférieurs. Dans ce dernier cas, l'inspection des fosses nasales par les narines antérieures ou postérieures (rhinoscopie) fera facilement reconnaître la nature et l'étendue du coryza chronique.

2) *L'hypertrophie des amygdales.* — Beaucoup d'auteurs, et parmi eux des chirurgiens et des médecins distingués (à commencer par Dupuytren et Robert), ont décrit des cas d'hypertrophie tonsillaire très-avancée, qui présentaient des troubles fonctionnels ressemblant absolument à ceux que nous avons exposés comme caractéristiques pour les tumeurs adénoïdes pharyngiennes (comparez, à cet égard, plus haut, le chapitre *h*). On considère, dans ces cas, l'augmentation extrême du volume des amygdales comme la cause unique de tous les désordres.

Cette manière de voir a tellement fait école qu'un très-grand nombre de malades affectés de végétations adénoïdes nous ont été adressés comme atteints purement et simplement d'hypertrophie tonsillaire.

Bien que l'on conçoive sans peine l'importance capitale d'un diagnostic juste qui, seul, peut et doit diriger l'intervention chirurgicale, ce point n'a pourtant pas été traité par les auteurs, comme nous l'avons constaté, non sans surprise. Nous avons donc été amené à étudier cette question importante d'une façon tout à fait spéciale, et, pour avoir à notre disposition le plus grand nombre de cas possible, nous ne nous sommes pas borné aux ressources de notre clientèle, mais nous avons mis à contribution, de plus, le matériel de plusieurs confrères de nos amis, soit en ville, soit dans les hôpitaux.

Chez un grand nombre de malades qui nous ont été amenés comme atteints d'un simple grossissement des amygdales ayant causé la surdité, la respiration buccale, etc., l'examen même le plus superficiel du gosier a tranché la question négativement, en démontrant aussitôt que les tonsilles étaient trop peu grossies pour que leur volume pût entraver les fonctions du voile du palais ou bien le passage naso-pharyngien, etc., etc. Rien de plus facile que de reconnaître la vérité dans les cas de ce genre.

Mais, où la chose devient extrêmement difficile, c'est quand il existe réellement un grossissement excessif des deux tonsilles, et qu'en même temps les symptômes que nous avons en vue se trouvent nettement accusés. C'est ici que nous sommes forcé de nous inscrire en faux contre l'opinion générale qui considère ceux-ci comme la conséquence fréquente et presque forcée de ce grossissement. Nous devons dire d'abord, à l'appui de notre assertion, que nous avons souvent vu des cas d'hypertrophie énorme des amygdales exempts de tout trouble appréciable surtout quant à la respiration nasale et aux nombreuses et importantes conséquences que son abolition fait naître. D'un autre côté, nous avons découvert dans quelques cas d'hypertrophie tonsillaire qui présentaient réellement tous ces troubles, que, derrière les tonsilles démesurément grossies, se cachaient bel et bien des tumeurs adénoïdes dont l'ablation faisait disparaître les symptômes cités, sans qu'on eût touché aux amygdales, causes prétendues de tout ce cortège de phénomènes.

Nous nous sommes livré à une étude attentive des cas mentionnés dans les ouvrages classiques, et nous ne pouvons nous défendre de croire que, dans la plupart des cas d'hypertrophie tonsillaire qu'on a cités comme présentant le groupe déjà décrit de phénomènes anormaux du côté du naso-pharynx, il a dû exister en même temps des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, et que c'étaient celles-ci qui entraînaient tant de résultats fâcheux.

Nous serions même tenté de nous demander si réellement l'hypertrophie des amygdales peut provoquer la suppression de la respiration nasale comme on le pense généralement, si nous n'avions pas rencontré quelques cas qui semblaient y répondre affirmativement. De prime abord, il semble beaucoup plus plausible que des obstacles qui ferment presque complètement le passage de la bouche au pharynx devraient empêcher plutôt la circulation de l'air par la bouche que par le nez; nous avons observé, en effet, quelques cas où il en était indubitablement ainsi; mais d'un autre côté beaucoup d'auteurs distingués affirment que le contraire est possible; M. Desnos, par exemple, dans son article du Dictionnaire (1), s'exprime ainsi : « Le voile du palais refoulé en haut, au point de devenir horizontal, obture en partie l'ouverture postérieure des fosses nasales; les tonsilles, poussant au-devant d'elles la luette gonflée et allongée, viennent se toucher sur la ligne médiane, et ne laissent entre elles qu'un passage très-étroit pour l'air et les aliments. »

Nous avouons que, pour notre compte, la question nous semble ouverte; nous pensons qu'il faudra reprendre cette étude et vérifier si, dans beaucoup de cas, l'on n'accuse pas à tort les amygdales d'avoir causé un mal dont les véritables origines se trouvent dans l'existence de tumeurs adénoïdes, surtout dans un grossissement excessif de la tonsille pharyngienne. Peut-être y a-t-il là la clef de l'insuccès si fréquent de l'extirpation des amygdales.

Nous ne pouvons donc que répéter ici le conseil déjà donné, au chapitre précédent : pratiquer l'exploration physique, surtout la palpation, dans chaque cas d'hypertrophie considérable des tonsilles accompagné du groupe de symptômes que nous avons déjà décrits suffisamment; cet examen nous apprendra sur-le-champ s'il y a, ou non, des tumeurs adénoïdes, et, ce renseignement obtenu, une étude attentive des symptômes nous indiquera quel est l'obstacle qu'il faudra enlever pour rendre au malade l'intégrité du naso-pharynx et des organes qui en dépendent. Ces recherches serviront en même temps pour résoudre le problème que nous avons posé.

Nous ne faisons que rappeler, en terminant ces considérations, le rôle excessif qu'on a attribué longtemps aussi aux amygdales dans la production de la *surdité catarrhale*, et dont de bons observateurs ont fait justice; peut-être serons-nous assez heureux pour démontrer qu'on a également exagéré leur rôle par rapport à la respiration nasale et aux questions qui s'y rattachent.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 juillet 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

De la névrite ascendante. — M. Léger fait une communication ayant pour but de démontrer que, dans les lésions décrites dans ces derniers temps sous le nom de névrite ascendante, les altérations des nerfs ne dépassent jamais une certaine étendue, qu'il est, par conséquent, impossible d'admettre qu'elles remontent jusqu'à la moelle et que les troubles réflexes qui se produisent parfois du côté de cet organe central ne sauraient être attribués à une myélite par propagation consécutive à la névrite dite ascendante.

De la contracture dans l'ataxie locomotrice. — M. Onimus présente une brochure intitulée : *De la contracture dans l'ataxie*

(1) Loc. cit., page 140.

locomotrice et de son influence sur l'incoordination des mouvements.

Le but de ce travail, dit M. Onimus, est d'appeler l'attention sur les phénomènes de contracture qui ont lieu dans l'ataxie locomotrice, et de montrer que ces contractures sont la cause des mouvements incoordonnés, si caractéristiques dans cette affection. Il ne faut pas donner ici au mot contracture le sens qu'on lui attribue d'ordinaire et qui suppose une rigidité complète des fibres musculaires : ce n'est là que le degré extrême de la contracture; mais celle-ci existe déjà dès qu'il y a une diminution dans la souplesse naturelle des muscles et une certaine difficulté à revenir rapidement dans le relâchement après une contraction volontaire.

Cet état de contracture existe dans un grand nombre de maladies des centres nerveux, alors même que les nerfs moteurs n'ont subi aucune altération.

Dans l'ataxie locomotrice, la transformation des cordons postérieurs en un tissu étranger devient une cause d'excitation pour les régions antérieures de la même région, et provoque ainsi cet état de contracture pour les muscles correspondants. Ces phénomènes de contracture se retrouvent aussi bien dans les muscles des yeux que dans ceux des membres. Les troubles oculaires sont ceux qui ont le plus attiré l'attention des médecins, mais on les a presque toujours considérés comme la conséquence de paralysies partielles. Sans nier que dans certains cas il y ait des symptômes de paralysie, M. Onimus est persuadé que, dans la majorité des cas, il existe bien plutôt des contractures. Si la distinction n'a pas été faite souvent, c'est que les symptômes sont identiques, qu'il y ait paralysie d'un muscle ou contracture de son antagoniste, et qu'en général on a une tendance naturelle à attribuer cette diplopie à une influence paralytique.

Les troubles moteurs des membres dans l'ataxie locomotrice sont des plus caractéristiques; mais, comme l'ont bien fait ressortir Trousseau et Duchenne (de Boulogne), l'ataxie des mouvements est indépendante de toute paralysie. Cette indépendance est tellement nette qu'elle donna naissance, pour l'explication de ces troubles, à un grand nombres de théories plus ou moins hypothétiques.

L'idée dominante dans ces théories était toujours de rechercher une fonction coordinatrice proprement dite. Plus tard, et avec plus de raison, on fit jouer à la perte de la sensibilité un grand rôle dans les phénomènes ataxiques, et, comme la perte ou la diminution de la sensibilité est un symptôme constant, on considéra l'incoordination comme le résultat de la perturbation des actions réflecto-motrices. Cette explication, qui a pour elle un grand nombre de faits incontestables, ne peut cependant être admise d'une façon absolue, car, dans bien d'autres affections, la sensibilité tactile, et même musculaire, a complètement disparu sans qu'il y ait de l'incoordination des mouvements. Il y a donc encore autre chose, et le phénomène est plus complexe. C'est cette autre chose que M. Onimus croit être précisément le résultat des contractures, qui existent dans les muscles, dès le début du *tabes*.

A la dernière période de l'ataxie locomotrice, les phénomènes de contracture sont des plus marqués. Mais, au début de l'affection, ces symptômes sont loin d'être aussi prononcés et aussi généralisés; ils existent cependant, et la preuve en est fournie et par la sensation qu'éprouvent les malades et par l'inspection directe des muscles. Chez un ataxique à la première période, aucun symptôme ne concorde, en effet, avec des phénomènes paralytiques; tous les mouvements sont possibles et ont l'étendue et l'énergie ordinaires, et, s'il y a quelques modifications à ce point de vue, elles sont toujours très-faibles et insignifiantes, surtout en comparaison des troubles moteurs qui ont lieu. Avant tout, le malade se plaint de raideurs, de tension musculaire ; il a conscience d'un état de rigidité dans les muscles, et d'une diminution notable de souplesse dans ses mouvements. Parfois il se sent bridé dans ses mouvements ; il peut, il est vrai, vaincre cet obstacle, mais il est obligé de faire un effort et d'y prêter, à chaque mouvement, une attention soutenue. Ce sont ces efforts et cette lutte constante contre sa volonté et la contraction de ses muscles qui rendent sa marche pénible et fatigante. Ce sont bien là les caractères typiques, non d'un affaissement musculaire, mais d'un premier degré de contracture. A la palpation, d'ailleurs, on sent les muscles tendus, durs et même souvent un peu douloureux à la pression.

La marche si caractéristique des ataxiques est une preuve de plus de la contracture des muscles.

A côté de cette raideur dont les malades ont parfaitement conscience, il existe également un phénomène sur lequel on n'a guère appelé l'attention : c'est la lenteur de la transmission de l'influx nerveux moteur, ou mieux le retard qui existe entre le moment où la volonté donne l'ordre de contraction et le moment où la contraction a lieu réellement. On sait que pour la sensibilité ce phénomène est des plus marqués et qu'il se passe souvent une demi-seconde et même plus entre l'excitation des nerfs cutanés et la perception ; ce retard pour les nerfs sensitifs est presque constant chez les ataxiques. Le retard que nous signalons entre la volonté et la contraction est moins considérable en général ; mais nous l'avons constaté cependant, d'une façon très-nette et très-appréciable, et les malades eux-mêmes s'en rendent compte quelquefois.

Ce retard varie selon les conditions : il est moins grand lorsqu'on fait exécuter à l'ataxique des mouvements dont il est averti d'avance, et surtout lorsqu'il répète des mouvements identiques à ceux qu'il vient de produire ; mais ce retard augmente lorsqu'on fait changer brusquement la direction des mouvements, et surtout lorsque le malade est depuis longtemps au repos dans une position fixe.

M. Onimus combat l'opinion de M. Pierret, qui a rapproché avec raison les troubles des muscles de l'œil de ceux des muscles des membres, mais qui admet que ces troubles moteurs sont le résultat de paralysies plus ou moins complètes et plus ou moins passagères.

Quant aux paralysies des muscles des membres chez les ataxiques, elles sont peu fréquentes. On pourra citer quelques cas où un mouvement des doigts et des orteils sera moins étendu, plus pénible; mais ici aussi les mouvements ne sont pas perdus, ils sont seulement bridés, et c'est bien plutôt une contracture qui influe en sens opposé qu'un état paralytique réel.

D'un autre côté, si nous considérons les différentes affections où il y a incoordination des mouvements, nous n'y trouvons jamais de paralysies réelles; la forme de l'incoordination, sa nature, sa cause peuvent être différentes, mais toujours elle est le résultat d'un défaut d'équilibre dans la synergie des muscles; en ce sens, que certains groupes musculaires ou des muscles isolés se contractent d'une façon exagérée.

Ce qui caractérise essentiellement les mouvements incoordonnés de l'ataxique, c'est *la brusquerie du mouvement et surtout l'exagération du mouvement voulu.*

Après avoir discuté les différentes explications données par MM. Jaccoud, Pierret, Duchenne de Boulogne, etc., de ce phénomène, M. Onimus s'exprime ainsi : Pour nous, dit-il, la brusquerie et l'exagération des mouvements sont le résultat de l'état de contracture des muscles des membres affectés. Voilà, en effet, ce qui se passe : le malade, au moment de faire un mouvement, a la sensation d'une légère résistance, grâce à l'état de contracture ; cette influence, et en même temps l'impression reçue à la moelle de cette même résistance, agissent ensemble pour imprimer un mouvement plus fort que celui qui devrait avoir lieu normalement.

L'harmonie des mouvements dépend précisément de la mesure de la contraction avec l'acte voulu, et tous les physiologistes sont d'accord sur ce point. L'énergie, l'étendue des mouvements dépendent des renseignements reçus par la moelle et qui lui sont fournis et par le sens musculaire et par le sens du tact. A l'état normal, et pour exécuter un mouvement dont nous avons l'habitude, le muscle se contracte exactement avec la force nécessaire, mais encore ne peut-il le faire avec précision que s'il n'y a aucune résistance et si toutes les fibres musculaires sont souples, car c'est de cette souplesse même que dépend l'exactitude du renseignement transmis à la moelle. Chez l'ataxique, *le renseignement arrive faux* à la moelle, car la sensation de tension et de résistance fait que les irradiations motrices deviennent plus énergiques, le malade croyant devoir faire un travail plus considérable que celui qui doit être fait réellement. D'un côté lui-même, par l'influence de sa volonté, et d'un autre

côté la moelle par action réflexe, agissent en proportion de l'impression transmise et de la résistance perçue, mais c'est cette impression qui est erronée, et cette résistance qui est trompeuse.

Nous avons dit plus haut que nous avons observé très-souvent un retard assez considérable entre le moment de la volonté d'un mouvement et l'exécution de ce mouvement; c'est précisément ce retard qui, ajouté à la fausse impression de résistance, détermine la brusquerie et l'exagération du mouvement volontaire; l'ataxique, pour me servir d'une comparaison qui exprime bien ma pensée, — enfonce constamment des portes ouvertes. — De là aussi sa fatigue, sa lassitude au bout de fort peu de temps, alors même qu'il a les yeux fixés sur ses jambes.

Tout le monde sera certainement frappé de ces phénomènes chez les ataxiques, et cet état permanent de la fibre musculaire eût été déjà souvent signalé, si on n'attribuait point au mot contracture une idée autre que celle que nous lui donnons ici. On suppose toujours que ce mot ne peut représenter qu'un raccourcissement très-marqué et une rigidité extrême. Mais, de même qu'à côté des phénomènes paralytiques proprement dits on a été obligé d'admettre un état moins prononcé, qui n'est pas encore la paralysie, mais qui n'est plus l'état normal, la *parésie*, de même on pourrait donner un nom un peu différent à cet état de tension musculaire, le nom de *contracturie* par exemple, qui serait à la vraie contracture ce que la parésie est à la paralysie. C'est cette *contracturie* que nous signalons dès le début chez les ataxiques, et qui, aux périodes plus avancées et selon les complications, arrive souvent à être une contracture réelle et aussi marquée que dans d'autres affections.

Métallothérapie.— Historique.— M. ONIMUS présente un ouvrage ancien du docteur Condret, médecin de la Faculté de Paris, ancien interne et élève de Broussais, intitulé : *Recherches médico-physiologiques sur l'électricité animale.*

Les planches et les figures montrent que déjà, en 1837, on employait des procédés qui se rapprochent de ce qu'on a appelé la métallothérapie.

Un petit appareil, appelé électromoteur médical, avait été imaginé par M. Fozembas (de Bordeaux).

Les idées dominantes de l'époque, en physique électrique, se retrouvent dans la construction de l'électromoteur médical, car les auteurs insistent spécialement sur la nécessité d'avoir les parties métalliques terminées en pointes au lieu d'avoir de simples plaques.

Les expériences faites devant Broussais, Récamier, Rally, médecin de l'Hôtel-Dieu, sont des plus nombreuses; mais ici encore nous retrouvons l'influence des idées dominantes de l'époque, car les expérimentateurs se proposent surtout d'agir sur l'inflammation, et, à chaque page, ils insistent sur les théories de Broussais. Si sous ces divers rapports il y a plusieurs réserves à faire, nous devons reconnaître que ces médecins ont montré très-nettement et très-scientifiquement l'influence sur l'organisme des courants électriques produits par ces petits appareils. Nous avons été même très-surpris de retrouver des théories très-exactes et qui se rapprochent des idées que nous avons soutenues depuis longtemps. Ils font, en effet, jouer un rôle important aux courants électriques qui existent dans le corps humain.

Depuis bien des années nous avons également cherché à démontrer que ce sont ces courants, qui ont lieu dans les tissus et qui ont été pris par divers auteurs pour des courants propres aux muscles et aux nerfs, qui sont la véritable cause de tous ces phénomènes.

Nous avons signalé à plusieurs reprises que ces courants naturels, qui ont lieu dans tous les tissus, donnent l'explication logique des théories de l'électromètre et des courants électriques dans les nerfs. Les expériences faites par Condret indiquent même que l'électricité naturelle est négative pour l'enveloppe cutanée; c'est également l'électricité négative que nous avons vue agir le plus rapidement chez les hystériques anesthésiées; mais ce qui n'est signalé nulle part, ce sont les phénomènes si curieux de transfert observés par M. Charcot et MM. Regnaud et Vigouroux.

Condret et les autres médecins ont également remarqué, ce qui s'explique facilement aujourd'hui que nous savons que le courant des humeurs augmente l'énergie des courants électriques naturels, que l'écartement dans l'électromètre est plus considérable lorsque la peau est engorgée et surtout dénudée.

Il y a donc une certaine analogie entre ces expériences et celles incontestablement plus intéressantes et plus importantes faites aujourd'hui; mais en somme, malgré ces différentes applications, soit de métaux, soit de plaques et de pointes aimantées, le principe est le même.

Au point de vue physiologique, ce qui ressort de plus important de tous ces faits, c'est qu'ils trouvent leur explication non-seulement dans des courants électriques faibles qui se font artificiellement par des métaux, mais encore par la production de courants naturels qui se forment dans tous les tissus. Pour mieux accentuer notre pensée sous ce rapport, nous avons même dit que quelques-uns de ces phénomènes pourraient être obtenus avec une plaque métallique telle que du platine, qui ne serait nullement attaquée par les liquides ou la sueur, et qui agirait uniquement comme compensateur.

Mais l'expérience faite par M. Charcot et MM. Regnard et Vignaux, avec un aimant agissant à distance, est la meilleure preuve du rôle important que jouent dans tous ces phénomènes les courants électriques naturels. Mais, au point de vue pratique, la question est moins importante et elle reste limitée aux malades hystériques.

Rétino-choroïdite palustre. — M. PONCET (de Cluny) envoie un travail sur ce sujet (voir plus haut).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

97. Tixier. — Des complications après la ponction suivie de l'injection iodée et de la vaginalite suppurée en particulier.
98. Fournier-Bergeron. — Contribution à l'étude de la névrite ascendante.
99. Peyrot. — Du pronostic dans les accidents gangréneux du diabète sucré.
100. Pachot. — Des différentes espèces d'œdème des membres inférieurs chez les phthisiques, et en particulier de l'œdème consécutif à la pneumonie chronique pérituberculeuse.
101. Weber. — Contribution à l'étude des mélanodermies.
102. Guyet. — De la constriction spasmodique des mâchoires.
103. Bayvel. — Contribution à l'étude des œdèmes chez les diabétiques.
104. Granet. — De l'ankylose dans l'arthrite blennorrhagique.
105. Tautain. — De quelques lésions des artères coronaires comme cause d'altération du myocarde.
106. Fabre. — Des polypes de la conjonctive.
107. Troussaint. — De la thoracentèse dans la pleurésie franche.
108. Berlin. — De la lymphorrhagie consécutive aux adénites et aux lymphangites suppurées.
109. Bravet. — Des effets de la créosote dans le traitement de la phthisie pulmonaire.
110. Mersseman. — De l'étiologie de la scrofulose et de sa distribution géographoque.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Barié et Tapret sont nommés chefs de clinique; MM. Hutinel et Dreyfus-Brissac sont nommés chefs de clinique adjoints.

Le concours pour l'adjuvat vient de se terminer par la nomination de MM. Nélaton et Reynier.

— L'Académie des sciences, appelée à présenter un candidat pour remplir la chaire laissée vacante au Collège de France par la

mort de Claude Bernard, a désigné en première ligne M. Brown-Séquard par 25 voix contre 22 données à M. Dareste. Ce choix est identique à celui précédemment fait par l'assemblée des professeurs du Collège de France.

— L'École du Val-de-Grâce vient de faire une perte sensible dans la personne de M. Bussard, médecin aide-major de première classe, récemment nommé professeur agrégé de clinique médicale. Notre confrère, à qui un brillant avenir semblait assuré, était à peine âgé de vingt-neuf ans.

— La Société de médecine légale de France se réunira en session extraordinaire les 12, 13 et 14 août, à deux heures, au palais des Tuileries (pavillon de Flore), sous la présidence de M. Devergie.

Questions proposées : Des experts et de l'expertise médico-légale. — De la valeur des ecchymoses sous-pleurales en médecine légale. — Les paupières peuvent-elles se fermer spontanément après la mort? et dans quelles conditions? — Renseignements que l'examen de la pupille peut fournir à la médecine légale. — De l'intervention du médecin-expert dans les questions de blessures, plaies et fractures du crâne. — De la désunion des os du crâne au point de vue médico-légal. — Questions médico-légales relatives à l'emploi des anesthésiques. (Conditions requises pour avoir le droit de les employer. Précautions indispensables. Responsabilité en cas de mort ou d'accident grave. Crimes commis pendant le sommeil anesthésique, etc...) — Questions médico-légales se rapportant à la séparation du corps. — Des conditions de la vitalité des spermatozoïdes au point de vue de la fécondation. — Questions médico-légales relatives aux blessures primitivement légères, qui, par suite de circonstances exceptionnelles, peuvent s'aggraver et entraîner la mort. — Applications de la linguistique à la médecine légale. — De la viabilité. — De la survie. — Questions médico-légales pouvant être soulevées à l'occasion des assurances sur la vie. — Les voleuses dans les magasins de nouveautés.

D'autres questions, posées par les adhérents, pourront, après examen du bureau, être soumises aux délibérations de l'Assemblée.

— *Conférence de cérébroscopie et d'ophthalmologie médicale.* — M. le docteur Bouchut fera cette conférence à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, le mardi 7 août, à neuf heures du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Application des sciences à la médecine, par le docteur Édouard Fournié, médecin de l'Institut national des sourds-muets, etc. 1 vol. in-8°, avec 100 fig. dans le texte. — Prix : 10 fr. Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Corps humain, structure et fonctions, formes extérieures, régions anatomiques, situation, rapports et usages des appareils et organes qui concourent au mécanisme de la vie, démontrés à l'aide de planches coloriées, découpées et superposées. Dessins d'après nature, par Édouard Cuyer, lauréat de l'École des beaux-arts. Texte par G.-A. Kuhff, docteur en médecine, préparateur au laboratoire d'anthropologie de l'École des hautes études. Le *Corps humain* paraîtra en 8 livraisons, composées chacune de 3 planches coloriées, découpées et superposées avec le texte correspondant. Il paraît une livraison tous les mois. — Prix de chaque livraison : 7 fr. 50. Chaque planche se vend séparément avec son texte : 3 fr. Le prix de l'ouvrage sera augmenté dès qu'il sera complet. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'Hématocèle péri-utérine, par le docteur A. Poncet, thèse présentée au concours de l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements). 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, 1878, Germer-Baillière et Ce.

Des Vers chez les enfants et des maladies vermineuses, par le docteur Élie Goubert. Ouvrage couronné (médaille d'or) par la Société protectrice de l'enfance. 1 vol. in-18, cartonné diamant, avec 60 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Octave Doin.

Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale progressive, par le docteur Doutrebente, médecin-adjoint à l'asile de Ville-Évrard. In-8° de 40 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, 1878, Berthier (successeur de L. Leclerc).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ce serait prendre un soin bien inutile que de s'attacher à faire l'éloge de la science profonde de M. Bouillaud, en ce qui touche la physiologie de l'appareil circulatoire. Il suffit donc de constater que ce maître illustre a fait devant l'Académie, sur ce sujet, une belle leçon à l'occasion des découvertes attribuées à l'emploi de la méthode graphique.

Un point sur lequel M. Bouillaud appelle surtout l'attention, parce qu'il est encore peu connu de la masse des praticiens, c'est le dicrotisme du pouls normal.

Ce dicrotisme, on le constate par l'examen des tracés graphiques aussi bien que par le toucher. Il y a donc accord complet entre M. Marey et M. Bouillaud sur le fait lui-même, mais non sur l'interprétation qu'il convient de lui donner.

M. Bouillaud y voit la preuve d'une systole active des artères. M. Marey croit que les artères ne se vident de sang que par le seul effet de leur élasticité; mais il ne s'est pas expliqué, dans sa réponse à M. Bouillaud, sur la cause qui, suivant lui, dans cette hypothèse, pourrait produire le double battement des artères.

Il me semble que le second choc pourrait tenir à la transmission, à travers la colonne liquide, du choc produit par la fermeture brusque des valvules aortiques au moment où cesse la systole du cœur.

Je ne sais point encore au juste si telle est l'interprétation actuelle de M. Marey; mais je compte m'en assurer et en avertir bientôt nos lecteurs. Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Hémiplégie. — Tumeur cérébrale : gliome ou syphilis?

Au n° 6 de la salle Sainte-Anne, nous avons pu examiner une malade dont l'histoire est bien intéressante.

Agée de quarante et un ans, exerçant la profession de chapelière, et douée d'une certaine intelligence qui lui permet de nous rendre un compte assez exact de ce qu'elle éprouve, cette femme nous raconte qu'elle a toujours été un peu souffrante, mal réglée, atteinte de migraines surtout augmentées par la menstruation, mais existant aussi dans le cours du mois. Enfin, elle a éprouvé depuis quelques années des douleurs rhumatismales dans les membres. Il y a cinq ou six ans, des douleurs de cette nature l'ont obligée à garder le lit pendant plusieurs semaines. Et, au mois de novembre dernier, elle les ressentait encore.

A cette époque, survinrent de nouveaux accidents : elle fut prise de douleurs très-vives siégeant au sommet de la tête et irradiant vers la nuque. Ces douleurs étaient atroces. En même temps des vomissements incessants l'empêchaient de prendre aucune nourriture, aucune boisson : à jeun même, elle vomissait des glaires et des matières bilieuses « de toutes les couleurs », suivant son expression pittoresque.

Au mois de janvier 1878, un matin, en se regardant dans sa glace, elle s'aperçut qu'elle présentait une distension des traits de la face, qui étaient tirés à droite, tandis que le côté gauche était resté flasque. Un peu auparavant, elle avait eu du vertige, des étourdissements, de la titubation; ces accidents augmentèrent après l'apparition des phénomènes du côté de la face. Elle fut poursuivie dans la rue par des enfants qui la croyaient ivre, en la voyant chanceler et marcher d'un pas mal assuré.

Quinze jours après avoir remarqué la paralysie de la face, qui était surtout prononcée à la partie inférieure de la face, elle s'aperçut, un matin, qu'elle ne pouvait lever le bras gauche.

Voulant se mettre sur son séant, elle tomba; sa jambe gauche était aussi inerte que le membre supérieur. Elle était donc frappée d'une hémiplégie gauche.

Elle éprouva des sensations de fourmillement dans ces membres, et la sensibilité y était un peu obtuse, mais elle y était néanmoins conservée.

Les maux de tête continuèrent; les vomissements persistaient : notre malade se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Peter. Elle y resta un mois, et y suivit un traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur et les vésicatoires et les cautères à la nuque, ainsi que par les bains sulfureux. Ses forces étant un peu revenues et une certaine amélioration s'étant produite, elle quitta la Pitié pour aller passer quinze jours au Vésinet; puis elle rentra chez elle.

L'amélioration obtenue ne dura guère : un mois après, cette femme fut reprise des mêmes douleurs de tête, toujours aussi atroces, et toujours siégeant au sommet de la tête et à la nuque.

Elles étaient si intenses que parfois la malheureuse ne pouvait retenir des cris. Les vomissements redevinrent incessants,

comme précédemment. Elle pouvait à peine marcher; le vertige, la titubation étaient revenus; la malade se décida à entrer à l'hôpital de la Charité, où elle vint dans notre service.

Auparavant, elle avait aussi éprouvé une altération particulière des yeux; elle voyait des flammes. Puis, elle eut des hallucinations qui se renouvelèrent d'ailleurs pendant qu'elle était soumise à notre observation. C'est le 14 juin qu'elle est entrée dans nos salles. A ce moment, elle se plaignait de douleurs de tête très-vives, de vomissements incessants survenant même dans l'intervalle des repas, de vertige, de troubles de la vue et des hallucinations dont nous venons de parler.

Elle était atteinte de paralysie faciale inférieure; l'aile du nez, la commissure des lèvres étaient déviées : elle ne parlait et ne riait, pour ainsi dire, que d'un côté. La partie supérieure de la face était intacte : les rides du front étaient normales; l'occlusion des paupières était régulière. Au début de la paralysie, la malade affirmait cependant avoir observé quelques troubles du côté de l'angle des paupières. Nous étions donc en face d'une hémiplégie musculaire gauche, la sensibilité ayant été respectée.

Le traitement consista presque exclusivement en iodure de potassium, à la dose de deux grammes par jour.

A la nuque est survenu spontanément un exutoire naturel, un furoncle profond qui a fait l'effet du cautère que j'y aurais appliqué. Nous avons obtenu, en vingt jours, une amélioration énorme. Les douleurs sont très-tolérables ; les vomissements ont disparu depuis huit jours; les forces sont revenues.

La malade marche mieux, cependant elle se plaint encore de la faiblesse de ses membres. Nous constatons en effet cette différence au dynamomètre : faisons-en l'expérience immédiatement; vous voyez que cette femme fait monter l'aiguille à 35 du côté droit, et seulement à 20 du côté gauche lequel ne devrait présenter sur le côté droit qu'une différence normale de 5 degrés environ et non de 15; c'est donc encore une perte de 10 pour le côté malade, dont la paralysie n'est pas encore complètement effacée.

Après avoir rapporté l'histoire de cette malade, il nous reste à chercher quelle est la nature et quel est le siège de sa maladie.

Quant à son siège, il est évident que nous sommes en face d'une affection du système nerveux, et du système nerveux central. Éliminons de suite l'apoplexie, l'embolie, la thrombose. Ici, les accidents sont survenus graduellement, l'hémiplégie s'est faite en deux fois, accompagnée des hallucinations de la vue, de la perte de mémoire, etc. On doit les attribuer au développement d'une *tumeur* cérébrale, que les douleurs vives caractérisent encore d'une façon notable. Il y a donc une tumeur, soit à l'intérieur, soit plutôt à l'extérieur du cerveau.

Mais, quand on a dit tumeur cérébrale, on n'a pas tout dit : ajoutons que ce n'est pas une tumeur de mauvaise nature, que ce n'est pas un cancer qui produit des douleurs encore plus intolérables, qui n'a pas une marche si lente, et qui, en tous cas, ne présente jamais d'amélioration, les symptômes s'aggravant continuellement, et aboutissant fatalement à la cachexie.

Il n'y a pas non plus aucune raison ici de songer à des tubercules.

Ce qui est beaucoup plus probable, c'est l'existence d'une tumeur vasculaire, d'un gliome, production de tissus variés avec un développement vasculaire considérable, ou bien, c'est une tumeur syphilitique, soit une exostose, soit une gomme des membranes de la dure-mère. Pouvons-nous affirmer que ce soit une tumeur syphilitique?

Quelle que soit la nature des tumeurs, les symptômes qu'elles produisent sont les mêmes : ce sont des symptômes de *comparaison*. On n'est autorisé cliniquement à conclure à la syphilis qu'autant que l'on en a observé des manifestations antérieures ou concomitantes. Or, ici, nous n'en trouvons pas de trace. Sans doute, l'amélioration par l'iodure de potassium a été considérable; elle pouvait faire croire à la nature syphilitique de la tumeur.

Cependant je n'admettrais ce diagnostic qu'avec un point d'interrogation : l'iodure de potassium réussit dans d'autres maladies, et tout aussi bien que dans la syphilis. Nous n'avons donc pas ici de preuve certaine ni même suffisante pour accepter cette hypothèse.

Mais la présence d'une tumeur ne rend pas tout à fait compte de tous les phénomènes observés; il y a eu des troubles du côté des yeux et du côté de l'intelligence; il faut chercher une autre lésion pour expliquer ces faits. Et, en effet, à côté de la tumeur, il y a eu des phénomènes d'inflammation concomitante; il y a eu méningite du côté de la dure-mère surtout, ce qui nous explique pourquoi l'on a observé des vomissements si tenaces. Après la méningite, l'exsudat produit par elle a augmenté la compression, c'est pourquoi le mal a progressé. L'inflammation s'est produite à cause du tiraillement provoqué par la tumeur sur les membranes d'enveloppe, de la même façon qu'une tumeur abdominale amène une péritonite localisée à son voisinage.

Or, l'iodure de potassium favorise la résorption de l'exsudat quel qu'il soit; il n'a peut-être pas agi sur la tumeur, mais il a certainement une influence favorable sur la résorption des exsudats. Cela nous suffit et nous explique pourquoi l'amélioration s'est produite : les vomissements ont cessé parce que la méningite a cessé.

Pouvons-nous préciser exactement le siège de cette méningite? Est-ce au cerveau, à la protubérance, ou au cervelet? Tout d'abord, on aurait pu se demander si elle n'occupe pas la surface du cervelet : les douleurs très-vives à la nuque, les vomissements incessants, la titubation sont l'apanage des lésions de cette nature. Mais ces phénomènes ne leur sont pas exclusifs, ils appartiennent aussi bien aux lésions des autres départements du système nerveux. C'est la paralysie faciale qui, avec l'hémiplégie gauche, nous met sur la voie et nous désigne assez clairement le siège de la méningite et de la tumeur. Sans vouloir préciser trop exactement, car, en fait de tumeurs cérébrales, dit avec justesse M. Charcot, il ne faut pas trop localiser, je placerais ce siège vers la scissure de Sylvius, au point où l'artère sylvienne se dirige vers le sillon de Rolando, en passant près des trois points bien connus où l'on avait reconnu trois centres de mouvements : le plus inférieur, celui des muscles de la région inférieure de la face; le moyen, celui des membres supérieurs ; et le plus voisin du sillon de Rolando, celui des membres inférieur et supérieur. La lésion aurait donc débuté dans le point le plus inférieur, aurait amené la paralysie faciale, puis, remontant un peu, elle aurait provoqué l'hémiplégie.

La capsule interne ayant été respectée, la sensibilité a été conservée; si elle a été émoussée et obtuse pendant un certain temps, cela s'explique très-bien par la compression de dehors en dedans, exercée par les exsudats et la tumeur sur le parenchyme cérébral. L'obtusion a cessé précisément quand la compression a été diminuée par la résolution de l'exsudat.

C'est ainsi que nous arrivons à expliquer tous les accidents

qu'a présentés cette intéressante malade, sans que nous ayons le droit de préciser davantage si la tumeur est syphilitique ou si elle est un gliome.

Le pronostic serait sans doute moins grave, si nous étions assurés de la nature syphilitique de cette tumeur; mais, dans le doute, réservons-le : il faut craindre, après ce premier avertissement, que des récidives nouvelles ne se manifestent; des poussées nouvelles peuvent augmenter encore la compression, et, à la fin, la mort peut être le résultat de l'extension du mal vers la protubérance.

Quant au traitement, pour toute tumeur cérébrale, de quelque nature qu'elle soit, c'est toujours à l'iodure de potassium qu'il faut avoir recours : si c'est de la syphilis, la guérison sera complète; si c'est une tumeur d'une autre nature, l'amélioration sera moins notable, mais elle sera toujours manifeste, car l'iodure agira, en tous cas, sur les exsudats. On ne doit donc pas craindre de l'employer longtemps, à la dose de deux, quatre grammes, si des doses moindres ne donnent pas des résultats satisfaisants.

Enfin, les *exutoires* sont un excellent moyen, beaucoup trop négligé, et que je conseille formellement pour le traitement des méningites, pour favoriser la résorption des exsudats.

REVUE DE LA PRESSE.

Les irrégularités de la pleurésie aiguë. — A propos de deux malades atteints de pleurésie aiguë avec épanchement, M. Dieulafoy insiste sur les irrégularités de la pleurésie simple aiguë, classique, même sans parler de ses formes rares, interlobaire, médiastine ou diaphragmatique.

1° *L'apparition de l'épanchement se fait à des époques indéterminées.* — Chez l'un de ces malades l'épanchement était considérable et entièrement formé dès le dixième jour, tandis que, chez l'autre, il n'était encore qu'en voie d'évolution au quinzième jour. D'une façon générale, l'épanchement apparaît sans époque déterminée du troisième au vingt-cinquième jour de la pleurésie : tantôt il atteint rapidement de fortes proportions et même plusieurs litres; tantôt il progresse lentement et peut se limiter à quelques centaines de grammes et moins encore.

Quant à la forme sèche, mise en doute par Laennec, Woillez ne l'a observée qu'une fois sur 82 observations, et M. Dieulafoy une fois sur 60 cas. En face d'une pleurésie franchement aiguë, on est donc à peu près certain que l'épanchement se produira, mais à quelle époque et dans quelles proportions se produira-t-il? c'est là une question à laquelle il n'est pas possible de répondre, et sur laquelle les autres symptômes, la fièvre, la douleur ou l'état des urines ne fournissent aucun renseignement.

2° *La défervescence se fait à des époques indéterminées.* — La durée de la période fébrile varie d'un septénaire à plus de quatre semaines. Au trente-septième jour d'une pleurésie où la température était restée encore élevée, deux ponctions montrèrent que la pleurésie était simple, et non purulente. La longueur de la période fébrile n'implique donc pas nécessairement l'idée de purulence de l'épanchement.

3° *L'épanchement se résorbe, avec ou sans crise, à des époques indéterminées.* Tantôt la défervescence se fait sans cause; tantôt les symptômes de crise, sueurs, urines copieuses, épistaxis, poussées de furoncles, coïncident avec la disparition rapide de l'épanchement.

4° *Il n'y a pas de relation constante entre la chute de la fièvre et la diminution de l'épanchement.* On voit des épanchements se résorber malgré la fièvre, et on en voit d'autres augmenter en dépit de la défervescence. (*Gaz. hebdom.*)

Quelle jambe doit-on saisir pour la version dans le cas de présentation des membres supérieurs? — La pratique anglaise habituelle veut que l'accoucheur saisisse le genou supérieur ou celui opposé à l'épaule qui se présente. Malgré les raisons théoriques, M. Galabin pense qu'il est toujours préférable de saisir la jambe inférieure dont la traction développera une force plus considérable, en effectuant la rotation suivant un axe antéro-postérieur, que celle opérée sur la jambe supérieure, en effectuant la rotation à la fois suivant un axe transverse et longitudinal. Il a employé cette méthode dans huit cas consécutifs, sans être obligé, dans aucun d'eux, d'aller chercher ensuite la jambe opposée à l'épaule précédente.

Ses collègues de la *Société obstétricale de Londres*, les docteurs Mathew Duncan et Holman, partagent cette opinion : depuis longtemps, ils sont dans l'habitude de saisir la jambe ou le genou correspondant à l'épaule qui se présente, et ils ont toujours eu des versions heureuses. (*Province méd.*)

Fracture de l'humérus suivie de sphacèle de l'avant-bras. — Le docteur Bourgeois a observé ce cas intéressant, à l'ambulance de Souk-Ahras chez un jeune Arabe, âgé de dix ans environ, que son père lui amena en déclarant que le tebibe (empirique arabe) était dérouté par la maladie de son fils. Celui-ci était simplement tombé de sa hauteur sur le côté gauche, huit jours auparavant; il avait beaucoup souffert, puis le mal actuel s'était déclaré.

Le membre supérieur gauche, enveloppé seulement de quelques guenilles très-sales, était le siège d'un sphacèle. Il ne restait de la main et de l'avant-bras que le squelette complètement dénudé, à l'état sec. Autour du coude quelques lambeaux informes adhèrent en partie à l'os : on ne peut distinguer ni les muscles, ni les nerfs, ni les vaisseaux, perdus au milieu de tissus mortifiés. L'amputation du bras fut faite et suivie de succès.

Restait à expliquer la cause de la gangrène : aucun appareil, aucun pansement n'avait été appliqué, et par conséquent n'avait trop serré le membre. Voici ce qui a paru le plus probable : une chute sur le coude, sans doute, a occasionné une fracture sus-condylienne de l'humérus; il y a eu déplacement des fragments dans les conditions suivantes : le fragment inférieur a été attiré en haut et en arrière, avec l'olécrâne, par le triceps brachial : il s'est arc-bouté contre le fragment supérieur et a exécuté un mouvement de bascule qui a porté en avant son bord antéro-supérieur, tandis que le bord postéro-inférieur du fragment supérieur était porté en arrière. Ce déplacement a provoqué l'extension forcée de l'articulation du coude, ou bien c'est cette extension même qui a pu déterminer le déplacement naturellement ou par suite de manœuvres inhabiles. A cause de cette extension, il y a eu tension exagérée du tendon et de l'expansion aponévrotique du biceps : l'artère humérale s'est trouvée comprimée entre le bord antéro-supérieur du fragment inférieur et les attaches inférieures du biceps, formant un plan résistant. Cet arrêt subit et persistant de la circulation dans l'avant-bras a été la seule cause du sphacèle. On sait, d'ailleurs, que le mouvement d'extension forcée de l'articulation du coude aplatit l'artère humérale et y interrompt le cours du sang.

L'autopsie du membre n'avait d'ailleurs montré aucune déchirure de l'artère humérale. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Pourquoi, dans les plaies pénétrantes de poitrine, la cavité pleurale n'est-elle qu'exceptionnellement envahie par l'air et par le sang? — A propos d'un jeune garçon de 19 ans, artiste dramatique en perspective, qui, à la suite de chagrins d'amour, s'était tiré un coup de revolver dans la région du cœur, M. Broca étudie les conditions qui accompagnent les lésions traumatiques. La balle, mesurant le faible calibre de 0.006, entra dans le 3e ou 4e espace intercostal, et se logea au niveau de la pointe de l'omoplate, à la hauteur de la 6e ou 7e côte, d'où M. Broca put l'extraire facilement après avoir incisé la peau et une couche de tissu musculaire d'une faible épaisseur.

L'hémorrhagie fut très-peu abondante, parce que, d'une part, le projectile était de petit calibre, et, d'autre part, que la région pulmonaire sus-claviculaire est celle qui est pourvue de vaisseaux du plus petit calibre.

L'emphysème sous-cutané existe dans les mailles du tissu cellulaire autour de la plaie, parce que la fibrine du sang coagulé a fermé l'ouverture de la plaie; l'air ne peut se répandre au dehors.

La condition la plus remarquable est l'état de la plèvre qui ne renferme ni sang, ni air, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la percussion et par l'auscultation. Cependant la balle a traversé les quatre feuillets pleuraux sans les mettre en rapport avec les ramifications aériennes du poumon ; il n'est pas admissible qu'en tous ces points existaient des adhérences pleurétiques qu'aurait parcourues la balle sans ouvrir la cavité séreuse proprement dite. Il faut en chercher une autre explication : M. Broca la trouve dans les conditions physiologiques du poumon. Les poumons, étant à l'étroit dans la poitrine, cherchent toujours à occuper le plus de place possible ; dès qu'une ouverture est faite à la cage thoracique, le parenchyme pulmonaire apparaît aussitôt dans la plaie, faisant hernie et s'y enclavant assez exactement pour intercepter toute communication entre la plèvre et les ramifications bronchiques.

L'épanchement d'air et de sang se produira, au contraire, dans les cas où le poumon se trouve être non pas en inspiration, mais en expiration, au moment de la blessure. Mais le plus souvent l'action vulnérante a lieu au moment d'un effort, au moment où le blessé fait instinctivement un effort pour résister à la cause vulnérante : sous l'influence de cette expansion générale des poumons, l'enclavement se fait immédiatement aux deux ouvertures de la plèvre et empêche tout épanchement.

Quand ce jeune garçon a pris le parti d'attenter à sa vie, dans ce moment plein d'angoisse, il a dû, lui aussi, être porté à ce mouvement instinctif de profonde inspiration préparant l'effort, et c'est à cette circonstance qu'il doit d'échapper à tous les accidents et de se rétablir très-rapidement. (*Revue de thér. méd.-chir.*)

La tuberculose dans ses rapports avec la scrofule, par le docteur Thaon. — Après mille péripéties, la théorie dualiste du tubercule paraît définitivement abandonnée. La théorie uniciste de Laennec a été sauvée par la résistance des cliniciens français; elle a été rajeunie par les travaux de nos histologistes, Ranvier, Cornil, Grancher, Thaon, Malassez ; elle est redevenue classique, grâce aux leçons de M. Charcot. En partant de cette base solide, on peut désormais aborder certains problèmes, dont on avait sagement réservé la solution jusqu'à ce jour. Continuant cette évolution, le docteur Thaon cherche à fixer les rapports de la tuberculose avec la scrofule, dont l'identité a été soutenue par Lugol, Graves, Lebert.

Or, si l'on étudie histologiquement le type des affections strumeuses, l'affection nécessaire pour beaucoup de médecins, sans laquelle il ne saurait y avoir de maladie scrofuleuse (Bazin), l'écrouelle ganglionnaire, on trouve précisément qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, elle doit être considérée comme appartenant à la tuberculose. Et ce n'est pas seulement pour les ganglions reconnus tuberculeux, où la granulation se développe comme sur les travées de l'épiploon par multiplication des cellules endothéliales, c'est encore dans les ganglions considérés plus volontiers comme ganglions scrofuleux ; c'est encore dans les ganglions que l'on rencontre chez des sujets encore assez jeunes, n'ayant présenté jusque-là aucun signe de tubercules ni de scrofules et dont l'étude, faite après l'extirpation chirugicale, a permis de faire le diagnostic différentiel avec les autres dégénérescences des ganglions, notamment du sarcome et des symptômes ganglionnaires.

Dans ces diverses variétés de lésions ganglionnaires, il y a une diversité de lésion, probablement favorisée par la lenteur du processus, lenteur qui amène la prédominance du tissu fibreux dans ces ganglions dégénérés; mais la signature anatomique, la granulation tuberculeuse, est toujours là.

On peut donc absorber dans la tuberculose une foule de lésions prétendues strumeuses, et l'on peut dire aujourd'hui que la théorie unitaire de la scrofule et de la tuberculose n'a rien d'invraisemblable, et que l'on trouve dans l'anatomie pathologique plus d'un argument en sa faveur. Sans entrer dans la discussion des nombreuses objections que peut soulever cette nouvelle théorie, ni dans l'exposé des procédés micrographiques employés, nous avons cru interessant d'indiquer au moins dans quelle voie paraît se diriger actuellement l'anatomie pathologique de la tuberculose. (*Progrès méd.*)

De l'hérédité de la phthisie. — M. Grellety a eu à soigner, au mois de juin 1878, une dame de B..., venue à Vichy pour y combattre la lithiase biliaire dont elle est atteinte depuis quelques années. Cette dame, âgée de quarante-trois ans, était suivie d'un enfant de huit ans, actuellement sa seule famille.

On observait des accès de colère, de mauvaise humeur et d'agitation chez ce petit garçon. Il devenait intraitable, sa face se colorait, et tout, dans ses actes et dans ses paroles, témoignait une surexcitation excessive. Apprenant par la mère que c'était à la suite d'emportements analogues et de corrections sévères qu'elle avait vu se développer chez ses autres enfants les accidents aigus qui les avaient emportés, M. Grellety devint plus pressant : il sut alors que Mme de B... avait perdu ses cinq premiers enfants de méningite granuleuse vers l'âge de trois ou quatre ans, et que leur père était mort lui-même, il y a deux ans à peine, d'*accidents cérébraux* survenus dans le cours d'une tuberculisation générale.

L'authenticité du diagnostic ne saurait être mise en doute, attendu que, comme Mme de B... voyage beaucoup, ses enfants sont tous morts sur des points différents de la France, et les divers médecins qui ont été appelés à les soigner ont été unanimes à émettre la même opinion. Nous nous trouvons donc ici en présence d'une influence héréditaire se manifestant chez les descendants avant d'avoir évolué chez l'auteur de cette transmission morbide.

Nous rappellerons, avec Grellety, ce cas d'hérédité turberculeuse qui a des rapports avec le précédent, et que rapportait feu le professeur Béhier.

Un de ses compagnons de jeunesse et de plaisirs, qui jouissait d'une santé exubérante et la prodiguait à tout propos et hors de propos, fut pris un jour d'une hémoptysie foudroyante à la suite d'une prouesse où il avait fait étalage de sa force. Trois mois après, il mourait d'une phthisie pulmonaire, dont rien dans le passé n'avait pu faire soupçonner le développement. Peu de temps après, les deux sœurs de ce jeune homme, qui étaient extérieurement aussi bien douées que lui, et chez lesquelles on ne pouvait incriminer aucun excès, eurent le même sort. Les parents, qui étaient des types de beauté plastique, ne furent emportés par la même maladie que quelques mois après.

M. Grellety compléta plus tard l'observation de Mme de B..., qui, revenue plus tard à Vichy, y a été prise d'hémoptysies répétées et succomba, six semaines après, d'une tuberculisation à marche subaiguë assez rapide, qui remontait seulement à quelques mois. (*Mouvement méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1877 dans les départements de l'Allier, des Bouches-du-Rhône, de Lot-et-Garonne, de la Somme, de Saône-et-Loire, de la Meuse, de la Drôme, de la Marne et de Belfort (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un rapport sur les épidémies de variole et de rougeole qui ont régné, la première dans la commune de Chavignon, pendant les mois d'avril, mai et juin, la seconde dans la ville de Soissons, en février, mars, avril et mai, par M. le docteur Fournier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Soissons (commission des épidémies) ;

2° Une note sur l'*empoisonnement par l'arsenic*, par M. Husson, pharmacien à Toul ;

3° Un mémoire intitulé : *Bagnères de Bigorre, son importance extraordinaire pour la curation de la phthisie et des maladies chroniques graves ou invétérées*, par M. le docteur Gambier.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

La commission, par l'organe de M. Lancereau, classe les candidats dans l'ordre suivant:

En première ligne: M. Parrot;

En deuxième ligne: M. Cornil;

En troisième ligne, *ex æquo*: MM. Blayeux et Auguste Voisin.

Le nombre des votants étant de 72, majorité 37,

M. Parrot obtient	51	suffrages.
M. Voisin	15	—
M. Cornil	6	—

En conséquence, M. Parrot, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

DISCUSSION SUR LA MÉTHODE GRAPHIQUE

M. BOUILLAUD pense qu'il est bon, pour bien juger des services rendus par la méthode graphique en ce qui touche les mouvements du cœur et des artères, de rappeler d'abord où en était la science sur ce sujet quand on a commencé à appliquer cette méthode et comment elle s'était constituée peu à peu par des notions successivement acquises. Il rappelle les travaux et les observations de ceux qui, à partir de Galien, avaient précédé dans cette voie Guillaume Harvey; puis ceux d'Harvey lui-même, ses grandes découvertes, ses contradictions, ses erreurs. Après lui tout n'était pas fait; mais on savait que le sang circulait et dans quel sens; on se rendait compte du jeu des valvules et de la succession des mouvements. A partir d'Harvey, il y eut encore des interprétations inexactes, des théories fausses. M. Bouillaud montre par exemple combien grossière était l'erreur de Beau, attribuant un rôle capital à la contraction des oreillettes, organes si peu puissamment musclés. Il rapporte de nouveau les expériences faites dans ces dernières années et prouvant que le choc du cœur, le battement du cœur, correspond à la systole de cet organe.

Les appareils enregistreurs ont établi le même fait; mais il était connu.

Voici comment M. Bouillaud décrit la succession des mouvements du cœur: le premier temps est constitué par la systole du ventricule correspondant à la diastole (qui est active) des oreillettes; le deuxième temps, par un très-court repos; le troisième temps, par la diastole active des ventricules correspondant à la systole des oreillettes; le quatrième temps, par un long repos.

Ainsi la diastole serait active comme la systole, dans les ventricules et dans les oreillettes. Ces cavités se dilateraient pour recevoir et pour ainsi dire pomper le sang. Mais les oreillettes, beaucoup plus faibles, joueraient un rôle beaucoup plus effacé, du moins dans les animaux supérieurs qui ont un cœur biventriculaire. Chez ceux-ci, après le long repos suivrait de suite la systole du ventricule. Chez les animaux inférieurs, au contraire, particulièrement chez les grenouilles, dont le cœur est mono-ventriculaire, la révolution cardiaque commence par la systole des oreillettes, correspondant à la diastole des ventricules.

Le fait est certain, bien qu'il ne soit pas admis par tout le monde. M. Bouillaud l'a constaté nombre de fois et durant des heures. Ainsi la théorie de Beau pouvait être vraie pour les grenouilles, mais elle était fausse pour l'homme et pour tous les grands animaux.

Après avoir ainsi fait l'histoire des mouvements du cœur, M. Bouillaud passe aux mouvements d'artères. Il rappelle qu'il a découvert il y a quelques années que le pouls normal était dicrote. Le dicrotisme, qui existe chez tout le monde, que les appareils enregistreurs de M. Marey permettent de reconnaître par un certain crochet de la ligne descendante, M. Bouillaud l'explique par un double mouvement des artères, double mouvement comparable à celui des cavités du cœur.

L'artère se dilate activement, elle a sa diastole, au moment même de la systole du ventricule, et c'est alors que le doigt qui la palpe perçoit le premier battement; puis il se fait un petit repos, puis on sent un second battement, qui, celui-là, répond à la systole de l'artère, puis survient un second repos. Dans les tracés sphygmographiques, le premier temps, la diastole de l'artère, est normalement représentée par une ligne ascensionnelle droite et brusque, à laquelle succède un petit plateau; ce petit plateau et le commencement de la ligne descendante oblique correspondent au premier repos; puis un crochet bien net répond au troisième temps, à la systole de l'artère; enfin la ligne oblique descendante, qui reprend ensuite, correspond dans sa dernière partie au quatrième temps ou second repos.

Tel est le tracé du pouls normal. M. Bouillaud en donne comme exemple celui de son propre pouls.

Le dicrotisme n'avait été remarqué que dans certaines maladies, telles que celle qu'on a nommée la *maladie de Corrigan*, dans laquelle, toujours, il existe une hypertrophie portant à la fois sur le cœur et sur les artères. Mais, depuis que M. Bouillaud a l'attention portée sur ce point, avec sa très-grande finesse de tact, il n'a jamais manqué de reconnaître le dicrotisme du pouls normal, et il est heureux de constater que les tracés graphiques ont enregistré le dicrotisme.

M. MAREY remercie M. Bouillaud des éloges qu'il a faits des appareils graphiques, et il reconnaît comme lui que leur emploi a démontré, sur presque tous les points, l'exactitude des observations de Guillaume Harvey, de M. Bouillaud, etc. Cependant M. Marey fait ses réserves au sujet de quelques interprétations des faits observés. Par exemple, il ne croit pas que la diastole du ventricule soit un mouvement actif. La preuve qu'il n'en est point ainsi, c'est que le ventricule cesse de se dilater du moment où la pression intrapéricardique égale la pression intraveineuse. Si la diastole était active, le ventricule appellerait le sang, en pareil cas, par sa propre force dilatatrice. M. Marey ne croit pas non plus que les artères aient des mouvements actifs soit de dilatation, soit de contraction. Suivant lui, c'est uniquement par suite de leur élasticité qu'elles se laissent dilater par l'ondée sanguine, laquelle y est lancée par la contraction des ventricules, et c'est également par suite de cette même élasticité, sans contraction intervenante, sans systole proprement dite, qu'elles se vident en poussant le sang dans les capillaires et de là dans les veines.

En terminant, M. Marey montre par des tracés sur le tableau les différences qui séparent le dicrotisme de la maladie de Corrigan et le dicrotisme normal. Dans la maladie de Corrigan le dicrotisme est accusé par une interruption de la ligne ascensionnelle, tandis que dans le pouls normal la ligne ascensionnelle est droite, ininterrompue, et l'encoche porte sur la ligne descendante.

A cinq heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juillet 1878. — Présidence de M. LABRIC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Diagnostic anatomique de la tuberculose aiguë et de la fièvre typhoïde. — M. LAVERAN fait une communication sur ce sujet. On rencontre quelquefois des difficultés dans certains cas où l'on trouve à la fois des granulations tuberculeuses peu nombreuses dans divers organes et des ulcérations au niveau des plaques de Peyer. S'agit-il, dans ces cas, de tuberculose ou de fièvre typhoïde ? On a dit qu'il y avait antagonisme entre ces deux affections; M. Laveran a pu recueillir plusieurs observations prouvant le contraire. Il a refait l'étude de la tuberculose intestinale; il admet quatre variétés de lésions anatomiques: 1° des granulations tuberculeuses disséminées; 2° des ulcérations transversales, annulaires; 3° des ulcérations dans les plaques de Peyer; 4° une colite tuberculeuse diffuse. Dans quelques cas, les ulcérations annulaires font défaut et on en trouve sur les plaques de Peyer. On a alors sous les yeux des ulcérations allongées, suivant le grand axe, à l'opposite du mésentère, et surtout abondantes au niveau de la valvule iléo-cœcale.

Les caractères différentiels qui distinguent les ulcérations typhoïdes sont les suivants: Elles ont bien leur siège dans la plaque, mais n'occupent pas toute la plaque; c'est une série de petites ulcérations isolées, séparées les unes des autres par une

matière jaunâtre ou blanchâtre; autour se trouvent des granulations tuberculeuses et parfois un peu de lymphangite tuberculeuse.

Enfin, le microscope montre les caractères histologiques de quelques granulations caractéristiques, mais il faut quelquefois faire un grand nombre de coupes avant de les trouver.

En résumé, il existe une forme particulière de tuberculose intestinale, dans laquelle on trouve des ulcérations analogues aux ulcérations typhoïdes. Existe-t-il un rapport entre ces ulcérations et la forme typhoïde de la tuberculose aiguë? S'il est vrai qu'elles ont été trouvées dans cette forme typhoïde de la tuberculose aiguë, le plus souvent aussi elles ont manqué, et on les a rencontrées, en revanche, dans des formes chroniques de la tuberculose. Il n'y a donc pas, suivant M. Laveran, de rapports entre l'existence de ces ulcérations et la forme typhoïde de la tuberculose aiguë.

Kyste du foie traité avec succès par la méthode de Jobert. — M. GALLARD présente une malade qui était atteinte d'un kyste du foie et qui a été guérie par l'emploi de cette méthode. Tous les avantages des divers procédés, suivant M. Gallard, se trouvent réunis dans la méthode instituée par Jobert. Elle est applicable aux abcès et aux kystes séreux. A l'aide de cette méthode on provoque rapidement des adhérences. On peut se servir d'un trocart d'un certain diamètre qui permet l'issue de tout liquide, quelle que soit sa consistance; il est facile d'adapter à ce trocart un appareil aspirateur, celui de Potain ou de Dieulafoy; on peut faire dans la cavité du kyste des injections et des lavages à l'aide d'une canule.

La malade présentée par M. Gallard avait été opérée plusieurs fois; il a fallu, pour la guérir, le procédé de Jobert. C'est une fille de dix-neuf ans. Elle en avait quinze quand MM. Millard et Parrot constatèrent l'existence d'une tumeur dans la région du foie. Trois ponctions furent faites, qui donnèrent issue à un liquide onctueux, jaunâtre, café au lait, et présentant de la cholestérine. Ce liquide se reproduisit.

Il y a deux ans, en septembre 1876, elle entra dans le service de M. Gallard. Trois mois après, la tumeur ayant notablement augmenté de volume, on pratique une troisième ponction qui donne un liquide semblable à celui des autres ponctions. M. Gallard pensa que c'était la vésicule biliaire distendue. Il avait affaire, en effet, à une tumeur détachée, ovoïde, bien limitée au siège de la vésicule biliaire. Il n'y avait aucun signe de calculs biliaires. Le trocart fut retiré. Le liquide se reproduisit. Une deuxième ponction fut pratiquée; la canule fut laissée à demeure pendant quelque temps et l'on fit des injections d'eau alcoolisée et phéniquée. La canule enlevée, il y eut encore une nouvelle reproduction. Une troisième ponction donna le même liquide mélangé de pus; cette fois la canule fut laissée à demeure et des injections furent pratiquées pendant très-longtemps. Depuis deux ans la guérison ne s'est pas démentie.

M. POTAIN a employé le même procédé un peu modifié. Dans un cas de kyste ancien, suppuré, contenant de très-nombreuses poches hydatiques, il fit une double ponction, l'une avec un gros trocart à thoracentèse, muni d'un tube en caoutchouc volumineux, le mettant en communication avec l'appareil aspirateur; l'autre avec un trocart plus petit mis, par un tube également petit, en communication avec un vase placé au-dessus du malade. En deux séances la cavité fut complètement vidée. Ces deux ponctions lui paraissent préférables au drainage qui est d'une application quelquefois difficile, toujours douloureuse, et qui ne permet pas toujours des lavages suffisants.

M. DUMONTPALLIER a employé, avec Dolbeau, dans un cas, le même procédé que M. Gallard. Il s'agissait du fils d'un médecin que l'on croyait atteint d'une fièvre typhoïde et qui portait un kyste du foie en pleine suppuration, ce qui était la cause de la septicémie. Une première ponction exploratrice ne donna aucun résultat. M. Dumontpallier fit venir Dolbeau qui plongea un trocart à hydrocèle dans le point fluctuant, lequel se trouvait être dans un espace intercostal. Il sortit un flot de liquide extrêmement fétide. La canule du trocart fut laissée à demeure pendant quinze jours; on y substitua ensuite une sonde en gomme permettant de continuer les injections. Le malade fut complètement guéri après dix-huit mois. M. Dumontpallier a employé le même procédé dans un cas de kyste de l'ovaire.

M. Dumontpallier regarde comme très-dangereuse la méthode autrefois conseillée par M. Boinet et qui consiste à substituer immédiatement une sonde à la canule du trocart et à pratiquer une injection iodée. Il a vu un malade succomber à une péritonite suraiguë à la suite de cette opération. Il faut donc attendre, pour faire des injections dans la cavité du kyste, que de solides adhérences se soient établies.

M. FÉRÉOL a vu le procédé de Jobert employé avec succès par Demarquay sur une de ses malades. C'est un bon procédé qui mérite d'être remis en honneur.

M. POTAIN dit que, dans tous les cas, il est bon de faire tout d'abord une ponction aspiratrice avec un trocart capillaire.

M. GALLARD ne partage pas cette opinion et n'admet pas que les ponctions capillaires soient applicables aux affections hépatiques. Avant les appareils aspirateurs de MM. Potain et Dieulafoy, ces ponctions étaient très-dangereuses, et on les a vues plusieurs fois être suivies de mort par péritonite causée par la chute d'une goutte de liquide dans le péritoine. Ces ponctions sont devenues beaucoup moins dangereuses depuis l'application de la méthode de l'aspiration; mais, comme il n'y a pas plus d'inconvénient à se servir d'un gros trocart que d'un petit et qu'il y a d'autres avantages, M. Gallard préfère se servir d'emblée d'un gros trocart, mais comme trocart explorateur.

M. MOUTARD-MARTIN combat énergiquement l'opinion exprimée par M. Gallard. On possède aujourd'hui un trop grand nombre de guérisons d'emblée de kystes hépatiques par une ponction capillaire avec aspiration, pour qu'on soit autorisé à dire qu'il faut d'emblée se servir d'une grosse canule dont le moindre inconvénient est de faire suppurer le kyste. Que deviennent les membranes hydatiques dans les cas de guérison, après une seule ponction aspiratrice? Qu'importe, si le malade guérit? La méthode de Jobert, mieux encore celle de Récamier, doivent être réservées aux kystes suppurés, car il est évident que ces kystes doivent être ouverts. Mais, pour les autres cas, M. Moutard Martin est en complète opposition avec M. Gallard et affirme qu'il est préférable de recourir aux ponctions aspiratrices.

M. LABBÉ avait également l'intention de défendre les ponctions aspiratrices. Il repousse l'emploi d'emblée d'un gros trocart, n'ayant jamais vu, dans ces cas, s'établir d'adhérences assez solides. Mais il croit, d'autre part, que, quand il s'agit d'une poche considérable, les ponctions aspiratrices ne suffisent plus et qu'on est autorisé, la seconde fois, à recourir à un gros trocart.

M. POTAIN, dans le cas dont il a parlé, avait fait une première ponction aspiratrice qui lui avait donné du pus et même un débris de membrane hydatide, ce qui avait permis de fixer le diagnostic.

M. HÉRARD réclame en faveur du procédé de Récamier comme propre à établir de très-solides adhérences. Plusieurs fois ce procédé lui a donné de très-bons résultats, et il a pu faire sortir des membranes qui, certainement, ne seraient jamais passées par la canule de M. Gallard. Toutefois il est partisan, avant de recourir à ce procédé, de commencer par une simple ponction aspiratrice.

M. MOUTARD-MARTIN, tout en admettant l'emploi de la canule à demeure dans les kystes suppurés, fait observer qu'on arrive à guérir ces kystes par des ponctions successives. Suivant lui, les ponctions capillaires ne sont pas seulement applicables, comme l'a dit M. Labbé, aux kystes de petit volume. Il en a vu guérir, après une seule ponction, qui ne contenaient pas moins de trois litres de liquide. Il rapporte en quelques mots l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans qui avait été envoyée à Vichy pour une congestion hépatique. M. Villemin, qui avait des doutes sur l'existence de cette affection, appelle M. Moutard-Martin qui diagnostiqua un kyste hydatique. On fit une ponction aspiratrice qui donna issue à un litre et demi de liquide. Ceci se passait le lundi, et le mercredi cette jeune fille allait au théâtre. La guérison ne s'est pas démentie depuis un an. Une seule ponction aspiratrice peut donc suffire pour ame-

ner la guérison d'un kyste hydatique du foie, même d'un assez gros volume.

Anévrysme de l'aorte. — M. FÉRÉOL présente les pièces d'un malade qui a succombé, dans son service, à un anévrysme de l'aorte et qui lui avait été adressé par un médecin de la ville comme étant atteint d'un polype du larynx. M. Féréol examina ce malade au laryngoscope, et reconnut une paralysie de la corde vocale gauche. Ayant poussé plus loin son examen, il ne tarda pas à reconnaître que ce malade était atteint d'un anévrysme de l'aorte. L'autopsie a confirmé ce diagnostic.

La séance est levée à cinq heures et demie.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1878.

111. Ananieff. — Contribution à l'étude de l'hémianesthésie saturnine.
112. Schmidt. — Étude sur les conditions de présence ou d'absence de la déformation caractéristique dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, précédée d'un historique complet de cette fracture.
113. Pauzat. — Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes, et en particulier de la dilatation forcée.
114. Cyon. — Recherches expérimentales sur les fonctions des canaux semi-circulaires, et sur leur rôle dans la formation de la notion de l'espace.
115. Gonnet. — Essai clinique sur l'adénopathie syphilitique tertiaire.
116. Villedary. — Essai sur la question du lavage des soldats dans les casernes.
117. Beau. — Essai historique sur la crémation.
118. Jacquier. — De l'emploi de l'oxyde de zinc dans la diarrhée.
119. Bourbon. — Contribution à l'étude du cancer primitif du médiastin.
120. Tapret. — Étude clinique sur la péritonite clinique d'emblée.
121. Canard. — Essai sur l'alcalinite du sang dans l'état de santé et dans quelques maladies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 27 juillet 1878, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Duguet, Dally, Krishaber, Domerc et Massot (de Perpignan).

— Par décret en date du 30 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Pancrazj, médecin-major de 1re classe; M. Delezenne, pharmacien principal de 1re classe; M. Decroix, vétérinaire principal de 2e classe.

Au grade de chevalier : MM. Gavoy, Chassagne et Taquoy, médecins-majors de 2e classe; M. Coton, pharmacien-major de 2e classe; MM. Camoin et Olive, vétérinaires en 1er.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Théophile Mauduit, ancien chirurgien de la marine, chevalier de la Légion d'honneur. Cet honorable confrère, qui laisse une veuve et cinq enfants, a succombé à un anévrysme de l'aorte.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les invaginations intestinales chroniques, par le docteur F.-G. RAFINESQUE, ancien interne des hôpitaux. In-8° de 282 pages, avec tableaux statistiques et une planche lithographiée. — Prix : 5 francs. — Paris, 1878, J.-B. Baillière et fils.

Contribution à l'étude des fractures du membre inférieur. Statistique des fractures du membre inférieur, observées à l'hôpital de Canton de 1845 à 1877, par le docteur LABOUBÉE. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le poil humain, ses variétés d'aspect, leur signification en médecine judiciaire, par le docteur H. JOANNET. In-8° de 117 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Des procédés de dosage de l'acide urique, procédé gazométrique, par le docteur G. Esbach, chef de laboratoire à l'hôpital Necker. In-8°, avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 90. — SAMEDI 3 AOUT 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 3 AOUT 1878. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Atrophie musculaire consécutive à un rhumatisme articulaire chronique.

Dans notre dernière Revue clinique, nous constations que la tendance actuelle est aussi éloignée que possible de la théorie de Virchow sur l'autonomie des cellules.

Ce que l'on se complaît à étudier, c'est, au contraire, ce qui démontre l'unité humaine.

C'est ainsi que l'on voit des thèses, fort intéressantes du reste, se succéder à courts intervalles à propos de faits qui, bien que loin d'être rares, n'attiraient jusqu'ici l'attention de personne. Les observateurs les plus soigneux leur donnaient tout au plus une mention en passant.

Parmi ces faits figurent les atrophies des muscles, consécutives à des lésions ou à des affections articulaires, atrophies dont M. Dieulafoy, qui supplée actuellement M. le professeur Vulpian, dans son service à la Charité, nous a montré un bel exemple, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 9.

Le malade, qui occupe ce lit depuis le 25 juillet dernier, est un mécanicien, âgé de quarante-et-un ans, qui, depuis quelques années déjà, avait quitté le bureau où il était occupé antérieurement, pour travailler journellement et rudement dans un atelier de constructeur de phares. Il prétend que depuis cette époque il ne buvait plus; mais il avoue qu'il avait fait quelques excès alcooliques alors qu'il était employé. Relativement à sa famille, il raconte que sa mère, pendant les vingt dernières années de sa vie environ, avait eu presque toutes les articulations déformées par un rhumatisme chronique. Sa sœur, plus âgée que lui de dix ans, avait été atteinte de la même maladie vers l'âge de trente ans.

Lui-même, bien portant jusque-là, il avait remarqué, l'année dernière, un gonflement assez notable, d'abord des articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite, puis des mêmes articulations de la main gauche. Ce gonflement ne s'accompagnait ni de rougeur, ni de chaleur, ni de douleur. Il serait donc plus exact de dire qu'il était chronique d'emblée que de l'appeler subaigu. Il croit se rappeler qu'avant cette époque, il y a deux ans à peu près, il avait remarqué un gonflement du même genre vers la seconde articulation du petit doigt de la main droite. Il ne s'en était pas autrement préoccupé, n'en souffrant pas. Ce gonflement s'était dissipé peu à peu, mais en même temps le doigt se fléchissait. Il est actuellement fléchi à angle droit, ce qui paraît remonter à quelques mois déjà.

En même temps, cet homme commençait à ressentir des craquements dans les genoux quand il les faisait mouvoir. Il croit qu'il s'en est aperçu à peu près vers la même époque que du gonflement des articulations métacarpo-phalangiennes, c'est-à-dire il y a un an.

Il avait eu toujours, du reste, suivant son expression, *les genoux faibles*; il marchait sans difficulté; il se tenait debout aussi longtemps qu'un autre, mais il y ressentait une impression de froid, d'atonie, et c'est pour cela que, tout en s'en servant sans peine, il les trouvait faibles; mais jamais ils n'avaient *craqué* durant la marche avant ce moment. Il éprouva bientôt la même sensation dans les deux articulations tibio-tarsiennes.

Malgré ces nouveaux phénomènes, qui le préoccupaient d'autant plus qu'il avait vu commencer ainsi la maladie de sa sœur, actuellement impotente, il ne cessait pas de travailler, lorsque, il y a trois mois, il se produisit à la main droite un gonflement des os du carpe, par suite duquel il se vit un beau jour incapable de soulever l'outil assez lourd dont il avait à se servir. Il dut donc quitter son travail.

Peu de temps après, il s'aperçut que les muscles de son bras gauche diminuaient beaucoup, tandis que le coude du même côté augmentait très-sensiblement de volume et devenait douloureux.

Un peu plus tard, il y a tout au plus trois semaines, il éprouva aussi des douleurs vers les épaules, surtout vers la gauche. Il y ressent les mêmes craquements que dans les genoux et les cous-de-pied.

Voilà ce qu'il avait remarqué quand il entra à l'hôpital.

En le faisant mettre à nu et en examinant l'état de ses muscles à gauche, on constate : au bras, une atrophie presque complète du triceps brachial, dont on retrouve, à la palpation, à peine quelques vestiges, sous une peau flasque et comme flottante; à l'avant-bras, une atrophie commençante des extenseurs; autour de l'épaule, une atrophie assez marquée du deltoïde portant surtout sur le faisceau moyen, une atrophie presque complète des sus-épineux et des pectoraux. A droite, l'atrophie des pectoraux est presque aussi marquée, mais le sus-épineux et le deltoïde paraissent presque intacts, et, quant au triceps brachial, on ne peut savoir s'il a diminué de volume, faute de points de comparaison, mais il est certain qu'il

existe et possède une certaine vigueur. L'articulation du coude droit est un peu gonflée, mais moins que le gauche. Aux membres inférieurs on ne reconnaît rien de bien net, sauf que le triceps fémoral du côté gauche est peut-être moins gros que le droit.

Tel est l'état actuel du malade au point de vue du volume de ses muscles.

Au point de vue de leur fonctionnement, il se trouve très-affaibli. Lors de son entrée à l'hôpital, il pouvait à peine se servir de sa main gauche, aussi bien quand il s'agissait de la fermer que de l'ouvrir. Le matin, il éprouve une grande difficulté à lever les bras; il sent alors dans les épaules une raideur et une gêne qui ressemblent presque à de la douleur. Cette raideur et cette gêne diminuent dans la journée quand il s'est remué depuis quelque temps et quand ses articulations se sont *échauffées*, comme il le dit.

La pression sur les muscles qui se sont atrophiés et qui s'atrophient n'est pas douloureuse. Mais de temps en temps il survient des douleurs spontanées dans le corps de ses muscles, particulièrement dans ceux du bras droit qui ont encore conservé un certain volume.

Quand on frappe du bout du doigt sur les pectoraux, on y provoque des contractions fibrillaires qui se prolongent durant quelques secondes, mais dont le malade n'a pas conscience.

Ce dont il se plaint surtout en ce moment, c'est des épaules. Le coude gauche l'inquiète aussi beaucoup par le volume qu'il a pris et que l'atrophie des muscles voisins rend encore bien plus apparent.

On a suivi pour ce malade le traitement préconisé par M. le professeur Le Fort, c'est-à-dire qu'on a appliqué alternativement sous deux formes l'électricité; sous la forme de courants directs et continus, d'une faible intensité et d'une longue durée, et sous celle de courants induits, interrompus, de ce que Duchenne, de Boulogne, nommait les courants Faradiques.

Déjà, au bout de trois jours, les excellents effets de cette médication ont été remarqués par le malade. Il peut serrer maintenant de la main gauche avec une certaine énergie, ce qui, ainsi que le dit avec raison M. Dieulafoy, tient plus encore à la restauration des extenseurs, naguère paralysés, qu'à celle des fléchisseurs, qui avaient fort peu souffert. En effet, quand les extenseurs, ayant perdu toute leur puissance, ne peuvent plus relever dans une certaine mesure le poignet au moment de la flexion des doigts, les fléchisseurs se trouvent dans une position très-défavorable pour se contracter, car ils sont déjà très-raccourcis. Duchenne, de Boulogne, avait fait cette remarque à propos de la paralysie saturnine, qui, elle aussi, porte surtout sur les extenseurs. Mais elle est également vraie pour toutes les paralysies du même siège.

Nous avons dit que c'étaient surtout les extenseurs qui se trouvaient affectés chez le malade de M. Dieulafoy. C'est une règle générale en pareil cas.

Dans la plupart des observations rapportées par MM. Valtat, Darde, Thidy, dans leurs thèses, dont la plus ancienne n'a guère plus d'un an, l'altération, atrophie ou paralysie, porte surtout sur les extenseurs.

Il faut pourtant faire une exception pour les muscles qui font mouvoir l'articulation de l'épaule. En effet, ce n'est pas seulement le deltoïde, muscle élévateur, qu'on peut comparer aux extenseurs, mais les pectoraux, les sus-épineux et sous-épineux, qu'on a trouvés dans la plupart des cas atrophiés, comme ils le sont, du reste, chez ce malade.

Résumons maintenant, en quelques mots, l'histoire de cet homme. Chez lui, l'affection rhumatismale est héréditaire. Sa mère et sa sœur en ont souffert longtemps avant lui. Cette dernière, qui vit encore et qui a été prise de cette maladie dès l'âge de trente ans, présente aussi une atrophie des muscles, avec paralysie.

Ainsi prédisposé, il a vu d'abord, il y a deux ans, l'articulation phalango-phalangienne de sa main droite augmenter de volume sans être douloureuse. Il ne s'en est pas préoccupé. Un an plus tard, c'était le tour des articulations métacarpo-phalangiennes des deux mains, surtout de la droite, puis de quelques articulations de plusieurs doigts. En même temps celles des genoux et des pieds devenaient sèches et faisaient entendre des craquements quand il s'en servait. Tout cela se faisait sans fièvre, sans malaise, sans perte d'appétit, sans douleur notable, tellement que, pendant plus de neuf mois, cet homme, ayant ainsi un très-grand nombre d'articulations gonflées, travaillait encore comme d'habitude à un métier rude, exigeant un grand développement de force musculaire.

Ce fut presque en même temps, il y a trois mois, qu'un état plus aigu, plus douloureux, plus inflammatoire de certaines articulations, des douleurs spontanées dans certains muscles, de l'affaiblissement, de la paralysie, de l'atrophie des muscles extenseurs, commencèrent à se manifester.

L'atrophie atteignit les muscles destinés à faire mouvoir les articulations affectées; c'est encore la règle, tellement la règle que John Hunter, qui eut le premier le grand mérite de remarquer des phénomènes de ce genre dans l'arthrite blennorrhagique, y voyait le résultat d'une sorte de conscience du muscle. « Je pense, disait-il, que c'est un effet de la sympathie, c'est-à-dire que les muscles ont conscience que les parties malades ne peuvent plus répondre aux actions musculaires, et c'est un des phénomènes du corps vivant qui ont le plus de ressemblance avec le discernement de la raison humaine. »

De nos jours ce mot de *sympathie* ferait sourire; mais, pour bien comprendre ce que John Hunter entendait par là, il faut se reporter à l'époque où il écrivait et aux admirables expériences d'un compatriote de Hunter, Robert Whytt, sur ce qu'il nommait les *mouvements sympathiques*, ce que nous nommons aujourd'hui les mouvements réflexes.

Robert Whytt, en décapitant des animaux inférieurs et montrant chez eux la persistance de mouvements associés, synergiques, répondant à une excitation venue du dehors et dont l'animal privé de sa tête ne pouvait plus avoir la sensation perçue, le sentiment proprement dit, n'avait plus conscience en un mot, a ouvert la voie aux physiologistes modernes, et, disons-le bien haut, quand ils ont remplacé par le terme d'actions réflexes ce qu'il appelait actions sympathiques, ils n'ont pas de beaucoup avancé l'explication de certains phénomènes.

Je ne sais même pas si, au point de vue étymologique, au point de vue d'une langue scientifique bien formée, le mot *sympathique* n'est pas préférable au mot *réflexe*, quand il s'agit surtout d'autre chose que de mouvement.

Une *paralysie réflexe*, qu'est-ce que représente à l'esprit l'accouplement de ces deux mots?

Une *atrophie par action réflexe*, qu'est-ce encore?

Tandis qu'une fois le mot *sympathique* compris dans le sens même que lui avait attribué Robert Whytt, et qui répond le mieux, du reste, aux termes grecs dont il est formé, dans le sens d'organes affectés à la fois, en même temps, par suite des mêmes impressions, ce mot s'applique infi-

niment mieux à des paralysies, à des lésions trophiques.

Mais à quoi bon discuter sur des mots, quand on s'entend sur le fond des choses?

Or, il suffit de relire Robert Whytt avec attention pour s'assurer qu'il comprenait le fond des choses exactement comme nos physiologistes répétant ses expériences, et que, s'il n'avait point expliqué le mystére, ils ne l'ont point expliqué non plus.

J'en viens à l'interprétation qui est le plus généralement adoptée aujourd'hui pour les atrophies ou paralysies consécutives à des affections ou à des lésions articulaires.

C'est M. le professeur Vulpian qui l'a dernièrement proposée: elle consiste à dire qu'il s'agit d'une action réflexe.

Le système nerveux est tout pour les actions réflexes; il était tout pour les sympathies dans la théorie de Robert Whytt.

Or il se trouve que justement autour des articulations, dans ces tissus fibreux ou fibro-cartilagineux qu'on croyait naguère dépourvus de toute espèce de nerfs, il existe au contraire des filets nerveux en très-grand nombre s'entre-croisant dans tous les sens. M. Darde a eu soin de le rappeler dans sa thèse sur les *atrophies consécutives à quelques affections articulaires*, et il reproduit des passages de l'Anatomie de M. Sappey, très-explicites dans ce sens.

Le point de départ ne manquerait donc pas pour des actions sympathiques ou réflexes.

Mais est-ce bien dans l'articulation qu'il convient de chercher ce point de départ?

Tant qu'il s'agissait seulement de rhumatismes ordinaires ou de rhumatismes blennorrhagiques, il était permis d'en douter, car pourquoi l'affection qui se porte sur les articulations ne pourrait-elle pas se porter directement aussi sur les muscles?

Chez le malade de M. Dieulafoy, par exemple, j'ai déjà dit que les douleurs articulaires avaient à peu près coïncidé avec l'affaiblissement et l'atrophie des muscles.

Mais M. Valtat, dans une excellente thèse inspirée par M. le professeur Le Fort et dont une partie des éléments ont été puisés dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian, s'est attaché à dissiper ce doute par des expériences sur les animaux.

Il a produit des arthrites aiguës, artificielles, et il a vu les membres s'atrophier. Il ne s'est pas borné à des mensurations, il a pesé parallèlement les muscles, et démontré ainsi combien vite ils se fondent quand est affectée l'articulation qu'ils devraient mouvoir.

Ainsi la chose est bien certaine; une lésion de nutrition dans le système musculaire peut avoir son point de départ dans une lésion des tissus articulaires ou même péri-articulaires.

Elle peut également avoir son point de départ dans une simple lésion osseuse, dans une fracture. Ce n'est pas seulement l'immobilisation forcée qui fait alors disparaître les muscles.

Dans une thèse toute récente, M. Sabathier a réuni des cas de fractures dans lesquels l'atrophie des muscles était bien réelle et active pour ainsi dire. Mais c'est surtout quand la fracture siège dans le voisinage d'une articulation que ce phénomène se produit.

Atrophie musculaire consécutive à une chute.

Quelquefois l'atrophie musculaire réflexe s'étend beaucoup plus loin que la section de membre correspondante à la lésion qui en est le point de départ.

C'est ce qui est arrivé par exemple chez une malade dont je vais esquisser en peu de mots l'histoire assez complexe.

Cette demoiselle, âgée actuellement de trente et un ans, d'un tempérament lymphatique, a toujours été très-nerveuse, bien que n'ayant jamais perdu connaissance.

Placée en pension à l'âge de huit ans, elle y passait, dit-elle, en moyenne, environ un jour par semaine à pleurer sans interruption.

Vers onze ans, elle fut prise d'une fièvre muqueuse qui ne fut pas grave, mais la laissa plus névropathique que jamais. Elle se plaignait continuellement d'une douleur dans le côté, que la pression exaspérait et qui l'empêchait de porter aucun corset.

Peu de temps après, à onze ans et demi, elle fut menstruée pour la première fois, puis elle resta une année entière sans revoir ses règles. Elle fut, du reste, toujours très-mal réglée; à quatorze ans, elle eut une suppression de six mois. A dix-huit ans, toujours à la pension, elle fit un carême très-douloureux, à la suite duquel elle éprouva dans les jambes, particulièrement dans les genoux, des douleurs et une faiblesse qui l'empêchaient presque de marcher.

Elle fut alors retirée de pension, et emmenée à la campagne; mais elle y mit encore près de six semaines à se rétablir entièrement.

En 1867, étant sous-maîtresse dans un pensionnat, et s'étant beaucoup fatiguée à aller promener les enfants, elle fut prise de douleurs dans les chevilles, sans gonflement apparent ni rougeur. Cela dura encore quatre mois, durant lesquels il lui était difficile de se tenir debout.

Elle eut ensuite deux années excellentes, sans aucune espèce de malaise, pouvant sans fatigue déployer une activité étonnante.

Puis survint le siège de Paris. Elle ne voulut manger ni viande de cheval, ni à peu près aucun des aliments auxquels on se trouvait alors réduit. Elle se soutenait en prenant du café et du vin. Elle tomba ainsi dans un tel état de faiblesse qu'elle ne pouvait quitter le lit pendant le dernier mois.

Elle partit ensuite pour la campagne, où elle se remit peu à peu, mais en restant toujours nerveuse et impressionnable à l'excès.

Il y a six ans, elle fut prise de métrorrhagies extrêmement fréquentes avec coliques continuelles, puis d'une douleur très-vive vers le côté gauche du cou, de la poitrine et du ventre. Elle avait eu froid en wagon. Cela dura environ six semaines. Puis, après une période de calme, survinrent des douleurs de reins et des douleurs de ceinture si vives que dans l'espace de cinq mois on lui mit trente-cinq vésicatoires *autour de la taille*, dit-elle. On lui posa aussi les sangsues.

Dans l'été de l'année 1873 elle avait repris ses occupations et se trouvait relativement bien, quoique ayant encore dans la jambe gauche une douleur qui lui rendait la marche pénible.

Ce fut dans ces conditions, qu'étant à la campagne, elle fit, sur un escalier de marbre, une chute de trois marches; son talon droit fut retenu par le bord d'une marche et sa jambe resta prise ainsi tandis qu'elle s'affaissait en avant.

A cette époque, malgré tous ses malaises, elle avait encore une superbe carnation; les membres, la poitrine étaient très-développés, les muscles étaient gros surtout aux cuisses et aux mollets.

Après la chute, croyant à une entorse, on consulta un chirurgien de province dont le nom fait autorité et qui constata que l'articulation était complètement indemne. Il crut à une

distension de l'aponévrose plantaire ; la plante du pied avait en effet porté si violemment que la semelle de la bottine avait été tout éraillée sur le bord de la pierre. Cependant la malade ne quittait plus le lit, elle ne pouvait plus poser le pied à terre sans y éprouver des douleurs vives.

Chose remarquable, la jambe d'abord, puis la cuisse du même côté, puis la poitrine elle-même, le sein subirent une atrophie rapide.

Les douleurs continuaient toujours. La malade, de retour à Paris, consulta successivement un certain nombre de chirurgiens et de médecins des plus célèbres, et, malheureusement pour elle, un médecin rebouteur. Celui-ci lui fit mettre le pied dans un appareil de fer dans lequel, au moyen d'une vis, il exerçait une pression de plus en plus forte.

Les douleurs devinrent excessives et s'étendirent jusqu'au genou.

Un professeur de clinique médicale, consulté, crut à une arthrite.

Un chirurgien de l'Hôtel-Dieu crut à une ostéite et proposa de couper la jambe.

Cependant un autre chirurgien du même hôpital ne considéra pas les choses comme aussi graves, et fut d'avis de s'abstenir de toute opération jusqu'à nouvel ordre.

Ce fut alors que je vis la malade pour la première fois. A ce moment, elle présentait une atrophie de la jambe qui était très-frappante quand on comparait cette jambe à l'autre. La cuisse du même côté était aussi moins forte que celle du côté gauche, et, comme je l'ai déjà dit, l'atrophie s'étendait un peu à tout le côté.

Quand on pressait sur un point quelconque du pied ou sur le tibia, on provoquait une douleur très-vive.

La voûte plantaire paraissait effacée, ce qui tenait surtout à une sorte d'œdème dur avec épaississement apparent de la peau. Sur le dessus du pied, dans le voisinage des articulations métatarso-phalangiennes, il existait un œdème semblable, très-localisé : un peu d'œdème aussi près des malléoles.

Je fus complètement de l'avis de celui des deux chirurgiens qui voyait là plutôt une névrose qu'une ostéite des os du pied et de la jambe, malgré la douleur vraiment très-vive, très-réelle, non simulée, cela n'était pas douteux, que causait la moindre pression le long du tibia et malgré ces gonflements durs et un peu rougeâtres déjà signalés.

J'employai l'électricité, sur courants induits, tant sur le pied et sur la jambe que le long de la colonne vertébrale. L'amélioration fut des plus rapides, les muscles grossirent à vue d'œil. Je ne veux pas insister ici sur les détails de cette cure, qui fut progressive et complète. La malade put bientôt reprendre sa vie ordinaire d'autrefois. Il y avait plus de deux ans qu'elle ne marchait plus.

Ce qui a trait surtout à la question actuelle, ce que je voulais indiquer, c'est que, chez cette malade névropathique, les troubles trophiques, provoqués par la distension simple de quelque tissu fibreux, s'étaient étendus beaucoup plus loin que chez d'autres personnes, dont le tempérament n'était pas le même, à la suite de lésions beaucoup plus profondes.

Il faut donc tenir un très-grand compte de la constitution dans des observations de ce genre.

Je n'insiste pas aujourd'hui sur cette névralgie des os, qui a fait croire à un chirurgien, fort distingué du reste, qu'il s'agissait d'une ostéite et qu'il était bon de couper la jambe. Ce sujet mérite d'être traité autrement qu'en passant.

Dr Victor Revillout.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

X

C'est ainsi que Fischer (Obs. 50 de la table de Fischer, dans Oest. Zeitschrift f. prak. Heilk.) cite un cas de Giacich, dans lequel quatre aides (des infirmiers, je pense) furent chargés de faire la compression digitale. Il s'en acquittèrent pendant quatre jours, douze à seize heures par jour, mais sans grand résultat. Le malade alors se mit lui-même à l'œuvre et réussit à se guérir en faisant la compression pendant 66 jours, deux heures et demie chaque jour.

On peut objecter que le même effort est réellement nécessaire pour effectuer la compression de l'artère dans le même point, que cet effort soit produit par le doigt d'un assistant ou par tout autre agent ; et c'est une proposition mathématique qu'on peut facilement concéder. Mais, dans la pratique, le doigt intelligent d'un homme remplira toujours le but avec un moindre déploiement de force qu'une machine aveugle ; de là risque moindre de gangrène dans le premier cas que dans le second. Les chances de gangrène de la peau sont en outre diminuées parce que c'est un tissu mou et vivant qui presse sur la cuisse du malade, au lieu de la surface dure et souvent rugueuse du compresseur. Chacun sait combien il est fréquent de voir la peau s'ulcérer par la pression de la pelote d'un instrument, et combien cette ulcération est pénible surtout quand l'érysipèle vient la compliquer. De pareilles ulcérations sont bien moins fréquentes après la compression digitale, surtout à la cuisse où l'on peut à chaque instant changer le point d'appui de la compression. Je n'insisterai pas sur les résultats fâcheux de violences peu judicieuses dans l'application de la compression, car on n'en voit plus d'exemples que dans les observations du passé ; tel est le cas cité par Roux d'après Boyer où l'ulcération ouvrit la fémorale, ou encore le cas bien connu dans lequel la circonflexe externe fut ouverte.

En outre, la compression digitale exercée dans l'aine permet d'éviter la compression simultanée de la veine, qui exerce une influence si fâcheuse dans un grand nombre de cas traités par la compression mécanique. Quelle que soit l'habileté avec laquelle un tourniquet puisse être appliqué et maintenu, il me semble qu'il est complètement impossible de ne pas comprimer plus ou moins la veine fémorale, même dans l'aine, où les deux vaisseaux sont placés à côté l'un de l'autre, bien qu'à la rigueur la totalité du courant sanguin qui traverse la veine puisse ne pas être interrompue. On peut admettre, d'après la haute autorité du docteur Bellingham, que la compression instrumentale ne peut pas être dirigée de façon à éviter la veine, même dans le point où les deux vaisseaux passent au-dessus du pubis. Plus bas, où la veine se porte de plus en plus dans un plan postérieur à l'artère, la compression simultanée des deux vaisseaux devient encore plus inévitable et plus complète, de telle sorte qu'à la partie inférieure de la cuisse la compression qui obstrue l'artère commence probablement par obstruer l'artère, et, si la circulation doit être suspendue dans l'artère, il faut qu'elle le soit aussi dans la veine. En outre, la pression exercée par une pelote irrite la peau dans une grande étendue, et, quand on veut changer le point d'application, la pelote supplémentaire doit être placée à une grande distance de la première,

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 juillet.

comme de l'aine, au milieu de la cuisse environ. Ainsi, il est impossible d'éviter une gêne considérable de la circulation veineuse, avec la compression mécanique. Le doigt, au contraire, peut, avec la plus grande aisance, isoler l'artère au niveau de l'aîne. On peut le diriger sur le vaisseau de haut en bas, et de dedans en dehors, en l'insinuant entre l'artère et la veine, et en évitant ainsi de comprimer cette dernière. Le point d'application peut être souvent changé, bien que dans un espace restreint, dans lequel les vaisseaux conservent les mêmes rapports, c'est-à-dire au-dessus de l'origine de la profonde. M. Walker (de Liverpool) a appelé l'attention sur un point intéressant, à savoir que, en transportant le point d'application au-dessus ou au-dessous de l'origine de la profonde, on modifie en réalité la direction de la circulation anastomotique. Il insiste donc sur l'importance de ce qu'il appelle les systèmes de compression *uni-artérielle*, qui est d'autant plus facile que le compresseur est plus petit.

Il semble, en définitive, qu'il est désirable sous tous les rapports d'entraver aussi peu que possible la circulation de la veine. Il ne manque pas d'exemples montrant que la veine est restée définitivement oblitérée à la suite de la compression; je vous renvoie, à ce sujet, au travail de M. Verneuil dans la *Gazette des hôpitaux* de 1859. Outre la possibilité d'une obstruction réelle de la veine au niveau de la compression, on ne peut nier les effets fâcheux de l'engorgement du membre, causé souvent par obstruction temporaire ou incomplète, et, par suite, le grand avantage qu'il y a à n'agir que sur l'artère seule.

Dans la pratique, la compression digitale s'est montrée bien moins douloureuse que l'emploi de n'importe quel tourniquet et que le poids lui-même, bien que j'aie vu souvent ce dernier être facilement supporté. Cela dépend surtout, il me semble, du soin avec lequel il est réglé, de façon à ne pas employer une force inutile. Si deux aides exercés agissent ensemble, l'un observant les pulsations pendant que l'autre comprime, la suppression du pouls peut être effectuée avec le minimum de force, et l'on peut accorder des intervalles de repos lorsqu'une portion de la peau vient à être irritée.

Vanzetti (*Gaz. méd.*, 1858, p. 626, cas 5) cite un cas dans lequel les douleurs, qui étaient fort vives, furent aussitôt soulagées par la compression digitale; M. Holt (*The Lancet*, 2 avril 1870.) en cite un dans lequel le malade dormait pendant l'application de la compression.

Fischer rappelle dix-sept cas dans lesquels la compression mécanique fut si douloureuse qu'il fallut y renoncer; dans onze d'entre eux, la compression digitale fut employée avec succès. Dans l'ouvrage de Broca, on trouve vingt-neuf cas dans lesquels la compression mécanique fut intolérable, et il est de fait que la compression digitale semble avoir été due, en grande partie, à la douleur déterminée par l'instrument.

L'opportunité de la compression, en cas de maladie de l'artère elle-même, est une question qu'il ne faut jamais perdre de vue; il y en a de nombreux exemples dans toutes les parties du corps. C'est ainsi que le cas remarquable d'anévrysme axillaire traité par Rizzoli, que je vous citais l'an passé, dans lequel on pouvait sentir la sous-clavière athéromateuse dilatée et durcie, n'eût pas pu être traité par la ligature avec quelque chance de succès, mais fut guéri par la compression.

Fischer (*Filiatre Sebezio*, mai 1857) cite; d'après Galozzi, un cas intéressant d'anévrysme poplité. Il s'agit d'un anévrysme du volume du poing, qualifié de *diffus ;* on pouvait sentir la fémorale athéromateuse jusqu'au niveau de l'iliaque externe. La compression digitale, continuée pendant neuf heures, fit disparaître les douleurs, et, le jour suivant, l'anévrysme était guéri.

REVUE DE SYPHILIOGRAPHIE.

I. Du mercure. — Action physiologique et thérapeutique, par le docteur Hallopeau. Paris, J.-B. Baillière, 1878. — **II. Réflexions sur la syphilis des viscères,** par le docteur Lancereaux. In : *Annales de dermatologie et de syphiliographie.*

I. Le sujet de la thèse que M. le docteur Hallopeau vient de présenter au dernier concours pour l'agrégation (section de médecine) est extrêmement vaste. L'auteur a su envisager cette grosse question de l'action physiologique et thérapeutique du mercure sous toutes ses faces. C'est (et ce ne pouvait être autre chose) une compilation heureuse et complète, fort remarquablement présentée. Nous ne retiendrons de cette longue étude que ce qui a trait à la syphilis.

Avant d'analyser rapidement cette partie du travail de M. Hallopeau, nous devons le remercier d'avoir pris pour guide et d'avoir prouvé la vérité de cet axiome qui gêne fort certains novateurs, très à la mode du reste : l'union de la science contemporaine et de la tradition est la première condition du progrès.

L'action la plus remarquable du mercure consiste dans sa puissance antisyphilitique. En ce qui nous concerne, l'action de ce médicament sur le *chancre* ne nous paraît pas aussi évidente qu'à l'auteur, qui s'appuie sur la haute compétence de M. Diday. Nous avons, en effet, remarqué souvent que l'évolution chancreuse est la même avec ou sans traitement mercuriel. Ceci, du reste, n'a qu'une valeur absolument secondaire, puisque la syphilis est une maladie virulente dont le chancre infectant n'est que la première et, en général, la plus bénigne manifestation. Ce qu'il faut surtout combattre, c'est la diathèse dont l'expression la plus sérieuse consiste dans les accidents secondaires et tertiaires.

L'influence curative du mercure sur les accidents secondaires est certaine. Elle n'en prévient pas le développement comme l'insinue M. Hallopeau, mais « elle le restreint, atténue leur intensité et en accélère la disparition ». Il y a des exceptions, dira-t-on. Soit, mais, outre que toutes les règles en ont, ces exceptions sont le plus souvent, dans le cas qui nous occupe, liées à des causes toutes spéciales.

Nous venons de dire que l'influence curative du mercure sur les accidents secondaires est certaine et évidente. Cette évidence a été niée depuis Paracelse qui, le premier, traça les règles que l'on doit suivre dans l'emploi de ce médicament. Dans ces dernières années les attaques se sont renouvelées contre l'emploi de l'hydrargyre. Nous pourrions citer Ch. Drysdale (Londres, 1863), Desprès (1873), et surtout Herman qui envoyait un mémoire à l'Académie des sciences (1875) où il est affirmé : que la syphilis est une maladie locale, et que les formes connues sous le nom de syphilis constitutionnelle sont des effets du traitement mercuriel. Des plumes plus autorisées que la nôtre ont su répondre à ces théories. Des milliers de faits sont là. Leur simple analyse exigerait des volumes. L'action du mercure sur les accidents secondaires est indéniable, si bien que M. Diday lui-même le donne contre les « accidents franchement secondaires ».

Les accidents tertiaires sont plus rebelles que les précédents à la puissance antisyphilitique du mercure. Il faut remarquer qu'à ce moment les lésions prennent surtout une forme hyperplastique; néanmoins, pour M. Gubler et pour bien d'autres, on doit débuter par l'emploi des préparations hydrargyriques. Ici encore les faits justifient la conduite des médecins qui agissent ainsi.

Le mercure est également héroïque contre la syphilis héréditaire, et la syphilis infantile court vers la guérison sous l'influence du médicament.

L'action du mercure n'est-elle que passagère? M. Hallopeau résume ainsi la doctrine de ceux qui croient que l'évolution de la maladie infectieuse n'est pas enrayée :

1° Les caractères des premiers accidents permettent de prévoir si la syphilis sera grave ou bénigne. On devra réserver le mercure pour les syphilis fortes, les faibles tendant naturellement vers la guérison. Or, M. Fournier a établi que le caractère des accidents initiaux de la syphilis ne permet pas de préjuger l'évolution future.

2° La statistique démontre l'impuissance du mercure à prévenir les accidents. Pour M. Hallopeau, les expériences de M. Diday (1870) et celles de M. Jullien ne prouvent rien, car les auteurs n'indiquent pas dans quelles conditions le mercure a été donné. Du reste, n'y a-t-il pas des syphilis absolument réfractaires, et ne voit-on pas tous les jours des insuccès là ou tel médicament réussit le plus souvent?

Si on fait comme M. Fournier un parallèle entre la vérole traitée et celle qui ne l'est pas, on trouvera que « 95 fois sur 100 la syphilis traitée est réellement bénigne... Lorsqu'elle n'est pas traitée, au contraire, elle détermine des lésions menaçantes ou des infirmités incurables, elle peut même aller jusqu'à compromettre l'existence. »

Il est donc établi non-seulement que le mercure agit sur les manifestations de la syphilis, mais encore sur la syphilis elle-même.

Quel est son mode d'action? M. Hallopeau ne croit pas qu'on puisse invoquer sa propriété antiplastique et dénutritive, car ces effets de dénutrition se produisent exclusivement quand le médicament est donné à doses élevées, et nous voyons des éruptions spécifiques disparaître rapidement avec des doses très-faibles de mercure. Il n'agit pas non plus par la perturbation qu'il apporte dans la nutrition générale. L'auteur croit, avec M. Fournier, que l'hydrargyre agit sur les propriétés virulentes qu'ont acquises les éléments de l'organisme, en un mot qu'il est l'antidote de la syphilis.

C'est là un point obscur, avouons-le, qui ne sera éclairci que par la connaissance complète de la physiologie pathologique des virus.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les pages qu'il a consacrées au mode d'administration du mercure dans la syphilis. Nous appellerons seulement l'attention sur l'emploi des injections hydrargyriques. Nous aussi nous croyons que la méthode hypodermique détrônera les autres le jour où on pourra éviter les accidents locaux qu'elle occasionne.

La lecture complète de l'ouvrage de M. Hallopeau est des plus attachantes. C'est un livre sérieux, indispensable, qui occupera une des premières places dans la littérature médicale.

II. Nous trouvons dans les *Annales de dermatologie et de syphiliographie* (n° 3, t. IX) une note des plus intéressantes due à M. Lancereaux, et qui est la reproduction intégrale d'une communication récemment faite à l'Académie de médecine par ce professeur.

L'auteur se propose de montrer que la connaissance des lésions tertiaires des viscères repose sur des caractères propres, et que la syphilis « même cachée dans les profondeurs de l'organisme, peut être dévoilée sûrement par l'analyse clinique ».

L'observation sur laquelle s'appuie surtout M. Lancereaux est des plus curieuses. Il est inutile de la rééditer ici, car son importance réside surtout dans les altérations trouvées à l'autopsie, lésions qui, rapprochées d'autres semblables, ont permis à l'auteur d'affirmer que les altérations de la syphilis constitutionnelle se produisent suivant des lois déterminées.

Si, en effet, on passe en revue les désordres qu'engendre la syphilis dans les différents organes, on verra que cette maladie a pour expression des lésions matérielles ayant une évolution spéciale et étant toujours limitées et circonscrites.

A la peau, ce sont des tubercules saillants et groupés, laissant après eux des cicatrices typiques. Dans le tissu cellulaire, ce sont des nodules semblables. Il en est de même pour les muscles volontaires. Aux articulations, ce sont des dépôts gris-jaunâtres, affectant principalement le tissu sous-synovial, localisés généralement à une ou deux grosses articulations. Dans les artères, les lésions syphilitiques ont aussi une petite étendue. Dans les viscères, on retrouve encore les mêmes caractères.

On ne pourra donc attribuer une origine spécifique à la folie, à la paralysie générale, à l'ataxie locomotrice progressive, etc., puisque ces maladies sont caractérisées par des lésions anatomiques diffuses et lentement progressives, tandis que les lésions dépendantes de la syphilis sont circonscrites et lentement régressives.

Ce raisonnement ne s'applique qu'à la période tertiaire.

Les conclusions de M. Lancereaux doivent être citées en entier, car leur importance est énorme tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du pronostic :

1° La syphilis (en exceptant la fièvre syphilitique) se traduit invariablement par des lésions matérielles des organes;

2° Elle affecte *primitivement* les tissus dérivés du feuillet moyen du blastoderme et *secondairement* les tissus dérivés du feuillet interne et externe;

3° Elle se manifeste par des lésions à développement lent, excentrique, qui tantôt disparaissent par résorption ou élimination, tantôt s'organisent en tissus définitifs homologues;

4° Elle évolue en trois temps:

Premier temps : Accidents locaux (chancres);

Second temps: Éruptions disséminées, étendues, superficielles et résolutives. Période secondaire;

Troisième temps : Lésions circonscrites profondes laissant à leur suite une perte de substance, une cicatrice. Période tertiaire;

5° La connaissance de cette évolution sert à fixer le moment de la *guérison* de la syphilis qui, semblable en cela à toutes les maladies à type défini, peut s'arrêter *complétement* à la fin de l'une de ses phases naturelles.

Cette dernière combinaison nous paraît aussi justifiée que les précédentes. Sans doute, il est utile, nécessaire même, que les syphiliographes abordent, à l'exemple de M. Lancereaux, l'étude de ces hautes questions générales, car c'est en groupant les faits semblables, c'est en synthétisant les nombreux matériaux qu'il a su recueillir, que l'éminent professeur a pu formuler des lois cliniquement et anatomiquement prouvées, et permettre d'affirmer aujourd'hui que la syphilis n'est plus une grande inconnue.

Dr V. DE FOURCAULD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 30 juillet 1878, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Arlaud, directeur du service de santé de la marine, à Toulon.

Au grade de chevalier : MM. Jéhanne et Crevaux, médecins de 1re classe de la marine; M. Boyé, médecin de 2e classe de la marine.

— Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, arrête :

Art. 1er. — L'examen de validation de la 4e année d'études pour obtenir le diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe se divise en épreuves écrites, en épreuves pratiques et en épreuves orales. Les épreuves orales seules sont publiques.

Nul n'est admis aux épreuves orales s'il n'a satisfait aux épreuves écrites et aux épreuves pratiques.

Le candidat qui n'a pas satisfait à l'une des épreuves perd le bénéfice des épreuves antérieures.

Art. 2. — L'épreuve écrite porte sur deux sujets distincts choisis par le président du jury d'examen et afférents, l'un aux sciences physico-chimiques, l'autre aux sciences naturelles. Quatre heures sont accordées pour cette épreuve.

Art. 3. — L'épreuve pratique porte, au choix du candidat, sur les sciences physico-chimiques ou sur les sciences naturelles.

Dans le premier cas cette épreuve comprend :

1° Une expérience de physique;

2° Une préparation et une analyse chimiques;

3° La détermination de dix minéraux ayant trait à la matière médicale.

Les sujets des deux premières épreuves seront choisis parmi ceux indiqués dans le programme de la licence ès sciences physiques.

Dans le second cas l'épreuve pratique comprend :

1° Une préparation d'anatomie végétale et une préparation d'anatomie physiologique;

2° Une analyse de morphologie ou d'organogénie végétale;

3° La détermination d'un certain nombre de végétaux et d'animaux, ainsi que de produits pharmaceutiques tirés des règnes organiques.

Les préparations anatomiques seront accompagnées :

1° D'un croquis ou dessin représentant les parties mises en évidence;

2° D'une description sommaire de ces parties;

3° De l'indication de la place occupée dans le règne végétal ou dans le règne animal par les espèces qui ont fait le sujet de l'épreuve.

Art. 4. — L'épreuve orale durera une heure au moins.

Elle portera, au choix du candidat, ou sur les questions de physique ou de chimie, ou sur les questions de botanique et de zoologie indiquées dans les programmes pour la licence ès sciences.

Art. 5. — Chaque examinateur exprime son jugement par une boule. Ces boules, diversement colorées, correspondant aux notes suivantes :

Une boule blanche.	Très-bien.
Une boule blanche-rouge. . . .	Bien.
Une boule rouge	Assez bien.
Une boule rouge-noire	Médiocre.
Une boule noire.	Mal.

Tout candidat auquel il a été attribué deux boules rouges noires, ou une boule noire est ajourné.

Fait à Paris, le 31 juillet 1878.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel du laboratoire de clinique de la Faculté de médecine de Paris, à l'Hôtel-Dieu, est constitué ainsi qu'il suit :

Chef du laboratoire titulaire, M. Liouville, agrégé;

Chef du laboratoire intérimaire, M. le docteur Debove;

Chef adjoint du laboratoire, M. le docteur Hardy, licencié ès sciences physiques;

Aide de laboratoire (clinique chirurgicale), M. le docteur Remy;

Aide de laboratoire (clinique médicale), M. Roux.

Ces nominations sont valables pour trois ans.

— M. Letulle, interne des hôpitaux, est chargé provisoirement des fonctions de préparateur du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Poncet est nommé chef des travaux de médecine opératoire.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Louis Jarry est nommé prosecteur, en remplacement de M. Lerat, démissionnaire.

M. Aumaître est nommé aide d'anatomie.

— *École de médecine de Reims.* — M. Henri Lajoux, pharmacien de 1re classe, est nommé professeur de pharmacie et de matière médicale.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Caubet, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur de pathologie interne en remplacement de M. Guitard, décédé.

— MM. les docteurs Bertillon, Bordier et Topinard viennent d'être nommés officiers d'Académie.

— Une commission, nommée au dernier banquet de l'internat, a été chargée de la publication d'une nouvelle edition de l'*Annuaire de l'internat.*

Elle prie les anciens internes des hôpitaux qui auraient à signaler quelque erreur ou quelque modification survenue depuis la dernière édition de vouloir bien en informer M. Cuffer, rue du Montbabor, 25.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Science et miracle. Louise Lateau, ou la stigmatisée belge, par le docteur Bourneville, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8°, avec une planche. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 91. — MARDI 6 AOUT 1878. 51e ANNÉE. MARDI 6 AOUT 1878. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Du diagnostic des abcès urineux. — II. Traitement des anthrax par les incisions sous-cutanées.

I. J'ai à vous signaler, à propos d'un malade qui est couché au n° 47 de la salle Sainte-Vierge, un cas de pratique très-important. Il s'agit en effet d'un homme qui est atteint d'un énorme abcès périnéal, très-probablement urineux, c'est-à-dire causé par le passage de l'urine dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Je dis que nous avons affaire chez ce malade à un abcès probablement urineux, parce que jusqu'à présent nous n'avons pas encore la confirmation directe de ce que j'avance, c'est-à-dire que nous n'avons pas encore vu l'urine se faire jour à l'extérieur à travers la fistule périnéale; néanmoins je ne doute pas que d'ici huit à dix jours ce phénomène ne se produise.

Selon moi, en effet, cet abcès doit avoir été causé par le passage d'une certaine quantité d'urine dans le tissu cellulaire et avoir été consécutif à une inflammation phlegmoneuse suppurative intense par le contact de ce liquide.

Cette manière de voir sera évidente si, d'ici à quelque temps, nous voyons, comme je vous l'ai dit, l'urine sortir par la plaie. Mais il pourra se faire aussi que, bien que mon diagnostic soit absolument exact, ce phénomène n'ait pas lieu. Voici pourquoi :

Lorsque, chez certains sujets, il se développe dans le canal de l'urèthre une inflammation en arrière d'un obstacle qui est le plus ordinairement un rétrécissement, celle-ci a pour effet d'amener d'abord une ulcération de la muqueuse, puis une perforation du canal, à travers laquelle quelques gouttes d'urine s'engagent, au moment de la miction, dans le tissu cellulaire sous-jacent. Si le rétrécissement n'est pas très-étroit, si les mictions n'ont lieu qu'à des intervalles assez éloignés, il n'est pas impossible que la solution de continuité se cicatrise et qu'une certaine quantité d'urine se trouve ainsi épanchée dans le périnée où elle déterminera bientôt un travail d'inflammation suppurative extrêmement intense, bien que la communication du foyer purulent avec le canal uréthral ait cessé d'avoir lieu. Ordinairement cette cicatrisation de la plaie uréthrale n'est que passagère; au bout de quelque temps, une nouvelle perforation a lieu, l'urine s'accumule de nouveau dans les mailles du tissu cellulaire périnéal, qui amène consécutivement un nouvel abcès, puis la formation d'une fistule au périnée; mais il arrive, dans certains cas, que les choses restent dans cet état pendant un temps assez long, durant lequel l'urine ne se fait pas jour à l'extérieur.

Mais, me direz-vous, on ne peut affirmer que l'on a affaire à un abcès urineux qu'autant que l'urine s'écoule par la plaie. Quelles sont donc les raisons qui vous autorisent, chez ce malade, à diagnostiquer une affection de cette nature, au lieu de dire qu'il s'agit simplement d'un abcès phlegmoneux du périnée?

Ces raisons, les voici :

C'est d'abord que cet homme paraît bien avoir un rétrécissement. A la vérité, je n'ai pas constaté ce fait par moi-même, mais il a été sondé le jour même de son entrée à l'hôpital, parce qu'il n'urinait pas, soit que le pus accumulé dans les loges périnéales comprimant le canal de l'urèthre apportât un obstacle mécanique à la sortie des urines, soit que les douleurs causées par cet abcès provoquassent une contracture réflexe du col de la vessie, ou bien même une inertie, une paralysie complète de cet organe. Quoi qu'il en soit, cet homme urinait par regorgement, et la vessie surdistendue, remontait jusqu'au dessus de la symphyse du pubis, et l'on était en droit, par conséquent, si on ne la vidait promptement, de redouter qu'il en résultât une dilatation des uretères, des bassinets et des calices, et par suite une compression des cônes de la substance mamelonnée, des corpuscules de Malpighi, en un mot, de tous les éléments constitutifs du filtre rénal. Or, vous savez que cette rétention de l'urine dans les canaux supérieurs et dans les éléments excrétoires du rein constitue un danger extrêmement grave, parce qu'elle conduit à la néphrite parenchymateuse ou interstitielle.

Quand donc vous sondez un malade chez lequel la vessie ne se vide pas, vous lui rendez le service de lui éviter des chances de néphrite grave; quoique malheureusement chez certains de ces individus l'introduction de la sonde ait pour résultat de provoquer elle-même un état réinflammatoire de la vessie, susceptible également de se propager vers les voies excrétoires supérieures et vers les reins.

Néanmoins, en considérant les résultats fournis par l'ensemble des faits, nous sommes autorisés à dire que, d'une manière générale, on a moins de chances de voir survenir les

accidents de néphrite grave en vidant la vessie, qu'en laissant l'urine s'y s'accumuler.

La première raison en faveur d'un abcès urineux chez notre malade, c'était donc l'existence d'un rétrécissement uréthral, manifestement prouvé, par cette circonstance qu'on a dû le sonder pour favoriser la sortie des urines et que pour arriver à ce résultat on a dû se servir d'un instrument très-fin, n° 9.

Si je n'ai pas cru devoir vérifier par moi-même, ainsi que je vous l'ai déjà dit, l'existence de ce rétrécissement, c'est d'abord parce que cet homme vide aujourd'hui parfaitement sa vessie, et qu'ensuite je ne veux pas risquer d'aggraver son état en introduisant de nouveau une sonde dans cet organe.

Mais, me direz-vous, il peut exister des phlegmons péri-uréthraux, sans qu'il y ait communication avec le canal de l'urèthre. Qui vous dit par conséquent que, chez ce malade, vous n'avez pas affaire à un abcès de ce genre? Je ne le crois pas, parce que cet abcès s'est formé très-rapidement et que, lorsque ces tumeurs se développent dans un temps aussi court, elles résultent plutôt du passage de l'urine dans le tissu cellulaire sous-cutané à travers une déchirure, une fissure des parois uréthrales, que de la propagation à l'extérieur de l'inflammation dont la muqueuse est le siége.

Je ne veux pas dire par là que les abcès urineux se forment tous très-vite. Loin de là, je sais qu'il est au contraire de ces tumeurs urinaires qui ont une marche lente, chronique, froide, fait d'autant plus important à savoir même que, dans ces circonstances, on est exposé à méconnaître la nature de ces abcès et à voir survenir des phénomènes d'infiltration urineuse, pour avoir négligé de les ouvrir à temps. Mais, quoique certaines rétentions d'urine amènent de ces phlegmons à marche ente, il n'en est pas moins vrai que, lorsqu'on voit un abcès se former très-rapidement, cela tient presque toujours à ce que l'urèthre déchiré, rompu, a laissé pénétrer une certaine quantité d'urine dans le tissu cellulaire périnéal.

Une autre circonstance qui vient encore à l'appui de mon diagnostic, c'est que ce malade présentait, lors de son entrée dans le service, un gonflement du scrotum, avec rougeur et chaleur, assez notable et assez étendu, surtout, pour remonter jusqu'au niveau du pubis. Ce gonflement pourrait être, il est vrai, considéré comme dû à un phlegmon diffus; mais, en général, quand un abcès périnéal à forme rapide s'accompagne de ces phlegmons, cela tient ordinairement à un cas d'infiltration urinaire.

Aussi devez-vous, sinon toujours, du moins le plus souvent, considérer ce gonflement du scrotum comme annonçant le début de l'infiltration urinaire, attendu que cette interprétation vous conduira à pratiquer de nombreuses et larges incisions qui, s'il s'agit réellement d'une rétention de l'urine dans le tissu cellulaire sous-cutané, vous permettront de sauver la vie de vos malades et qui, dans le cas où ce diagnostic serait mal fondé, n'auront aucune espèce d'inconvénient.

Un quatrième motif, en faveur d'un abcès urineux, qui a une importance considérable, c'est que le pus accumulé dans la poche de l'abcès était, comme l'indiquait la fluctuation, très-abondant et surtout très-liquide, tous caractères que l'on n'observe pas dans les cas de péri-phlegmons. Hier en effet, lorsque nous avons ouvert cet abcès, nous avons fait sortir une quantité de pus considérable et tellement liquide qu'au lieu de couler en nappe il a jailli avec une force très-grande.

Eh bien, c'est ce rapprochement d'une fluctuation abondante chez un homme ayant de la rétention d'urine, c'est cette coïncidence d'un abcès avec un phlegmon diffus et enfin la présence d'un pus très-liquide qui m'ont donné l'opinion que nous avions affaire à un abcès urineux périnéal et m'ont fait le traiter comme tel.

II. — Nous avons au n° 11 de la même salle un cas également assez intéressant, quoique peu rare, d'anthrax du cou appartenant à la catégorie de ce que nous appelons les anthrax moyens. Sans entrer, à propos de ce malade, dans la description de cette affection, je me bornerai à examiner ici la question thérapeutique, parce qu'elle est pour moi d'une importance capitale.

Je suis de l'opinion des chirurgiens qui pensent qu'il faut soulager le plus tôt possible les malades atteints d'anthrax, et pour cela faciliter la sortie du pus et des bourbillons quand celle-ci ne se fait pas d'une manière satisfaisante par les ouvertures latérales qui, dans cette maladie, ont de la tendance à se former spontanément.

Dans les cas où l'anthrax est petit, ces ouvertures spontanées sont en général suffisantes, et alors le traitement consiste simplement à appliquer sur la tumeur des cataplasmes émollients, des linges phéniqués, etc., tout en ayant soin de faciliter encore l'évacuation du pus à l'aide de pressions répétées sur l'anthrax.

Mais, quand celui-ci est assez volumineux, qu'il soit moyen ou gros, le malade serait exposé, si l'on attendait l'ouverture spontanée des furoncles, à souffrir pendant un temps très-long, et même à subir, dans une certaine mesure, des phénomènes de septicémie et d'infection putride, par suite du séjour prolongé des bourbillons au fond des foyers multiples de la tumeur.

Dans ce cas, je crois qu'il est préférable de donner accès au pus en ouvrant les abcès par le bistouri; mais, tout en reconnaissant que cette indication est très-utile, j'insiste beaucoup dans cette maladie, ainsi d'ailleurs que dans certaines autres et notamment pour les abcès du sein, sur cette seconde indication, de ne pas ouvrir les réseaux capillaires, lymphatiques ou sanguins de la peau.

Voici pourquoi. Quand un anthrax se développe chez un diabétique, le malade est bien plus exposé aux affections chirurgicales, à l'érisypèle, à l'infection putride ou même purulente, après formation du pus, qu'un individu qui n'a pas de sucre dans les urines. Il y aurait alors de graves inconvénients à ouvrir les réseaux capillaires de la peau qui introduiraient directement dans le sang les matières septiques provenant de leur contact avec le pus.

D'autre part, même quand les sujets, comme c'est le cas chez notre malade, ne sont pas diabétiques, ils sont encore exposés comme blessés, soit à l'érysipèle, soit à l'infection putride consécutive à la suppuration. Or nous savons que, du moment qu'un anthrax peut donner lieu à l'une des complications que je viens de vous énumérer, l'indication est de ne pas ouvrir le réseau capillaire de la peau.

C'est pourquoi je conseille, dans ces conditions, de pénétrer sous les téguments à travers les ouvertures qui se sont faites spontanément au niveau des ulcérations ou des eschares, en conduisant par ces ouvertures, si faire se peut, un bistouri avec lequel on ouvrira l'anthrax dans cinq ou six directions différentes.

Ce procédé d'incision sous-cutanée, que l'on doit à M. Guérin, a l'avantage de prévenir l'érysipèle et, en outre, de calmer la douleur aussi bien qu'avec les méthodes anciennes de Dupuytren, de Velpeau et autres chirurgiens.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lasègue.

Conférence sur la métallothérapie

Faite le 13 juin 1878, sur l'invitation de M. le professeur Lasègue, par le Dr V. Burq.

J'ai accepté la périlleuse invitation de venir vous dire ce qu'est la *métallothérapie*, et vous montrer un peu ce que peut cette thérapie que d'aucuns, par un sentiment qu'il ne m'appartient point de qualifier, veulent bien désigner aussi sous le nom de *Burquisme*.

Si le professeur éminent qui m'a fait l'honneur insigne, honneur dont je ne saurais trop hautement le remercier, de venir m'asseoir à sa place sur ce fauteuil, avait pu me garantir que j'y trouverais la brillante parole et cette méthode d'exposition qui en ont fait le maître que vous savez, tout serait pour le mieux. Le sujet que j'ai à traiter devant vous s'y prête tant, il y a tant d'années, hélas! que je m'en occupe que, j'en ai l'assurance, je vous intéresserais. Malheureusement, je ne suis rien moins qu'orateur, je n'ai pas ou n'ai plus l'habitude de comparaître devant un public, pour si bienveillant fût-il, et tout ce que je puis, en ce moment, c'est de vous promettre de faire de mon mieux pour que vous ne soyez point trop déçus dans votre attente.

Je commencerai par vous exposer, le plus brièvement possible, la doctrine et les faits qui servent de bases à la métallothérapie. Je ferai passer sous vos yeux les divers instruments à son usage, et vous donnerai la primeur d'un procédé qui me paraît appelé à jouer un grand rôle, surtout dans la *métalloscopie*. Je m'occuperai ensuite de la malade qui a été l'occasion de cette conférence. Je préciserai les faits principaux dont vous avez été témoins ; je m'efforcerai de démontrer comment les choses ont marché ou dû marcher chez elle, et je terminerai par quelques expériences de métalloscopie, à l'effet d'établir devant vous où en est aujourd'hui la maladie et quel doit être notre pronostic.

I

Par le mot *métallothérapie*, il faut entendre le traitement des maladies, soit intus soit extra, par *tout métal*, par le fer, le zinc et l'arsenic, aussi bien que par le cuivre, l'or, l'argent, etc., *qui est la caractéristique de la sensibilité métallique individuelle*, c'est-à-dire qui produit chez le sujet, en métalloscopie, tous les effets que vous savez et que j'aurai l'occasion de vous rappeler, chemin faisant, et point du tout par les *métaux tout court*, car, à ce compte, l'administration du mercure et de l'or dans la syphilis, du tartre stibié dans la pneumonie, du sulfate de cuivre dans le croup, etc., feraient partie de la nouvelle méthode de traitement, ce qui n'est pas.

La métallothérapie est dite : *externe*, lorsqu'elle consiste exclusivement dans des applications métalliques; *interne*, lorsqu'on donne le métal à l'intérieur, sous une forme ou sous une autre; *mixte*, quand on fait les deux.

Les maladies visées par la métallothérapie ont été surtout, jusqu'à ce jour, les affections nerveuses, et il ne saurait être question ici que d'elles.

Vous voici en face d'une doctrine, celle-là même que je soutenais déjà en 1851 dans ma thèse inaugurale, et de laquelle je n'ai aujourd'hui rien à retrancher, et du fait thérapeutique. Voyons d'abord la première. J'espère que ce ne sera point pour vous du temps complètement perdu.

Nouvelle doctrine des névroses.— L'on peut diviser toutes les névroses en deux grandes classes, comprenant : la *première*, celles où il existe toujours une diminution permanente, soit de la sensibilité générale et spéciale, soit des forces musculaires et de la contractilité viscérale, soit, ce qui est le plus ordinaire, de toutes à la fois, pouvant aller de l'*analgésie* et de l'*amyosthénie*, qui en sont les premiers degrés, jusqu'à l'*anesthésie*, la *parésie*, voire même la paralysie la plus complète; et la *deuxième*, toutes les névroses, qui, par elles-mêmes, ne présentent jamais rien de pareil.

En tête des névroses de la première classe qui portent sur la sensibilité et sur la motilité uniquement, car pour les autres je les omets intentionnellement, se trouve l'hystérie, et, de la deuxième, l'épilepsie. Dans celle-ci, toujours la sensibilité et les forces musculaires sont normales, sauf les cas où, ce qui n'est point rare, l'épilepsie et l'hystérie se trouvent associées.

L'hystérie, que je prendrai pour type des névroses de la première classe, parce qu'elle les résume toutes, et que d'ailleurs c'est sur une hystérique que doit porter ma démonstration, peut se présenter sous des aspects et des formes si multiples et si variées que, vouloir les décrire tous, équivaudrait ni plus ni moins qu'à la folie insigne de prétendre noter tous les sons aigus et discordants qu'on pourrait tirer d'un violon à trois cordes dont l'une correspondrait à la sensibilité, la deuxième à la motilité et la troisième à l'intelligence; et cependant, quels que soient leur nombre et leur variété infinie, tous les symptômes propres à cette névrose peuvent être ramenés à trois groupes :

1° Groupe des symptômes *hyponerviques*, comprenant tous les troubles en moins, et pouvant par conséquent être désignés par le signe — : a) de la sensibilité générale et spéciale, l'*analgésie*, l'*anesthésie*, l'*achromatopsie*, etc., etc.; b) de la motilité, l'*amyosthénie*, la *parésie* et la *paralysie;* c) de la contractilité viscérale, la *constipation*, le *météorisme*, la *pneumatose*, le retrait des capillaires sur eux-mêmes, la *dysménorrhée*, l'*aménorrhée*, l'*anurie*, etc., etc.

2° Groupe des symptômes *hypernerviques*, à faire, par conséquent, aussi précéder du signe + : a) les *névralgies*, les *viscéralgies* et les *hyperesthésies* de toute sorte, aux lieux d'élection, à l'ovaire droit ou gauche suivant les cas, au vertex (clou hystérique) vers la 4e vertèbre dorsale, et sur les côtes, 5e, 6e et 7e, déterminant, cela va de soi, une activité proportionnellement exagérée de la fonction de l'organe auquel se distribuent les nerfs frappés, le larmoiement, le *ptyalisme*, la *bronchorrhée*, la *polyurie*, etc., et des besoins en proportion de la soif, de la *polydipsie*, de la *boulimie*, et parfois aussi de la *fièvre* de tous les types; e) les spasmes cloniques ou toniques de toute sorte, se traduisant vers les muscles pleins par des crampes, des attaques, éclamptiques ou hystériques, et des contractures pouvant simuler tous les genres de pied-bot, le varus surtout, de torticolis, de strabisme, de vaginisme, etc., et vers les muscles creux par des palpitations, par de la toux (*toux férine*), des accès d'asthme, des vomissements, de la coarcture du gros et du petit intestin, etc.

3° Groupe des symptômes *pondérateurs*, vous verrez dans un moment pourquoi ce mot, à désigner par le signe =, les troubles gastriques de toute sorte, la *dyspepsie*, l'*anorexie*, l'*apepsie*, avec toutes leurs conséquences, c'est-à-dire, l'appauvrissement du sang en toutes ses parties constitutives, l'amaigrissement, la flaccidité des chairs, les bouffissures, etc., en un mot, la cachexie inhérente à ce qui constitue la *chlorose*, la *chloro-anémie*, les *pâles couleurs*, etc., des auteurs.

Les caractères distinctifs de ces trois groupes de symptômes sont les suivants :

Ceux du groupe — sont essentiellement permanents, ils

suivent en silence la névrose dans toutes ses phases, ils augmentent ou ils diminuent toujours avec elle dans la même proportion ; ils sont toujours les premiers à disparaître ou à revenir ; ils ne restent absents que tout le temps que dure la guérison ; leur retour annonce infailliblement une rechute plus ou moins prochaine ; ils *marquent* enfin *le pas*, pour ainsi dire, à toute heure, si bien qu'ils constituent véritablement comme une sorte de POULS de la névrose, sur lequel il ne faut jamais cesser de porter la vue.

Voilà pourquoi je ne me sépare pas des deux instruments que je fais passer sous vos yeux. L'un d'eux est un dynamomètre à main, dont je fis construire le premier modèle par la maison Charrière, en 1849, c'est-à-dire à une époque où personne ne semblait se douter encore de l'existence de l'amyosthénie, comme symptôme des névroses, et le deuxième, un esthésiomètre, que je fis faire un peu plus tard, sur les données qu'avait fournies Weber.

Les symptômes du groupe + sont aussi bruyants que ceux du groupe — sont silencieux, ce qui leur valut de tout temps le très-fâcheux privilège de fixer presque exclusivement l'attention des médecins, aussi bien que celle des malades. Ils sont essentiellement transitoires, et se transforment sans cesse les uns dans les autres, de manière à faire croire, à tout moment, à des guérisons qui n'existent point. Quand l'un d'eux règne de longues années, *sans aucune interruption*, c'est tout à fait exceptionnellement, et encore coexiste-t-il d'ordinaire avec d'autres désordres qui gardent, eux, l'*intermittence*. Puisque je viens d'en prononcer le mot, que l'intermittence dans les névroses ne vous en impose point, car, laissez-moi vous le dire en passant, il s'est vidé, en son nom, des flacons de sulfate de quinine en non moins grand nombre et non moins inutilement que cette antique théorie de l'action directement reconstituante du fer dans la chlorose, contre laquelle je ne manque jamais de protester, toutes les fois que l'occasion m'en est offerte, a fait et fera malheureusement encore engloutir, par les chlorotiques, des tonneaux de préparations martiales !

3° Les troubles = marchent, eux, toujours parallèlement à ceux des deux autres groupes, et, comme les premiers, ils sont permanents. Je les ai appelés *pondérateurs*, parce qu'en effet leur rôle est de pondérer les forces en les frappant à leurs sources vives. En modérant leur production, ils préviennent, dans une certaine mesure, la formation de celles dont l'organisme n'a plus l'emploi, et dont il est obligé de se débarrasser par des dépenses artificielles d'autant plus retentissantes que l'inactivité des organes auxquels ces forces étaient destinées est devenue plus grande.

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ — M. BADAL.

Conférences d'optométrie (1).

DE L'ACUITÉ VISUELLE.

L'*acuité visuelle* est la finesse de perception de la vue. C'est la résultante d'un ensemble de facultés qui permettent d'apprécier l'éclairage, la couleur et la forme des objets.

Il y a donc lieu de diviser l'acuité en *acuité pour la lumière, pour les couleurs et pour les formes*. On distingue en outre, pour chacune d'elles, une acuité *centrale*, et une acuité *périphérique*, suivant que la vision s'exerce à l'aide des parties centrales de la rétine, ou à l'aide des parties latérales. On sait, en effet, que la sensibilité de cette membrane atteint son maximum au niveau de la *tache jaune*, où se remarque une accumulation considérable des éléments histologiques connus sous le nom de *cônes*, et diminue de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne de ce point.

(1) Voir les numéros des 5, 14 février, 7 mai et 25 juin.

Toutes les fois qu'il est question d'acuité visuelle, sans autre désignation, on suppose qu'il s'agit de l'acuité centrale pour les objets figurés, vus à la lumière ordinaire du jour. C'est la seule chose dont nous devrons nous occuper aujourd'hui ; l'étude de l'acuité périphérique trouvera naturellement sa place à propos de la mesure du champ visuel, et une leçon sera plus tard spécialement consacrée à la vision des couleurs.

Quant à l'acuité pour la lumière, c'est-à-dire à l'influence de l'éclairage sur la perception des objets, et à la faculté que nous possédons d'apprécier des différences d'intensité lumineuse plus ou moins faibles, elle nécessite, pour être étudiée convenablement, la connaissance de cette partie de la physique connue sous le nom de *photométrie*, et je devrai me borner à vous donner, chemin faisant, quelques indications générales à ce sujet.

Acuité centrale pour les objets figurés vus à la lumière du jour. — On comprend qu'un objet ne peut être vu *distinctement, c'est-à-dire dans ses moindres détails*, qu'autant que chacun des points de cet objet peut provoquer, par les rayons qu'il envoie à l'œil, une sensation lumineuse parfaitement distincte des sensations données par les points voisins.

Les déterminations relatives à l'acuité visuelle peuvent donc se ramener, en définitive, à la recherche des conditions que doivent remplir *deux* points éclairés pour être distingués l'un de l'autre. Quant à la perception d'*un* point lumineux isolé, on sait qu'elle dépend uniquement de la puissance de l'éclairage ; c'est ainsi que les étoiles fixes, par exemple, sont perçues par l'œil comme des points très-lumineux, malgré la petitesse infinie de leur grandeur apparente.

De même qu'on explore la sensibilité cutanée en cherchant quel est le plus petit écartement à donner aux pointes d'un compas pour que les piqûres provoquent une double sensation, de même on mesure l'acuité visuelle en cherchant quelle est la plus courte distance qui doit séparer les images rétiniennes de deux points lumineux, pour que ces points donnent encore lieu à deux sensations distinctes : plus l'écartement est faible, plus grande est l'acuité, cela est évident.

Nous ne possédons, il est vrai, aucun moyen de déterminer directement la distance des deux images rétiniennes en question, distance qui varie avec la situation de la rétine par rapport au centre optique de l'œil, mais nous pouvons toujours mesurer l'angle visuel correspondant. Aussi, faute de mieux, a-t-on dû prendre, pour la mesure de l'acuité, *le plus petit angle visuel sous lequel deux points lumineux peuvent être distingués l'un de l'autre*. L'acuité est, par suite, inversement proportionnelle à cet angle.

Acuité normale. Unité de mesure. — Les observations faites sur les étoiles montrent que, sur 100 personnes, une à peine parvient à distinguer l'une de l'autre deux étoiles séparées par un angle *d'une minute*. Si, au lieu de points lumineux très-petits, on se sert d'objets figurés, de bandes parallèles, par exemple, alternativement blanches et noires, et de même largeur, on trouve que ces objets ne peuvent être distingués les uns des autres par un œil normal, qu'autant que la distance des centres de deux bandes, séparées par une troisième, sous-tend un arc de 100″ (*cent secondes*), que, par conséquent, la largeur de chaque bande mesure un angle de 50″. A cet angle correspond, dans l'œil schématique de Listing, un arc rétinien de 4 millièmes de millimètre, environ ; or, d'après les mensurations les plus récentes, le diamètre des cônes, dans la *fovea*, est de 2 1/2 à 3 millièmes de millimètre. L'arc rétinien, correspondant aux plus petites images perceptibles, mesurerait donc une fois et demie le diamètre de ces éléments, ce qui paraît confirmer cette hypothèse que chaque cône de la *fovea centralis* peut extériorer séparément l'impression qu'il a reçue, à la condition que la distance des centres des images soit plus grande qu'une fois et demie la largeur d'un cône.

Cet angle de 50″ représente assez exactement l'acuité visuelle

moyenne des jeunes gens. Quelques-uns jouissent pourtant d'une acuité supérieure, et il n'est pas rare de voir un angle visuel de 40, 35 et même 30″, suffire à la perception distincte des objets qu'il sous-tend.

A partir de trente ans, l'acuité visuelle diminue insensiblement et vers l'extrême vieillesse elle se trouve réduite de près de moitié. L'angle visuel de 60″ (*une minute*) représente assez bien l'acuité normale vers l'âge moyen de la vie. Si on prend cet angle pour unité et qu'on représente l'acuité correspondante par 1, ou 20/20, voici, d'après Donders, les chiffres de l'acuité visuelle aux différents âges :

10 à 30 ans.	22/20
40 —	20/20
50 —	18/20
60 —	16/20
70 —	13/20
80 —	11/20

D'après mes observations personnelles, ces derniers chiffres sont un peu faibles.

n résumé, à partir de quarante ans, où l'acuité est égale à 20/20 elle diminue de 1/20 environ tous les cinq ans.

Causes qui font varier l'acuité. — La diminution de l'acuité visuelle liée aux progrès de l'âge, tient surtout à trois causes : 1° moindre transparence des milieux réfringents, du cristallin, en particulier ; 2° rétrécissement graduel de la pupille, qui laisse arriver moins de lumière à l'œil ; 3° affaiblissement sénile de l'appareil nerveux.

Ces mêmes causes, et bien d'autres encore, d'ordre physique, physiologique ou pathologique, peuvent faire varier l'acuité d'un sujet à l'autre, ou chez le même individu. Les plus importantes peuvent être groupées et classées de la façon suivante :

1° Conditions extérieures modifiables au gré de l'observateur.	Éclairage général ; éclairement des objets d'épreuve. Adaptation de la rétine à l'éclairage du milieu. Forme des objets d'épreuve. Exercices auxquels l'œil a été soumis.
2° Anomalies de l'œil susceptibles d'être corrigées ou atténuées à l'aide de moyens optiques ou autres.	Anomalies de la réfraction statique. Anomalies de la réfraction dynamique. Troubles fonctionnels de l'iris.
3° États pathologiques. Anomalies qui ne peuvent être corrigées.	Défaut de transparence des milieux de l'œil. Certaines irrégularités de courbure des surfaces réfringentes (astigmatisme régulier). Maladies des membranes profondes. Troubles du système nerveux.

a) L'éclairage général, et plus encore l'*éclairement* des objets employés à la mesure de l'acuité, ont une influence marquée sur le résultat de l'examen. L'éclairage d'une belle journée est celle qui donne la meilleure acuité. Pour de faibles variations d'*éclairement* des objets d'épreuve, l'acuité croît avec l'intensité de la lumière, mais il n'en est plus de même au-delà de certaines limites; avec une lumière trop éclatante, l'acuité diminue même au lieu de s'élever.

b) L'adaptation imparfaite de la rétine à l'éclairage de la salle où se pratique l'examen pourrait, si l'on n'y prenait garde, donner lieu à des erreurs considérables. Il faut plusieurs minutes pour que l'œil qui passe, de l'obscurité ou d'un milieu mal éclairé, à un jour vif, puisse s'habituer à ce changement.

c) La configuration des objets destinés aux épreuves a une influence manifeste sur les chiffres obtenus pour la mesure de l'acuité. Cela est fâcheux au point de vue de la comparaison des résultats; aussi est-il à désirer qu'on fasse choix d'un type unique qui permette de rendre rigoureusement comparables les chiffres obtenus en tous lieux. Nous verrons plus loin ce qui a été fait à ce sujet.

d) Certains exercices visuels, et surtout ceux relatifs aux déterminations optométriques, ont pour effet d'élever un peu le chiffre de l'acuité ; en partie, parce que la puissance de perception de la rétine se développe par l'exercice ; en partie aussi, parce que l'œil s'habitue à reconnaître les objets d'épreuve déjà vus. Cette dernière cause fait qu'après un certain nombre d'examens pratiqués chez la même personne, il devient parfois difficile de mesurer rigoureusement son acuité visuelle.

e) L'adaptation plus ou moins exacte de l'appareil dioptrique, à la distance du point de fixation, exerce sur la netteté des images rétiniennes, et par conséquent sur l'acuité, une influence considérable. Moins l'adaptation est parfaite, plus les images sont diffuses, et moins bonne est l'acuité. Mais ici la diffusion des images, conséquence d'une anomalie de la réfraction statique ou dynamique, peut toujours être corrigée par un verre de lunette convenablement choisi.

f) L'influence exercée sur l'acuité par le diamètre de la pupille trouve son explication : 1° dans la différence de clarté des images rétiniennes; 2° dans l'inégale diffusion des images, au cas où les yeux ne sont pas exactement accommodés pour la distance à laquelle se pratique l'examen.

La grandeur des cercles de diffusion est en raison directe du diamètre de la pupille, tandis que la quantité de lumière qui pénètre dans l'œil croît comme le carré de ce diamètre. Ces deux influences s'exercent donc en sens contraire, mais d'une manière inégale. La question d'éclairage est prépondérante dans le cas d'une accommodation exacte, ou à peu près. Aussi, avec une pupille très-étroite, l'acuité se trouve-t-elle alors un peu amoindrie ; au contraire, dans l'état de non-adaptation, l'acuité croît avec l'étroitesse de la pupille, malgré un moindre éclairement des images, par suite de la diminution des cercles de diffusion. En général une pupille de grandeur moyenne, c'est-à-dire de 3 à 5 millimètres de diamètre, est celle qui donne la meilleure acuité.

L'emploi des lunettes dites *sténopéiques*, ou de certaines préparations en tête desquelles se placent l'*atropine* et la *calabarine*, peuvent atténuer les effets fâcheux des troubles fonctionnels de l'iris.

g) La transparence des milieux réfringents, le poli, la diaphanéité des surfaces qui les limitent, sont des conditions essentielles de la netteté des images qui se forment au fond de l'œil. Si ces conditions font défaut, la diffusion des images est au-dessus des ressources de l'art, aucun artifice d'optique ne peut y porter remède. Il en est de même pour certaines irrégularités de courbure des surfaces réfringentes que ne peuvent corriger les verres cylindriques (*astigmatisme irrégulier*).

h) L'influence que peuvent avoir sur l'acuité visuelle les lésions des membranes profondes et les troubles du système nerveux, est trop évidente pour qu'il soit nécessaire d'insister là-dessus. Ces questions seront étudiées en détail à propos de l'amblyopie.

En résumé, les conditions extérieures de tout examen restant les mêmes, ou à peu près, on voit que les épreuves relatives à la mesure de l'acuité doivent donner des résultats très-différents suivant qu'on a, au préalable, corrigé le mieux possible les anomalies de la vision, ou bien, au contraire, suivant qu'on se contente de mesurer l'acuité telle quelle, sans recourir à aucun artifice.

Chaque fois qu'il est question de l'acuité d'un œil, il est universellement admis qu'on entend par le seul mot *acuité* l'acuité *avec correction*, à moins de mention contraire.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Fabre.

Les oliguries.

(Leçon recueillie par le docteur Audibert.)

La quantité d'urine que doit rendre, chaque jour, un homme sain est de 1,300 grammes environ, quantité fort variable d'ailleurs suivant certaines conditions hygiéniques parmi lesquelles figurent, au

premier rang, l'élévation de la température et la quantité des boissons absorbées. De même que l'émission d'une quantité d'urine notablement supérieure à la normale a été étudiée sous le nom de polyurie, l'émission d'une quantité d'urine notablement inférieure à la normale mérite d'être étudiée sous le nom d'oligurie. L'oligurie est fréquente; nous en avons constamment plusieurs cas dans nos salles; elle est bien plus commune que la polyurie, puisque nous rencontrons, en moyenne, au moins cinq oliguries pour une polyurie; elle se montre à nous, non pas comme une maladie, mais comme un symptôme commun à une foule de maladies différentes. Rechercher d'abord, en nous aidant surtout des faits récemment observés par nous, les conditions pathologiques qui président à sa production; jeter ensuite un coup d'œil rapide sur son mécanisme et sur ses conséquences, tel sera le double objet de notre entretien d'aujourd'hui.

I

Parmi les maladies qui produisent des oliguries, nous trouvons d'abord des *affections rénales.*

En premier lieu des *congestions.* C'est manifestement par l'intermédiaire d'une congestion que s'est produite l'oligurie dont a été atteint notre ataxique du n° 29 de la salle Aillaud, qui, un jour, n'a rendu que cent grammes d'une urine qui renfermait en proportions notables des globules sanguins. J'ai vu des urines encore plus chargées de globules et rendues en quantité presque aussi minime par des femmes sous l'influence du molimen menstruel.

Des *inflammations* ensuite. Ne croyez pas cependant que toutes les néphrites produisent également l'oligurie. Nous ne l'observons pas dans les néphrites interstitielles, où l'urine est abondante et manque de densité; elle est au contraire assez prononcée dans les néphrites franchement parenchymateuses, où l'urine est rare et d'une haute densité. Ces deux éléments, quantité et densité des urines, sont un puissant moyen d'établir le diagnostic différentiel entre les deux néphrites, qui d'ailleurs, plus souvent qu'on ne le pense, se trouvent réunies.

La *néphrite scarlatineuse* est, d'après mon observation personnelle, celle où l'oligurie peut arriver au plus haut degré d'intensité en même temps que l'albuminurie; c'est du moins ce qui se passe à Marseille, car il ne faut pas oublier que le génie épidémique varie suivant les temps et les lieux. J'attache à cette suppression d'urine une haute valeur pronostique; ici presque tous les accidents graves qui surviennent dans le décours de la scarlatine : œdème, phénomènes cérébraux, inflammations diverses, plus ou moins purulentes et plus ou moins durables, sont peut-être causés, à coup sûr précédés par l'oligurie; j'ai constaté d'abord et maintenant je prédis ces accidents, lorsque, dans la scarlatine, l'urine diminue d'une manière sensible et permanente.

Mais il est une espèce de néphrite sur laquelle notre attention s'est fixée ces derniers temps et qui paraît exercer sur le phénomène oligurie une influence plus constante, bien que moins puissante et variable suivant les cas; c'est la néphrite consécutive à une inflammation des autres éléments de l'appareil urinaire et que l'on pourrait appeler la *néphrite par propagation.*

J'avais d'abord été frappé de la fréquence des néphrites qui se développent, et restent ordinairement, il est vrai, limitées à un degré modéré, dans le cours de la blennorrhagie. J'ai dû alors me demander si elles étaient dues à la nature ou au siège du mal; si elles étaient produites directement par le virus blennorrhagique ou si elles résultaient de la propagation du mouvement inflammatoire développé dans les parties inférieures des voies urinaires. Les autres cas, où nous avons vu l'inflammation rénale succéder à des inflammations vésicales de nature diverse, ont fixé à cet égard ma manière de voir. L'inflammation spontanée, comme l'inflammation provoquée, comme l'inflammation thérapeutique, chemine de proche en proche dans les diverses pièces d'un même appareil, processus particulièrement remarquable dans le système nerveux, mais qui ne lui appartient pas en propre; et, de même qu'on voit dans l'appareil respiratoire l'inflammation descendre du larynx dans les petites bronches, on voit aussi dans l'appareil urinaire l'inflammation monter de l'urèthre dans la vessie, et de la vessie dans le rein.

Notre chef de clinique, le docteur Garcin, fait actuellement sur ces néphrites par propagation des recherches dont les faits qui se sont passés dans le service lui ont permis de constater la fréquence, de suivre l'évolution et de déterminer les caractères, ce qui sera prochainement de sa part l'objet d'un travail spécial.

L'oligurie est un signe important de cette affection.

Quatre cas se sont présentés ces temps derniers à la clinique, où cette néphrite par propagation s'est manifestée. Dans un de ces cas, le n° 7 de la salle Sainte-Élisabeth, l'urine n'a pu être recueillie et mesurée, elle l'a été dans les trois autres, et tous nous ont présenté de l'oligurie.

Au n° 12 de la salle Sainte-Élisabeth, la quantité d'urine rendue a oscillé entre 540 et 580 grammes. L'aspect jaunâtre à l'œil nu; au microscope les globules pyoïdes et les débris épithéliaux prédominant sur les cylindres; à l'analyse chimique une petite quantité d'albumine et une très-faible quantité d'urée; tels étaient les principaux caractères de l'urine chez cette malade qui présentait comme principaux phénomènes rationnels de l'anasarque et des douleurs lombaires.

Au n° 15 de la même salle, les signes rationnels de la néphrite se résumaient en une algidité cholériforme; il fallut le cathétérisme pour se procurer 90 grammes d'une urine sanieuse qui renfermait des globules pyoïdes nombreux à noyaux multiples et quelques globules sanguins; pas d'albumine, pas tout à fait un gramme d'urée pour cette quantité d'urine.

Au n° 26 de la salle Aillaud, l'urine était plus copieuse, de 500 à 1,000 grammes; mais elle était extrêmement pauvre en urée ainsi qu'en albumine; son aspect était laiteux; au microscope on y remarquait de nombreux débris épithéliaux et tubulaires.

Ces quelques détails, que je vous rappelle succinctement, suffisent pour vous faire comprendre l'importance de l'oligurie pour le diagnostic des néphrites par propagation. On ne peut, en effet, se fier ici à l'albuminurie, qui est faible et inconstante, ni aux signes rationnels, douleurs lombaires, œdème, algidité, qui sont variables et manquent souvent. Certaines modifications de l'urine, aspect laiteux, globules pyoïdes, prédominance de l'élément épithélial sur l'élément tubulaire, sont beaucoup plus constantes, mais ne permettent guère de distinguer la néphrite de l'inflammation concomitante des autres parties de l'apareil urinaire. Seuls, deux signes sont ici remarquables par leur fréquence et par leur valeur : l'oligurie et la diminution d'urée, qui témoignent l'une et l'autre d'une diminution fonctionnelle du rein.

Dans les autres affections rénales, l'oligurie doit forcément marcher parallèlement avec la désorganisation du rein, d'après les présomptions de la théorie; l'observation permet quelquefois de constater le contraire, comme le prouve la polyurie de la dégénérescence amyloïde.

Dans les oblitérations des voies urinaires, obstruction des uretères par un calcul ou compression des uretères par une tumeur, l'anurie, le défaut de sécrétion devient la conséquence immédiate et forcée du défaut d'excrétion; mais, comme d'habitude cette compression ou cette obstruction est unilatérale, le rein respecté fonctionne presque pour deux, et l'anurie unilatérale passe presque inaperçue du clinicien, tandis que, dans les affections inflammatoires de la vessie et dans les affections douloureuses des uretères, il peut se produire une oligurie momentanée par action réflexe.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 août 1878. — Présidence de M. LUYS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

Métalloscopie. — M. REGNARD lit, au nom de M. Vigouroux, un travail intitulé : *Théorie physique de la métalloscopie.* (Sera publié.)

Propriétés motrices du nerf pneumo-gastrique. — M. JOLYET a fait une série d'expériences tendant à démontrer que le

pneumo-gastrique est, à la fois, un nerf sensitif et moteur. Les auteurs qui, jusqu'ici, ont nié que ce nerf possédât des propriétés motrices, se sont appuyés sur ce fait qu'il est extrêmement difficile de séparer, à leur origine, les fibres du pneumo-gastrique de celles du spinal, et que c'est à ce dernier nerf qu'il faut rapporter les propriétés motrices attribuées au pneumo-gastrique.

M. Jollyet, pour prouver le contraire, a, sur des chiens, arraché le spinal du côté droit, puis, après vingt jours, il a interrogé le nerf pneumo-gastrique et a pu constater que, sous l'influence de l'excitation de ce nerf, les contractions de l'œsophage et de l'estomac avaient lieu tout aussi bien du côté où le spinal avait été coupé que du côté où il avait été conservé.

M. MATHIAS DUVAL présente quelques considérations anatomiques venant à l'appui de cette conclusion émise par M. Jollyet que le pneumo-gastrique est à la fois un nerf sensitif et moteur. Il résulte, en effet, des recherches auxquelles se sont livrés plusieurs anatomistes, et en particulier M. Mathias Duval, que le spinal cervical pneumo-gastrique et le glosso-pharyngien sont des nerfs mixtes, c'est-à-dire sensitifs et moteurs dès leur origine.

Application de la méthode graphique à l'étude des mouvements de la membrane du tympan. — M. GELLÉ met sous les yeux de la Société des tracés graphiques obtenus par la méthode de Marey et qui indiquent les mouvements de la membrane du tympan, soit pendant la déglutition, soit pendant l'épreuve de Valsalva, soit à la suite de la douche d'air de Politzer, etc.

Le *tracé de la déglutition* varie suivant qu'on la fait le nez pincé ou non.

Dans les conditions physiologiques, la déglutition produit au tympan de légers mouvements que les tracés enregistrent : ils ont pour caractère particulier d'être très-légers et constitués par une série d'oscillations peu étendues autour de la ligne qui indique la position de repos. Ces allées et venues montrent bien que le tympan est à chaque instant remué, mais que le déplacement est corrigé à chaque instant : c'est l'élasticité de la cloison prise sur le fait. Quand on *déglutit le nez pincé*, le tracé se renverse ; le petit crochet terminal tout à l'heure est initial en ce cas, et le phénomène est beaucoup plus accusé. Sa répétition est également limitée, car nous ne sommes plus dans les conditions physiologiques ; le procédé est artificiel et déploie une certaine force. Il en résulte que l'opération de la cloison vers le pharynx peut être telle que le retour à la normale est devenu impossible, si des mouvements de déglutition simple ne viennent permettre l'introduction d'une certaine quantité d'air et par suite faciliter le retour élastique de la cloison. Les tracés montrent toutes ces phases.

L'épreuve dite de Valsava consiste à faire le geste de se moucher sans laisser sortir l'air par le nez. Cet air condensé ainsi fait effort sur les parois pharyngées, et force l'entrée des trompes, puis pénètre dans l'oreille. Le tracé marque cette irruption brusque de l'air et la poussée excentrique sur le tympan qui se produit alors. C'est un *crochet* formé d'une ligne d'abord verticale et d'une hauteur moyenne de 2 millimètres sur les graphiques de M. Gellé. A cette ligne ascensionnelle brusque, et d'autant plus perpendiculaire que l'effet de Valsalva est mieux réussi et que la cloison est plus violemment poussée, succède une courbe de retour vers l'axe presque aussi rapide. La descente n'aboutit jamais aussitôt à la ligne d'axe : à la moitié, au tiers de la course, suivant la réaction élastique de la cloison, et la facilité que l'air condensé par surcroît trouve à s'évader par les trompes.

Cette descente cesse, et le tracé se prolonge obliquement et presque parallèlement à l'axe dans un trajet relativement très-long avant d'arriver à toucher l'axe.

Les mouvements de déglutition aident à vider la caisse distendue et facilitent le retour rapide à la normale.

L'étude des divers temps de ce tracé permet de se rendre compte des diverses phases du phénomène dit l'épreuve de Valsalva, et de l'employer à la recherche des états anatomo-pathologiques de l'organe de l'ouïe.

Pour les tracés suivants, M. Gellé a mis en présence l'effet de la contraction des *muscles auriculaires*, dilatateurs du conduit auditif externe, et les courbes brusques et amples de nées l'*abaissement de la mâchoire* qu'il suffit d'avoir vues pour que toute confusion soit impossible.

La Société se forme en comité secret à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 août 1878, M. le docteur Brown-Sequard (Charles-Édouard) a été nommé professeur titulaire de la chaire de médecine au Collège de France, en remplacement de M. Claude Bernard, décédé.

— Par décret en date du 3 août 1878, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Marchessaux, médecin principal de 1re classe, en retraite.

Au grade de chevalier : M. Prieur, ancien chirurgien militaire ; M. le docteur Maximilien Despagnes ; M. Dubest (de Pont-du Château), ancien médecin aide-major.

— *Errata.* — Page 706, 2e colonne, 5e ligne, au lieu de : ce sont des symptômes de *comparaison*, il faut lire : ce sont des symptômes de *compression*.

Page 719, 1re colonne, 2e ligne, au lieu de : anatomie *physiologique*, il faut lire anatomie *zoologique*.

Clinique climatologique des maladies chroniques, par le docteur THAON, ancien interne des hôpitaux, etc., 1er fasc., phthisie pulmonaire. 1 vol. in-8°, avec 2 planches. — Prix : 4 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Des Scrofulides des muqueuses, par le docteur LOOTEN. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

De l'Azoturie, par le docteur DEMANGE. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Dragées arsenico-ferriques
aux sels naturels de la Dominique.

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — Biett. — Bouchardat, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan
AU SEL DE BERTHOLLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Dethan, ph., faub. St-Denis, 90, à Paris; Lardet, pharm., rue de l'Hôtel-de-Ville, 9, à Lyon, et dans les pr. pharmacies de France et de l'étranger.

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

VIN FORESTIER A LA VIANDE.
VIN FORESTIER A LA GLYCÉRINE PURE.
Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14

Fer-Diastasé assimilable
du Dr V. BAUD

Sous la forme de granules bien dosés, un sel de FER combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, devient le plus facile et le plus actif des *ferrugineux*. — Sans saveur ni cause d'irritation, il se trouve indiqué contre l'*anémie*, la *chlorose*, etc.
Paris, 22 et 19 r. Drouot.

Koumys — Edward
Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward
Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.
Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt central : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine
de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et en rayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Vin et Sirop de Dusart
AU LACTOPHOSPHATE DE CHAUX.

Les recherches de M. Dusart sur le phosphate de chaux ont montré que ce sel, loin d'être inactif comme on le supposait, est au contraire doué de propriétés physiologiques et thérapeutiques très-remarquables. — Physiologiquement, il se combine aux matières azotées des aliments et les fixe en les transformant en tissus; de là, développement de l'appétit et augmentation du poids du corps. — Thérapeutiquement, ces propriétés en font un reconstituant de premier ordre.

Le Sirop dans la médication des enfants, le Vin chez l'adulte, dans les affections de l'estomac et comme analeptique, sont généralement admis. — Sous forme de Solution, le lactophosphate de chaux s'adresse aux malades qui supportent mal les deux premières préparations.

Indications : Croissance, rachitisme, dentition, affections des os, plaies et fractures, débilité générale, phthisie, dyspepsie, convalescences.

Dose : 2 à 6 cuillerées par jour. Pharmacie, 113, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

Tamar indien Grillon.
(Électuaire lénitif nº 532 du Codex.)
FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.
Ph. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris. Bte, 2 fr. 50

Bourboule, SOURCE Choussy,
La plus arsenicale des eaux minérales connues. C'est avec l'eau de la *Bourboule-Choussy* qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris par MM. J. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule. Dépôt : chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet
(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Diathèse urique.
Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Diabète, Albuminurie, Coliques néphrétiques, Coliques hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.
Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.
Vingt ans de succès.
Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharmacie.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Viande crue et alcool.
ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement gros : 20, place des Vosges, Paris.

Eau de Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Écoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique
LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pepsine Boudault,
seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Elixir de Boutigny
AUX 3 QUINQUINAS ET A LA COCA DU PÉROU

Equivalant comme richesse médicamenteuse et comme action curative *à 4 fois son volume de Vin de Quinquina au Malaga du Codex*. Très-économique pour le malade, très-agréable au goût. *Chaque cuillerée à bouche de cet Elixir contient 75 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique des Trois Quinquinas et 25 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique de Coca.* — LA BOUTEILLE DE 75 CENTILITRES : 8 FR. Vente en gros à la phie Boutigny, à *Forges-les-Eaux* (S.-Infre); à Paris, phie Milville, 7, rue du Rocher, et toutes les phies.

Bain Pennès, reconstituant,
stimulant et résolutif des plus efficaces.

Expérimenté avec succès dans **15** *Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 25. — *Se garantir des contrefaçons en exigeant le* TIMBRE DE L'ÉTAT *sur l'étiquette.* — **Vente en gros**, à la Fabrique, 2, r. de Latran, Paris. — **Dépôt**, dans les pharmacies.

N° 92. — JEUDI 8 AOUT 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 8 AOUT 1878. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Voilà l'Académie entrée dans la période des vacances. La séance, commencée très-tard, se terminait à quatre heures et demie, rien n'étant plus à l'ordre du jour.

Après une communication fort intéressante de M. Cornil sur l'anatomie pathologique des plaques muqueuses, on a entendu, ou plutôt on aurait pu entendre, si la voix, déjà un peu sourde, de M. Giraud-Teulon, n'eût pas été couverte par le bruit des conversations particulières, un très-long rapport de ce savant ophthalmologiste sur les découvertes récemment faites tant en Italie qu'en Allemagne au sujet de la constitution interne de la rétine et du mode suivant lequel cette membrane est impressionnée par la lumière. Nous publions un résumé assez complet de ce rapport. Dr Victor Revillout.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

De la recherche des causes latentes de certaines cachexies.

I.

Toutes les fois que le médecin se trouve en présence d'un malade atteint de cachexie bien prononcée, et qu'il ne découvre pas chez lui les causes ordinaires et évidentes de la cachexie, il ne doit pas se contenter de la simple constatation de cet état, et il doit chercher avec soin la cause réelle de cette cachexie inexpliquée. C'est parfois un problème de diagnostic très-difficile et très-complexe.

Or, quand il n'existe pas une lésion manifeste qui puisse expliquer la cachexie, on devra en rechercher la cause dans : 1° une affection organique latente; 2° une diathèse; 3° une hygiène défectueuse; 4° une intoxication chronique. Le plus souvent, on verra que l'une ou l'autre de ces causes explique très-bien la cachexie constatée : la meilleure preuve en est que, en combattant cette cause, on supprime la cachexie. Ces considérations me sont suggérées par l'histoire de deux malades, actuellement présents dans notre service.

Le premier de ces malades est la jeune fille couchée au n° 2 de la salle Sainte-Adélaïde, qui est entrée à l'hôpital dans un état de cachexie profonde. Nous avons hésité d'abord entre le diagnostic de chloro-anémie et celui de l'insuffisance aortique. En effet, le tracé sphygmographique du pouls était presque identique à celui de l'insuffisance aortique, il présentait souvent un petit crochet; de même, sous la main, le pouls avait aussi des caractères analogues à ceux que l'on constate dans cette affection. Cependant les symptômes de la chlorose étaient tellement prononcés que nous avons pu affirmer que la malade était chlorotique, mais qu'elle n'avait aucune affection aortique, et nous avons pu établir ce diagnostic en recherchant les conditions dans lesquelles cette jeune fille a vécu. Elle est, en effet, venue à Paris depuis deux ans; elle a exercé la profession de cuisinière dans une maison où elle s'est trouvée dans une situation particulière : elle fait la cuisine dans une pièce où il n'existe pas de cheminée, et pas même de hotte au-dessus du fourneau où elle brûle le charbon. On comprend donc que, dans cette atmosphère limitée, les vapeurs d'acide carbonique et d'oxyde de carbone se répandent facilement, au lieu d'être entraînées par le courant d'air d'une cheminée, et que la jeune fille, exposée tous les jours à cette intoxication, a subi progressivement et peu à peu les effets nuisibles de ces gaz délétères. Sans doute, l'air y est assez renouvelé par les ouvertures des portes et des fenêtres pour qu'il ne se produise pas d'accidents aigus, mais l'empoisonnement lent, inconscient, est quotidien; il n'en est que plus redoutable. C'est ainsi que nous avons pu rattacher à une cause hygiénique, après avoir vainement exploré les autres processus cachectiques, un état chloro-anémique que nous ne pouvions d'abord nous expliquer. Il est évident aussi que, pour affirmer cette origine de la cachexie, il faut avoir éliminé toutes les autres, car il existe un grand nombre de gens soumis à la même intoxication et qui n'en ressentent pas de graves inconvénients.

I. Une *affection organique latente* peut donner naissance à un état de cachexie déjà bien avancé, alors que l'on n'observe encore aucun symptôme subjectif de cette affection. Si, dès lors, le médecin étudie attentivement son malade, il constatera des signes caractéristiques de la lésion des organes soupçonnés. Tel est le cas de ce jeune homme que nous venons de voir à la visite : il a été atteint d'attaque aiguë de rhumatisme articulaire en 1871-72; c'est assurément sous cette influence que s'est développée l'affection cardiaque que nous avons constatée aujourd'hui, et celle-ci, quoique très-prononcée, ne l'a pas incommodé jusqu'à ce jour. Les affections cardiaques, en effet, peuvent exister pendant des années, sans qu'aucun symptôme subjectif appréciable attire l'attention de ceux qui en sont atteints.

Il en est de même de certaines autres lésions siégeant plus profondément; le cancer du rectum peut échapper pendant

longtemps, ne produisant aucun autre symptôme que la constipation et restant tout à fait ignoré jusqu'au jour où une hémorrhagie considérable attire l'attention du médecin qui fait une exploration minutieuse et reconnaît enfin la cause d'une cachexie insuffisamment expliquée. C'est le cas du deuxième malade qui m'a amené à faire ces recherches. Le cancer de l'estomac peut aussi être absolument latent, ne se révéler par aucun des signes pathognomoniques, hématémèse, melæna, et produire simplement une dyspepsie peu accusée. La cachexie arrive cependant et fait des progrès continuels. Le cancer du poumon peut encore amener la cachexie avant qu'il ait été diagnostiqué. La tuberculose elle-même peut produire la même erreur. On voit donc qu'il importe d'examiner avec soin un cachectique lorsqu'on ne lui a pas trouvé une lésion organique évidente qui explique son état de consomption.

II. Certains *états diathésiques* peuvent amener l'altération de la santé avant que la diathèse se révèle par des manifestations locales habituelles. Je citerai, pour exemple, l'histoire d'une jeune fille qui vint à notre consultation présentant des symptômes de chlorose. Cependant, n'ayant pas constaté le *souffle jugulaire* auquel vous savez que j'attache une grande importance, je déclarai cette chlorose suspecte. La sœur de cette jeune fille fut alors atteinte de tuberculose : cette condition augmenta encore nos appréhensions, qui se justifièrent de plus en plus.

Cependant cette jeune fille resta chlorotique simplement, pendant un temps assez long encore ; enfin, elle présenta des signes de tuberculisation du sommet d'un poumon. Cette diathèse tuberculeuse s'est donc manifestée d'abord par des accidents de chloro-anémie, qui ont produit la cachexie avant l'apparition de la tuberculose elle-même. On voit même, dans des familles prédisposées à la turberculose, la diathèse ne se manifester que par la chlorose ; d'autres commencent par la chlorose et finissent par la phthisie tuberculeuse. Je pourrais citer, dans une famille éminemment vouée à la tuberculose, puisqu'elle compte vingt-sept tuberculeux dans trois générations, une jeune fille qui présente depuis sept ans une cachexie chlorotique sans qu'il soit survenu aucun symptôme de tuberculose pulmonaire.

Les mêmes considérations s'appliquent et se retrouvent dans les diathèses arthritique, syphilitique, etc.

III. Si l'on ne trouve pas l'explication de la cachexie dans les deux groupes précédents, il faut les rechercher dans un cadre beaucoup plus vaste, dans les *erreurs d'hygiène*. Cette classe comprend des causes innombrables, depuis les conditions plus générales de l'hygiène publique (*circumfusa*) jusqu'à celles de l'hygiène spéciale et individuelle.

On doit explorer d'abord les *conditions générales* dans lesquelles vit l'individu cachectique : à Paris, notamment, et dans les grandes villes, il faut tenir compte de ce qu'on a appelé avec raison la *malaria urbaine ;* tous ceux qui viennent de la province pour habiter Paris y sont exposés et ils en subissent tous un ébranlement plus ou moins considérable qui, chez quelques-uns, peut arriver jusqu'à une altération profonde de la santé. Pour les uns, la fièvre typhoïde sera le résultat et le terme de cette intoxication ; pour les autres, l'effet retentira sur la santé d'une façon latente et sans manifestation déterminée. La nature très-complexe de cette malaria urbaine nous échappe, mais il est certain qu'elle communique à l'air des qualités particulières, en dehors de toutes les autres circonstances au milieu desquelles vivent les individus qui y sont exposés. Il est certain que l'air des villes contient plus d'acide carbonique que l'air des campagnes : on cite Munich, Madrid, où l'on trouve une partie et demie pour mille d'acide carbonique, tandis que dans la campagne, en France, on n'en trouve que trois à six dixièmes par mille parties. D'autre part, si l'air des villes est nuisible, il ne faut pas croire que celui des campagnes soit toujours bon : on y rencontre de nombreuses conditions d'insalubrité. Sans nous occuper de celles qui tiennent au pays même, *malaria palustre*, qui sont, en général, assez faciles à reconnaître par les accès fébriles et le caractère qu'elles impriment aux états cachectiques qui disparaissent par le traitement approprié, il est d'autres infections moins faciles à déceler, qui ont leur source dans ce que Fonssagrives appelait avec raison les *marais domestiques.* Une de mes clientes, chaque fois qu'elle allait habiter la campagne (sur les hauteurs de Bellevue), était prise d'accès de fièvre tierce d'une intensité extrême. Je parvins à en reconnaître la cause dans un petit foyer local ; c'était un petit espace de terrain inculte, situé près de la maison, où les eaux s'accumulaient, au coin d'une petite ruelle. Ce terrain était donc alternativement immergé par les eaux et desséché : il n'en fallait pas davantage pour constituer un foyer très-nuisible. Dès que je proscrivis l'habitation, les accès ne reparurent plus. Mais parfois l'intoxication, au lieu de se manifester par des accidents aigus, aboutit exclusivement et insidieusement à la cachexie ; il est alors beaucoup moins facile de soupçonner d'abord et de dénicher ensuite le marais domestique, qui peut être limité à l'intérieur d'une maison, à un tas d'épluchures de légumes (cas observé par Fonssagrives), etc. Le même hygiéniste a vu, sur mer, que les vaisseaux transportent avec eux leur « marais domestique » : lorsque la cale est mal nettoyée, les matières végétales qui y séjournent, baignées dans l'eau, sont mises en mouvement par le tangage du navire et deviennent les foyers de petites épidémies qui disparaissent lorsque la cale est appropriée.

L'air des champs, dans certaines vallées alpestres par exemple, où l'on observe le goître et le crétinisme, est encore soumis à une intoxication qui, pour être mal déterminée, n'en est pas moins évidente et qui est une cause fréquente de cachexie.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Des syphilis ignorées.

La fréquence marquée des syphilis ignorées, dont nous avons encore eu un exemple ce matin même, et l'importance pratique de leur étude, m'engagent à vous en entretenir aujourd'hui. Voici d'abord comment la question se pose :

Un malade se présente au médecin avec une lésion qui, après un examen scrupuleux, paraît être de nature syphilitique. On interroge le malade ; il nie avoir jamais eu la vérole. On lui présente habilement ses questions sur les différents symptômes de la syphilis ; tous sont récusés énergiquement par le malade. Néanmoins le médecin, confiant dans les signes objectifs qu'il a trouvés, administre au malade, en dépit de ses dénégations, le traitement spécifique de la syphilis, et, en quelques jours, cette lésion menaçante, qui même progressait rapidement, est guérie presque complètement. Le résultat fait encore une preuve irréfragable de la spécificité. Le malade avait donc la vérole sans le savoir. C'est là un exemple de *syphilis ignorée*.

Au premier abord, l'accouplement de ces deux mots paraît

être une offense au bon sens : on ne comprend guère qu'une maladie si complexe, caractérisée par des symptômes multiples, puisse passer inaperçue. Comment peut-on la porter sur soi à l'état inconscient? Et cependant, c'est bien vrai, une syphilis peut rester ignorée ; le fait est certain; il est même fréquent. Interrogez, en effet, tous les syphiliographes, tous les praticiens même de tous les pays; chacun a vu plus d'une fois des cas de ce genre; il a administré le traitement spécifique et le malade a guéri. L'accord est unanime.

C'est déjà une preuve de la fréquence, qui est plus grande qu'on ne le supposerait *à priori*. Ici même, à l'hôpital Saint-Louis, tous mes collègues en ont tellement rencontré que, pour tous, la négation du malade n'est plus un argument; ils ne jugent que par l'aspect des plaies, et instituent le traitement antisyphilitique. La guérison confirme le diagnostic. Nous ne les comptons plus, nous ne les remarquons plus ; la syphilis ignorée, à Saint-Louis, c'est pour ainsi dire de la monnaie courante. Pour vous en donner un exemple et préciser la question, l'interne de ce service a bien voulu se charger de faire une petite statistique portant seulement sur les malades observés depuis le premier janvier de cette année jusqu'à ce jour, soit pour un espace de cinq mois, et pour ce seul service nous avons 28 malades syphilitiques sans le savoir, et nous ne comptons que les syphilides *tertiaires* et les cas les plus manifestes. Comme cela arrive toujours, le traitement nous a donné raison.

Il ne faudrait cependant pas prendre cette proposition pour une moyenne générale : il faut tenir compte de différences diverses, dont je signalerai seulement les principales :

1° Les syphilis ignorées sont beaucoup plus communes dans les basses classes de la société que dans les classes aisées. C'est là un résultat naturel des différences de situation, d'éducation, de soins donnés à la santé générale et spéciale. L'aristocratie et la bourgeoisie sont toujours plus ou moins au fait de la syphilis, par leurs lectures, par leurs conversations, ne fût-ce même que par les annonces de la quatrième page de leurs journaux.

Dans ces classes, on se surveille attentivement ; à la moindre alerte, on a le temps et l'argent nécessaires pour courir chez le médecin et se traiter; on est rarement pris au dépourvu contre la syphilis. Il n'en est plus de même dans les couches sociales inférieures où l'absence d'éducation, l'incurie, l'indigence, le souci du pain quotidien absorbent l'ouvrier et le laissent exposé facilement à la syphilis ignorée.

2° Les syphilis ignorées sont incomparablement plus communes chez les femmes que chez les hommes. L'homme est au fait de la syphilis; il sait dès la jeunesse que c'est là l'ennemi; il la connaît souvent même avant de s'y être exposé, ne serait-ce que par la visite classique au musée Dupuytren, que certains pères de famille se font un devoir de faire faire à leurs fils au sortir du collège.

Ainsi averti, l'homme a moins de chances pour méconnaître la syphilis. Mais la femme vit dans l'ignorance complète de pareilles choses : elle y reste absolument étrangère. Que d'honnêtes femmes et de mères de famille ne soupçonnent même pas l'existence de cette maladie ! Mais cette ignorance même, si elles en sont frappées, les expose davantage à méconnaître l'ennemi. Ainsi, sur les 28 cas recueillis dans ce service, on compte 22 femmes et 6 hommes.

Voilà le fait acquis : la syphilis peut rester ignorée. Comment pouvons-nous l'expliquer? Par une foule de raisons dont il suffira de citer les principales :

1° Il est un certain nombre de syphilis qui sont d'autant plus facilement méconnues qu'elles ont une origine non vénérienne. Dans l'esprit des gens du monde, l'idée de syphilis est nécessairement liée à celle de maladie acquise par un commerce vénérien, par des rapports avec une femme contaminée; pour beaucoup de ces gens, syphilis est synonyme de débauche chronique et émérite.

Si, par aventure, ils s'en trouvent frappés ailleurs qu'aux parties génitales, ils croiront fermement que c'est autre chose : ils n'y prendront pas garde et laisseront la syphilis évoluer jusqu'au jour où des accidents tertiaires graves viendront imposer le diagnostic. Et les cas de syphilis d'origine non vénérienne ne sont pas rares ; il y en a tant de causes : contact d'enfants syphilitiques, contagion domestique par l'usage de cuiller, de pipe, de canule contaminées; contagion professionnelle chez les sages-femmes et les médecins ; contagion par les instruments de chirurgie, par certaines opérations, telles que le cathétérisme de la trompe d'Eustache; par l'emploi d'un bistouri, d'un spéculum, de serre-fines ; contagion par la vaccination, etc. Toutes ces syphilis restent souvent ignorées même par ceux qui devraient, par métier, ne pas les méconnaître. En effet, sages-femmes et médecins sont souvent surpris de la sorte ; j'ai connu une sage-femme qui portait ainsi, sans le savoir, une syphilide sur le doigt ; un de mes camarades d'étude, médecin très-distingué, a gardé sur le doigt une lésion syphilitique parfaitement caractérisée, qu'il considéra, pendant plus de six mois, comme un tubercule anatomique, etc. Si les médecins s'y laissent prendre, à plus forte raison combien les gens du monde sont-ils plus exposés à méconnaître leur syphilis !

2° Les syphilis restent ignorées parce que leurs manifestations ont été méconnues, ou que leur nature n'a pas été constatée.

La syphilis, en effet, n'a pas toujours des manifestations extérieures tellement évidentes qu'elles frappent l'attention du malade et l'instruisent de son infection : elles ne sont pas tellement spéciales que, pour le médecin même, elles soient suffisamment accusatrices. Supposons, par exemple, un cas de syphilis bien nette, chancre, bubon, roséole, alopécie, maux de tête, douleurs articulaires, iritis, etc. Tous ces symptômes peuvent cependant passer pour toute autre maladie : ainsi le chancre peut être méconnu pour toutes sortes de raisons, surtout s'il est petit, superficiel, si c'est un « bobo éphémère » comme il arrive si souvent chez l'homme, et *à fortiori* chez la femme lorsque le chancre siège sur le col de l'utérus. Le bubon, de sa nature indolent, est généralement ignoré. Les syphilides cutanées, n'étant pas accompagnées de prurit, ne produisent ni douleurs ni démangeaisons : la roséole est presque toujours méconnue par le malade : on peut dire que nous la montrons aux malades beaucoup plus souvent qu'ils ne nous la font voir eux-mêmes. Les dartres, d'ailleurs, l'échauffement du sang, l'âcreté des humeurs, etc., sont des explications aussi naturelles que fréquentes pour rendre compte de ces éruptions. Les syphilides de la gorge sont aussi souvent méconnues. Quant à l'alopécie secondaire, qui est temporaire et modérée souvent, on a tant de causes pour expliquer la chute des cheveux que l'on ne pense guère à la syphilis.

Les céphalées les plus opiniâtres sont des migraines et des névralgies ; enfin, les douleurs articulaires sont infailliblement attribuées aux rhumatismes. Je ne parle pas des accidents des muqueuses tels que les syphilides anales que la plupart des malades prennent pour des hémorrhoïdes.

L'iritis devient un simple mal d'yeux attribué aux courants

d'air, etc. On voit donc que le malade syphilitique, avec la meilleure foi du monde, peut très-facilement croire ferme qu'il n'a pas la syphilis.

On surprend souvent sur le fait des traces d'une syphilis qui était en train de passer inaperçue : ainsi, récemment encore, un malade étant venu me consulter pour un violent point de côté, je n'avais rien trouvé à l'auscultation ; je pensai à rechercher un zona, je fis découvrir cet homme, et je trouvai une magnifique roséole que non-seulement il n'avait pas remarquée, mais dont il ne pouvait comprendre l'origine syphilitique. J'examinai la rainure du gland, et j'y constatai encore une induration cartilagineuse spéciale consécutive à un chancre cicatrisé : le malade, qui accordait à sa maîtresse une confiance aussi absolue qu'imméritée, fut très-stupéfait de cette découverte fortuite.

3° Les syphilis sont d'autant plus facilement exposées à rester ignorées qu'elles ont été originairement bénignes, et que les accidents secondaires ont à peine existé. Un long silence suit cette période qui n'a été caractérisée que par une roséole plus ou moins éphémère, et par quelques plaques à la gorge ; puis, dix, quinze ans plus tard, survient tout-à-coup un accident grave qui nous amène à chercher la diathèse.

4° Chez les femmes, la syphilis est ignorée d'autant plus que l'on fait souvent tout ce qu'il est possible d'imaginer pour leur cacher la nature de leur maladie. Voici, en effet, ce qui arrive toujours dans ces circonstances : dans une visite préparatoire, l'amant ou le mari viennent se confier au médecin, et le prier de donner tous ses soins à la femme qu'ils lui amèneront le lendemain, mais de ne pas lui révéler la nature des lésions observées, car, disent-ils, c'en serait fait du bonheur domestique, de la paix conjugale, etc. Au nom des intérêts les plus respectables, le médecin devient le complice du mari ; il traite la femme sans lui dire de quelle maladie elle est atteinte, en la lui déguisant, d'ailleurs, sous les pseudonymes les plus honnêtes. Au milieu de cette véritable conspiration du silence, la femme guérit de sa syphilis ignorée.

Il est encore un grand nombre d'autres causes pour lesquelles la syphilis reste méconnue ; telles que la légèreté du jeune âge, la confiance dans la femme aimée, etc. ; je ne m'y arrête pas plus longtemps.

Conclusions pratiques. — Il existe un certain nombre de syphilis qui doivent être diagnostiquées exclusivement par les caractères de la lésion actuellement observée, en dépit du silence des commémoratifs et des dénégations du malade. Dans l'état actuel de la science, exiger, pour le diagnostic et l'institution du traitement spécifique, que les commémoratifs et les aveux du malade confirment le diagnostic objectif, c'est faire preuve d'un rigorisme illégitime, irrationnel et dangereux, d'une ignorance complète des conditions dans lesquelles se développe la syphilis.

Lors donc que le médecin se trouve en présence d'une lésion offrant les caractères de la syphilis, chez un malade qui nie tout antécédent, il devra se livrer de nouveau à un deuxième, à un troisième examen scrupuleux, comparer avec les maladies étrangères à la syphilis qui pourraient donner des lésions analogues ; puis, s'il est convaincu que la lésion est syphilitique, il instituera le traitement antisyphilitique, en dépit des dénégations, des protestations même les plus énergiques du malade. De par l'expérience de ses devanciers, de par l'enseignement quotidien de la clinique, il en a le droit et le devoir. Dans ces cas, suivant l'heureuse expression de mon maître Ricord : *la science du médecin est au-dessus des assertions du malade.* Le médecin affirme, le malade nie : il y a infiniment plus de chances pour que la raison dernière soit en faveur du médecin. L'évènement viendra bientôt légitimer la conduite du médecin : le succès ne se fera pas attendre.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Fabre.

Des oliguries (1).

II.

Il n'y a pas que les affections des voies urinaires qui puissent produire l'oligurie.

Ce symptôme est assez habituel dans les diverses *affections intestinales*. Je l'ai maintes fois constaté, et je vous l'ai fait constater dans les *dysentéries* plus souvent que dans les *diarrhées*, où il existe aussi. Nous le rencontrons également dans les *péritonites*. Il est constant dans le *choléra*, où il peut aboutir à l'anurie totale et où le retour des urines est un signe précieux d'amélioration. Fréquemment aussi je vous ai fait observer les relations qui existent entre l'oligurie et le *vomissement*, relations subordonnées à l'abondance des matières vomies et non pas à la cause du vomissement, ainsi que vous avez pu vous en convaincre tout récemment chez deux malades couchés presque à côté l'un de l'autre, le n° 7, qui est un ataxique à crises gastriques, et le n° 10, qui se meurt d'un cancer de l'estomac.

L'oligurie est moins commune dans les *affections hépatiques*. Je trouve dans les notes de notre chef de clinique trois cas récents de *cirrhose* où ce symptôme a été constaté. Dans l'un, la quantité d'urine rendue a varié de 200 à 700 grammes ; dans le second, de 200 à 900 ; dans le troisième, de 600 à 1,500. Cependant tous ces malades ont pris des diurétiques. Ce qui nous frappe dans ces cas de cirrhose, ce sont les oscillations de l'oligurie d'un jour à l'autre. Vous pouvez d'ailleurs considérer l'oligurie comme constante dans cette affection, mais il est permis de se demander si la cirrhose intervient ici comme affection du foie ou comme cause d'ascite, c'est-à-dire d'hydropisie. En thèse générale, toute hydropisie diminue ou tarit les sécrétions.

Nous voyons par contre les autres affections hépatiques augmenter pour la plupart les quantités d'urine rendues par les malades. Ainsi, dans un *abcès du foie*, la sécrétion urinaire a oscillé de 1,800 à 3,000 grammes par jour. Dans un *ictère*, elle a été de 3,000, dans un autre ictère de 2,800, et dans un troisième de 800 seulement ; ces ictères étaient sans gravité ; tandis que dans l'ictère grave il y a diminution et même suppression des urines. Dans un cas d'*embarras gastrique*, affection ordinairement accompagnée ici de congestion hépatique, nous avons constaté un peu de polyurie, de 2,500 à 1,900 grammes par jour.

Les *affections utérines* s'accompagnent souvent d'oligurie quand survient une poussée fluxionnaire, inflammatoire ou douloureuse. La douleur paraît avoir été la principale cause de l'oligurie momentanée que nous avons constatée chez notre femme atteinte de *carcinome utérin*, qui occupe actuellement le n° 6 de la salle Sainte-Élisabeth ; toujours est-il que ces deux phénomènes ont paru et disparu simultanément, tandis que, chez la malade qui l'a précédée dans le même lit et qui est morte de la même affection, l'anurie persistante avait pour cause la compression des uretères par le développement extrême de la tumeur, ainsi que l'autopsie l'a démontré. Ce cas n'est d'ailleurs pas unique dans la science. Berdinel communiquait récemment à la Société anatomique une observation de cancer utérin avec compression des uretères. Une compression analogue peut être exercée par une grossesse extra-utérine, comme l'a démontré Leroux, plus souvent par une hématocèle, quelquefois aussi par un kyste de l'ovaire.

Dans cette dernière affection, cette action mécanique n'est nullement nécessaire. J'ai parfaitement présent à la mémoire un *kyste de l'ovaire* qui s'accroissait par saccades et comme par mouvements fluxionnaires ; à chaque poussée l'oligurie était manifeste.

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 août.

Dans les *affections des organes thoraciques* nous retrouvons l'oligurie.

Elle est de règle dans la *pleurésie* pendant la période d'augment; elle persiste souvent pendant la période d'état, et l'abondance des urines est ici le plus souvent un présage de guérison. Chez notre pleurétique du n° 15 de la salle Ducros, la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures a oscillé pendant l'épanchement entre 250 et 600 grammes.

Elle est beaucoup moins constante dans la *pneumonie*. Je trouve, dans les notes du docteur Garcin, deux cas de pneumonie terminés tous deux par la guérison, et où la marche de la sécrétion urinaire a été bien différente. Dans le premier cas, l'urine a oscillé pendant la maladie, entre 400 et 1,000 grammes; son abondance a dépassé la normale pendant la convalescence. Dans le second cas, c'est le contraire qui s'est passé; il y a eu polyurie pendant la maladie, de 1,500 à 2,500 grammes, et retour à l'état normal, 1,400 grammes, pendant la convalescence. Règle générale : dans la pneumonie, l'urine est diminuée pendant la période d'état, et augmentée pendant la convalescence, où quelquefois apparaît une polyurie critique qui coïncide avec le ralentissement du pouls. A cette règle, d'après Traube, font exception les anémiques qui sont toujours plus ou moins polyuriques. J'ai cru remarquer que la prédominance de la fièvre dans les cas de pneumonie favorise l'oligurie, et que la prédominance de la dyspnée favorise la polyurie. C'est également la polyurie que l'on observe dans l'asthme et dans les asphyxies brusques.

Dans une poussée aiguë, chez un sujet tuberculeux, le n° 1 de la salle Ducros, l'oligurie, d'abord très-manifeste, 250 grammes environ, a cédé peu à peu à mesure que l'amélioration se produisait, et il y a eu un balancement très-sensible entre la courbe urinaire et la courbe thermométrique. Chez notre n° 15 de la même salle, dont la pleurésie a été, ce qui n'est pas rare, le prologue de la tuberculose, l'oligurie s'est reproduite en même temps que la fièvre et les sueurs ont apparu. L'atropine a suspendu les sueurs; l'oligurie n'en persiste pas moins, mais la fièvre dure toujours.

Chez nos sujets atteints d'*affection cardiaque*, nous avons constaté ce qu'on observe d'ordinaire. Les altérations mitrales sont habituellement accompagnées de diminution dans la tension vasculaire, d'oligurie et d'œdème; le retour des urines est alors un signe très-important d'amélioration. L'oligurie manque, par contre, le plus souvent dans les altérations de l'orifice aortique; elle peut même être, dans les affections de l'aorte, remplacée par la polyurie; c'est du moins ce qui s'est produit dans deux faits que j'ai trouvés consignés dans les notes du docteur Garcin. C'était dans deux de ces cas d'aortite, qui ne sont rares ni dans le service ni, très-probablement, ailleurs : dans le premier, la quantité quotidienne d'urine est montée à 2,500 grammes; elle était de 2,000 dans le second; il y avait, chez ces deux malades, excès de tension vasculaire; mais peut-être ici la polyurie était-elle due à une légère intervention de cette néphrite interstitielle qui si souvent accompagne l'artérite. Quoi qu'il en soit d'ailleurs de ces phénomènes observés dans les affections de l'orifice aortique et de l'aorte, rappelez-vous que l'oligurie a une très-grande fréquence et une haute valeur pronostique dans les affections du cœur à une période avancée, dans les affections mitrales à toute période, et qu'indice précieux de la tension artérielle, elle y devient la base d'importantes indications thérapeutiques.

Nous n'avons pas eu beaucoup d'occasions d'observer l'oligurie dans les *affections des centres nerveux*, où elle me paraît moins fréquente que la polyurie et que l'incontinence ou la rétention d'urine. Nous venons cependant de la rencontrer dans trois cas d'affections spinales : deux ataxies et une compression lente de la moelle cervicale. Dans l'*ataxie* nos deux faits ne démontrent pas qu'elle soit autre chose qu'un phénomène accidentel et transitoire : en effet, chez notre ataxique du n° 29 de la salle Aillaud, elle a disparu au bout de quelques jours pour être remplacée par un peu de polyurie, deux litres par jour; si elle persiste chez notre n° 7 de la salle Ducros, qui rend de 300 à 700 grammes d'urine par jour, c'est probablement parce que ce malade a chaque jour des vomissements, cause puissante et directe d'oligurie. Pendant dix jours au moins, notre n° 13 de la salle Ducros, porteur d'une *tumeur blanche des vertèbres cervicales*, plus particulièrement de la troisième, n'a rendu que 300 grammes d'urine par jour. Cette oligurie, qui est accompagnée d'une paralysie incomplète des quatre membres, vraisemblablement produite comme elle par une inflammation consécutive de la moelle et de ses enveloppes, paraît aujourd'hui vouloir diminuer ainsi que la paralysie sous la double influence de l'ergotine et de la cautérisation. Ce cas se rapproche des faits expérimentaux de Claude Bernard, qui a vu une anurie temporaire succéder à la section transversale de la moelle cervicale, et il fait contraste avec l'observation de Stanley, qui a vu la polyurie succéder à la fracture des dernières vertèbres cervicales.

Mais, de toutes les affections du système nerveux, celle qui expose le plus à l'oligurie, c'est l'*hystérie*. Si l'anurie complète y est rare et de courte durée, l'oligurie, par contre, y est assez commune. Un soir, il y a déjà quatorze ans de cela, j'étais appelé par une mère inquiète auprès de sa fille qui n'avait pas uriné depuis plus de trois jours. Je trouvai le ventre dur, volumineux, et je ne doutai pas que le cathétérisme allait donner issue à une grande quantité d'urine. Le cathétérisme ne m'en donna qu'une quantité minime. J'étais en présence d'une hystérique mal réglée, et la tuméfaction de l'abdomen tenait uniquement aux phénomènes congestifs et subinflammatoires qui se passent assez souvent dans le bassin des filles de cette catégorie. Depuis lors, à plusieurs reprises, pareil accident s'est reproduit chez elle; depuis lors aussi, à plusieurs reprises, le cathétérisme m'a donné les mêmes résultats presque négatifs, si bien que j'ai fini par y renoncer.

Il y a quelques années, j'avais à sonder une autre jeune fille qui n'avait pas uriné depuis plus de deux jours et dont néanmoins l'hypogastre n'était nullement développé; je recueillis très-peu d'urine. Depuis lors, à plusieurs reprises, le même fait s'est reproduit chez elle; c'était toujours immédiatement avant chaque époque menstruelle; je me refusai bien vite à la sonder.

Il y a quelques mois seulement, on venait me prévenir que, dans un couvent dont je suis le médecin, une jeune fille n'avait pas uriné depuis sept jours entiers. Cette jeune fille était l'objet d'une surveillance incessante; elle commençait à s'inquiéter de son état; je la connaissais, elle était hystérique; je ne la sondai pas; le ventre était aplati; la fille était maigre; la palpation et la percussion de l'abdomen ne permettaient pas de constater la présence de la vessie. Les jours suivants cette anurie disparut pour faire place à d'autres phénomènes hystériques.

La jeune hystérique, qui occupait naguère le n° 1 de la salle Sainte-Élisabeth, n'a pas eu d'anurie aussi complète, d'arrêt aussi prolongé de la sécrétion urinaire, mais à deux reprises, la première fois pendant vingt jours, la seconde fois pendant sept jours, elle s'est plainte à nous de n'uriner presque pas et nous a demandé avec instance des diurétiques. L'oligurie existait certainement ici, mais il nous était impossible d'établir une surveillance qui nous donnât la certitude que la malade ne l'exagérait pas. Les hystériques ont, en effet, si souvent le besoin de la supercherie que Rayer considérait comme une supercherie l'anurie hystérique dont l'existence a été bien démontrée par les travaux de Laycock, en Écosse, et de Charcot, en France.

L'oligurie peut se rencontrer aussi dans quelques *affections cutanées*. Nous avons eu deux cas d'eczéma. Dans le premier il n'y avait que 350 grammes d'urine, que 320 dans le second, pendant la période d'acuité du mal, mais, à mesure que la maladie s'amendait, cette quantité s'est élevée; elle a fini, chez notre second malade, par dépasser la normale et atteindre 2,800 grammes.

Dans les *fièvres*, l'oligurie est habituelle. Pendant les dix premiers jours de la fièvre typhoïde, la quantité d'urine rendue peut n'être que de 200 à 300 grammes. Plus tard, et avant même la cessation de la fièvre, peut survenir une polyurie qui est le présage de la convalescence. Je viens d'observer, en ville, le cas d'un enfant de six ans dont la fièvre typhoïde était, dès les premiers jours, accompagnée des symptômes les plus graves, et d'une anurie presque complète; le onzième jour, survint de la polyurie, et, à partir de ce moment, une amélioration très-sensible, extraordinaire pour une

pareille période de la fièvre typhoïde, se produisit. Dans la fièvre à rechute, c'est, d'après Murchison, non pas l'oligurie, mais la polyurie que l'on observe. Dans les fièvres intermittentes, on observe l'une et l'autre. Les chiffres quotidiens extrêmes que nous avons constatés dans ces affections sont 120 et 3000 grammes. Nous avons vu successivement, et à peu d'intervalle, chez un même paludéen, la quantité d'urine s'abaisser jusqu'à 300 grammes, et s'élever jusqu'à 2400 grammes.

Parmi les *affections diathésiques*, la goutte aiguë et le rhumatisme sont celles où l'oligurie se manifeste le plus souvent; elle y est même habituelle; le mouvement fébrile et la fluxion rénale n'y sont pas, dans ces cas, tout à fait étrangers.

Parmi les *cachexies*, la cachexie tuberculeuse et la cachexie cancéreuse paraissent exercer sur l'oligurie une influence bien différente. Nous avons actuellement deux phthisiques à une période avancée; ils ont tous deux un peu d'oligurie, de 500 à 900 grammes, tandis que chez un malade atteint de cancer du pylore, qui occupait, il y a quelque temps, le n° 28 de la salle Aillaud, l'oligurie produite par les vomissements s'est effacée à mesure que la cachexie se prononçait. Cette différence tient sans doute à ce que les cancéreux n'ont pas la fièvre et la diarrhée des phthisiques.

Enfin on peut observer encore l'oligurie dans certaines *intoxications*. L'empoisonnement par la belladone, l'empoisonnement par les acides minéraux, peuvent suspendre la sécrétion urinaire qui peut être diminuée aussi, mais momentanément, dans l'intoxication saturnine. Ainsi un de nos malades, atteint de coliques de plomb, rendait 400 grammes d'urine seulement, mais bientôt il urina davantage, et la quantité d'urine rendue par lui en vingt-quatre heures a dépassé 2000 grammes. Administrées même à dose médicamenteuse, certaines substances peuvent, avec le concours d'une altération rénale ou d'une idiosyncrasie, produire une oligurie qui peut aller jusqu'à l'anurie, et exposer à des accidents graves qui auraient pu, par exemple, survenir chez un goutteux dont la sécrétion urinaire a été, par l'emploi du salycilate de soude, suspendue pendant trente-six heures, ainsi que l'a observé le docteur Garcin.

Telles sont les diverses circonstances dans lesquelles nous avons observé l'oligurie, phénomène fréquent s'il en fut, et qui mérite qu'après que la clinique en a constaté l'existence, la physiologie pathologique en recherche le mécanisme et en étudie les effets.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 août 1878. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend un volume dans lequel M. Béclard, secrétaire perpétuel, a réuni, sous le nom de *Notices et portraits*, les dix éloges qu'il a lus à l'Académie de médecine (de Blainville, Delpech, Villermé, Gerdy, Rostan, Velpeau, Trousseau, Louis, Cruveilhier, Nélaton).

LECTURE

M. CORNIL lit un travail intitulé: *Anatomie pathologique des plaques muqueuses.* M. Cornil a examiné plusieurs plaques muqueuses de l'amygdale qu'il a enlevées dans son service à l'hôpital de Lourcine; cette opération ne donne lieu à aucun accident, et la plaie qui en résulte se conduit comme chez un sujet vierge de syphilis.

1re *variété.* — *Plaque muqueuse opaline.* — Une section d'une de ces plaques, examinée à un faible grossissement, montre que l'épithélium est épaissi et que les papilles sont hypertrophiées, allongées, en même temps que le tissu conjonctif profond est épaissi par l'infiltration de cellules nouvelles.

La couche épithéliale superficielle présente des cellules qui possèdent une cavité autour de leur noyau; il y a souvent aussi un ou deux globules de pus dans la petite cavité de la cellule à la place de son noyau. De plus on trouve, dans cette couche superficielle de l'épithélium, de petits nids remplis de globules de pus, de véritables petits abcès creusés au milieu des cellules d'épithélium, contenant de 4 à 10 et jusqu'à 100 globules de pus et davantage. Ces petits abcès de forme arrondie ou lenticulaire, entourés par des cellules cornées, aplaties par compression, siègent à la surface de la plaque où ils s'ouvrent à un moment donné.

Aussi, bien qu'elle ne soit ni érodée ni ulcérée, la surface de la plaque muqueuse est suintante, un liquide imprègne les cellules épithéliales; il y a des globules de pus, soit dans les cellules, soit collectés en petits abcès situés entre les cellules, et le courant de liquide qui s'établit des papilles à la surface de la muqueuse entraîne des globules de pus.

Telle est la cause de l'opacité du revêtement épithélial au niveau des plaques muqueuses, opacité qui leur donne une couleur opaline.

2e *variété.* — *Plaques muqueuses ulcérées.* — Le revêtement épithélial est désintégré sous l'influence d'une grande quantité de liquide et de globules de pus venus des papilles. La couche épithéliale peut tomber complètement, et alors le corps papillaire enflammé forme la base de l'ulcération. Il existe quelquefois une véritable fausse membrane grise, adhérente, diphthéritique, sur cette ulcération. La fausse membrane ne contient pas, comme dans la diphthérie, de microbes parasitaires ni de boules de Bolderew, mais l'état rameux des cellules épithéliales, les trous ou cavités dont elles sont percées et qui logent des globules de pus présentent le même aspect que dans la diphthérie.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de plaques opalines ou ulcérées, les follicules clos de l'amygdale sont enflammés et l'organe tout entier est hypertrophié. Les tissus lympathiques périfolliculaires et le tissu réticulé présentent une quantité variable de grandes cellules à un ou plusieurs noyaux, contenant des globules rouges du sang. Cette lésion des follicules est identique à celle que M. Cornil a décrite dans les ganglions de la première et de la deuxième période de la syphilis. (*Journal de Robin*, numéro de juillet 1878.)

En résumé, les amygdales syphilitiques de la seconde période représentent une papule sur un ganglion syphilitique.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection des membres des commissions de prix pour 1878.

Sont élus :

Prix Civrieux.. MM. Vulpian, G. Sée, Peter, Charcot et Empis.

Prix Barbier. . MM. Woillez, J. Guérin, Panas, M. Perrin et Rochard.

Prix Godard. . MM. Bourdon, Moutard-Martin, Hérard, Colin et Marrotte.

Prix Orfila. . . MM. Berthelot, Bouis, Riche, Jaccoud et Devergie.

Prix Falret. . . MM. Baillarger, Lasègue, Blanche, Luys et Tardieu.

Prix Desportes. MM. Pidoux, Chauffard, Jolly, Laboulbène et H. Guéneau de Mussy.

RAPPORT

M. GIRAUD-TEULON, rapporteur, au nom d'une commission composée de MM. Regnauld, Jules Lefort et Giraud-Teulon, rend compte d'un travail présenté à l'Académie par M. Victor Tixier, ancien interne des hôpitaux de Paris, de Saint-Pont (Allier), intitulé : *Fixation des images sur la rétine.*

Puis il prend texte de cette communication pour exposer l'état de la science sur ce point important de l'optique physiologique, tableau d'autant plus opportun qu'une découverte récente ouvre de nouveaux aspects sur cette question et paraît devoir amener avant peu une révolution dans la théorie de la production des couleurs.

Cette découverte est celle due au professeur Boll, de Rome. On sait que ce savant annonçait, au commencement de 1877, que si la rétine était parfaitement pure et transparente, ce n'était que jusqu'aux deux tiers en profondeur de sa dernière couche ou membrane de Jacob; que, pour le dernier tiers de la hauteur du bâtonnet, il était plongé dans une substance de couleur pourpre; enfin, que si cette coloration était depuis si longtemps méconnue,

c'est que le simple accès de la lumière la détruisait, la pâlissait avec une extrême rapidité.

L'étude de cette substance et de ses modifications par la lumière conduisit bientôt l'auteur à cette conclusion formelle : que l'*action exercée sur la rétine par la lumière est d'ordre chimique, et la formation des images une véritable photographie*. Des images très-positives d'objets devant lesquels les yeux avaient été exposés immédiatement avant et après la mort, mettent ce fait au-dessus de toute contestation.

Si la lumière efface et détruit le pourpre rétinien, l'obscurité le reproduit : au moins, physiologiquement, le pourpre est reproduit, *sécrété* au fur et à mesure de sa décoloration.

Bientôt après ces premières expériences et leur vérification, Kühne de Heidelberg rechercha et eut le bonheur de mettre en évidence l'organe ou la matrice de cette reproduction incessante du pourpre rétinien. Cet organe est *la couche mosaïque ou l'épithélium hexagonal de la choroïde*, que cette dernière propriété semble devoir définitivement rattacher à la rétine elle-même, sous le nom proposé déjà par plusieurs anatomistes, d'*épithélium rétinien*.

Après ce rapide exposé, le rapporteur développe les nouvelles considérations qu'introduit dans la théorie de la production des couleurs cette fonction physiologique inattendue, la photo-chimie rétinienne.

Rappelant la théorie classique d'Young, modifiée par Helmholtz, il la compare aux mécanismes si simples, en tant qu'exposition du moins, que suggère la théorie photo-chimique.

Ainsi, en ce qui concerne la persistance même des images positives, c'est-à-dire de la survivance de la sensation à l'impression qui l'a produite, le seul fait de la décoloration chimiquement opérée du pourpre rétinien par la lumière, impliquant un certain temps pour sa reconstitution, pour la régénération sécrétoire qu'en fait la couche mosaïque, rend suffisamment compte de cette persistance de l'image plus ou moins prolongée.

Quant aux images accidentelles, négatives, et à leurs phases colorées successives, à l'explication si parfaitement arbitraire des trois ordres de fibres d'Young, la théorie photo-chimique fait très-naturellement succéder le mécanisme suivant :

Une lumière monochromatique donnée altère chimiquement d'une manière constante et uniforme le pourpre rétinien qu'elle vient rencontrer. Or le bâtonnet, ou élément nerveux, plonge par son pied dans le bain formé par cette substance. Toute l'hypothèse à formuler se borne à admettre dans cet élément nerveux la faculté de sentir de manière différente le contact intime de milieux différents, exactement comme les papilles des nerfs de sensibilité spéciale, comme les nerfs olfactifs et gustatifs, par exemple, apprécient ou portent au sensorium des indications aussi multipliées qu'est la nature des liquides ou des effluves qui viennent caresser leurs épanouissements.

Inversement, quand la cause primaire, l'objet lumineux, a été soustraite, la fibre nerveuse, au fur et à mesure de la reconstitution chimique du pourpre rétinien, annonce, par ses témoignages successifs, la révivification graduelle du bain normal.

Nous ne nous arrêterons pas sur l'extension de ce mécanisme à l'application simultanée de plusieurs lumières colorées. L'application s'en fait d'elle-même.

Incidemment, le rapporteur discute le mécanisme fort obscur encore de la production de l'image négative, dans la série des phénomènes entoptiques qui succèdent à une impression lumineuse première.

Après avoir rappelé la conception de la *lumière propre de la rétine*, due à Helmholtz, il en montre l'arbitraire et se rattache, sans hésitation, à la théorie de M. le professeur Monoyer, par laquelle cette lumière propre de la rétine ne serait qu'un effet des propriétés phosphorescentes des milieux transparents de l'air.

Revenant sur les conséquences de la théorie photo-chimique de la formation des images rétiniennes, le rapporteur expose que c'est encore la seule qui pourrait donner une base aux suppositions de Plateau et de M. Helmholtz *sur l'existence de murmures intérieurs spontanés dans la rétine*. Encore ne pourrait-on justifier cette hypothèse qu'à la faveur de faits appartenant beaucoup plutôt à l'ordre anormal ou pathologique qu'à la physiologie pure.

L'auteur conclut en indiquant les ressources que devra trouver dans la théorie photo-chimique la physiologie pathologique de la vision pour la réforme de la théorie du daltonisme et l'explication de nombre d'autres phénomènes normaux et morbides dans l'histoire des sensations colorées entoptiques.

Dans quelques lignes finales, le rapporteur rapproche ces faits nouveaux et scientifiques de certaines affirmations aussi osées que mal établies et qui avaent, il y a une dizaine d'années, investi la rétine de propriétés pathologiques découvertes seulement d'hier. Il montre que si une idée, anticipant sur l'enseignement des faits, peut être fort probante en faveur de l'imagination et de l'esprit d'induction de son inventeur, elle n'a de véritable valeur scientifique qu'après sa complète et invincible démonstration.

A quatre heures et demie la séance est levée.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 93. — SAMEDI 10 AOUT 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 10 AOUT 1878. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Phlegmon de la paroi abdominale dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Parmi les lésions de nutrition qui peuvent atteindre les muscles, à côté de ces atrophies consécutives à des affections articulaires dont nous avons parlé dans notre dernière revue clinique, on peut mentionner les altérations qui se produisent dans le cours de certaines fièvres infectieuses, particulièrement des fièvres typhoïdes, et qui ont été décrites par Zenker, Hermann et Hayem sous le nom de dégénérescence cireuse, par Cornil et Ranvier sous le nom de dégénérescence vitreuse.

Elles sont caractérisées, à l'examen microscopique, par une modification toute particulière de l'aspect du muscle. La fibre ne paraît plus striée et rouge, mais homogène, terne et opaque. Elle n'a plus sa résistance, sa continuité habituelle. Devenue cassante, elle se fragmente en blocs non striés. Elle s'infiltre de fines granulations graisseuses ; à côté d'elle, les éléments du sarcolemme prolifèrent et se multiplient. Les muscles ne sont pas seuls atteints : en même temps, le système vasculaire est également affecté. Les petites artères, ainsi que l'a montré M. Hayem, offrent dans leurs parois une dégénérescence granulo-graisseuse qui les prédispose aux ruptures.

On a donc à se demander si c'est dans les muscles ou dans les artères qu'il faut chercher la cause et l'origine de certaines hémorrhagies observées soit dans le cours des fièvres typhoïdes, soit, après elles, dans la convalescence.

M. Dieulafoy nous en a montré un bel exemple dans son service à l'hôpital de la Charité.

Un homme de vingt-huit ans, menuisier, y était entré le 22 mai dernier, pour une affection qui avait débuté trois ou quatre jours auparavant par des frissonnements, de la fièvre, de l'inappétence, du mal de tête, un sentiment de vertige alors que le malade se tenait debout.

Il s'agissait d'une fièvre typhoïde, qui suivit ses phases à l'hôpital sans importantes complications, sauf celle dont nous allons parler.

Alors que le malade était en plein sous l'action de cette pyrexie et commençait à n'avoir plus ses idées nettes d'une façon continue, présentant du subdelirium pendant une partie de la journée quand on n'éveillait pas vivement son attention, M. Dieulafoy remarqua un jour sur le scrotum une ecchymose qui l'occupait presque en son entier. D'où provenait cette ecchymose? Trouvait-elle son explication dans un traumatisme quelconque? M. Dieulafoy ne le pensait pas. Mais le malade, interrogé, dit que sans doute cela tenait à un froissement des bourses contre le vase que l'on passait sous lui quand il voulait aller à la garde-robe. M. Dieulafoy prescrivit de passer le vase d'une autre manière, avec des précautions qui devaient exclure toute idée de froissement des parties génitales. Cependant l'infiltration sanguine s'étendit; elle gagna le fourreau de la verge, remonta jusqu'à la base du gland, entourant l'organe d'une sorte de gaîne dure et violacée.

Un épanchement sanguin analogue s'était produit, vers la même époque, dans la région inférieure de la paroi abdominale. Cet épanchement, étant profond, ne se traduisait pas par des changements de couleur tels que ceux qui se produisaient sur le scrotum ou le fourreau de la verge. Il formait une sorte de tumeur, à grand diamètre transversal, située en dessous de l'ombilic et dans laquelle la fluctuation ne fut perceptible qu'au bout de quelques jours.

Quand une fois il se crut certain qu'il s'agissait bien d'un liquide, M. Dieulafoy fit une ponction dans un double but d'exploration et d'évacuation. Il employa l'aiguille n° 3 de son appareil.

Le premier jour, il retira ainsi 150 grammes de pus. La semaine suivante, la tumeur paraissait s'être reformée. Nouvelle ponction, qui ramena 120 grammes de pus environ. Neuf jours plus tard, il en fut de même. Au total, dans ces trois ponctions, on retira un peu moins de 400 grammes de pus. Ce pus était rougeâtre, sans odeur; c'était bien là du pus musculaire. Après la troisième ponction, qui fut faite il y a trois semaines environ, la poche ne se remplit plus, et depuis lors la convalescence a suivi le cours le plus normal.

Cet homme est toujours faible; c'est à peine s'il peut se tenir sur ses jambes, et, quand il le fait, il éprouve dans la partie inférieure de son abdomen un sentiment de distension et comme de chute de la paroi, ce que M. Dieulafoy attribue avec raison aux altérations qu'ont dû éprouver les muscles droits et les autres muscles de l'abdomen.

En effet, c'est là, et principalement dans les muscles droits, qu'on a trouvé surtout l'altération décrite par Zenker et Hayem, cause probable de l'hémorrhagie et du phlegmon consécutif chez le malade de M. Dieulafoy.

Actuellement, de ce phlegmon, il ne reste plus que des traces : à la vue, une couleur rougeâtre ; au toucher, une induration s'étendant sous forme de plaque un peu au-dessous de l'ombilic, sur une longueur transversale de cinq à six travers de doigt et sur une hauteur moitié moindre. C'est là que siégeait la poche purulente maintenant cicatrisée.

Ainsi, chez ce malade, il s'était produit, sous l'influence de la fièvre typhoïde, en premier lieu une hémorrhagie et en second lieu un phlegmon de la paroi abdominale.

Cette succession est très-habituelle quand il s'agit de fièvres zymotiques; tandis que, quand le sang est à l'état normal, l'épanchement que peut produire une hémorrhagie accidentelle se résorbe le plus souvent sans provoquer de suppuration.

Aussi, dans une thèse fort bien faite sur les phlegmons de la paroi abdominale antérieure, thèse dont M. le professeur Dolbeau avait inspiré l'idée première, un interne fort distingué des hôpitaux de Nantes et de Paris, M. Poisson, a-t-il fait figurer la fièvre typhoïde au premier rang parmi les causes de cette affection.

Il en reproduit quatre observations, dont la plus ancienne, empruntée à la clinique de M. Dolbeau, offre ceci de particulier que la chose aurait débuté brusquement : une douleur vive, aiguë, aurait apparu au moment où le malade essayait de se mettre péniblement sur son séant.

Rien de pareil n'a été noté chez le malade de M. Dieulafoy. S'il y a eu chez lui rupture musculaire, cette rupture ne s'est accusée par aucune douleur notable dont le malade se soit plaint.

Du reste, les suites ont été également favorables dans un cas et dans l'autre. L'abcès incisé par M. Dolbeau a été tari en huit jours; celui que M. Dieulafoy a ponctionné ne s'est plus reproduit après la troisième ponction.

Chez les deux malades, du reste, la guérison de la fièvre typhoïde s'est opérée rapidement.

Il n'en a pas été de même dans trois autres cas, dont M. Poisson a emprunté les observations à la thèse de M. Labrise. Ces trois malades sont morts : les deux premiers, par le développement des accidents typhiques, sans que le phlegmon de la paroi abdominale y fût pour rien ; le dernier, au contraire, par suite d'un épanchement de pus dans la cavité péritonéale, dû à l'ouverture d'un abcès, originairement développé dans la gaîne des muscles, probablement par le même mécanisme que chez les malades précédents.

Ainsi, cette complication peut devenir directement la cause de la mort dans certains cas exceptionnels.

Il en est de même, du reste, des abcès qui peuvent également se produire dans d'autres régions musculaires pendant la fièvre typhoïde ou à la suite de cette maladie.

M. le docteur Melchior Giraud, dans une thèse intitulée : *De quelques accidents survenant pendant la convalescence de la fièvre typhoïde et des abcès multiples en particulier*, rapporte un cas de fièvre typhoïde observée dans le service de M. le docteur Perroud à l'Hôtel-Dieu de Lyon et qui paraissait tout à fait guérie, lorsque se développèrent des abcès multiples à la suite desquels le malade succomba.

Nous ne reproduirons pas ici ce qui, dans cette observation, a trait à la fièvre typhoïde, laquelle fut très-grave, adynamique. Voici seulement ce qui se rapporte aux abcès.

La convalescence s'était dessinée le 6 octobre.

A partir du 10 jusqu'au 27, rien de bien notable : ce jour-là, souffle systolique intense se prolongeant dans les vaisseaux. Tuméfaction fluctuante du volume du poing à la face externe et au tiers supérieur de la cuisse droite. Même tuméfaction du volume d'une noix à la partie antérieure de l'avant-bras droit et de l'avant-bras gauche : pas de douleur à la pression ; pas de coloration à la peau correspondante. Le malade dit avoir vu commencer ces grosseurs, il y a une dizaine de jours. Abcès à la partie supérieure du bras gauche.

Le 31, ponction sous-cutanée de l'abcès de la cuisse; issue d'un verre de pus verdâtre. Ponction de l'abcès du bras droit, il n'en sort que quelques gouttes de sang.

Le 2 novembre, ponction sous-cutanée de l'abcès du bras gauche; un verre de pus.

Le 4, fluctuation très-manifeste au niveau de l'abcès de la cuisse ouvert le 31 octobre : ponction; issue d'une assez grande quantité de pus.

Le 11, réapparition et persistance des abcès, décoloration des téguments, persistance du souffle cardiaque ; pouls veineux.

Le 20, ponction sous-cutanée de l'abcès de la cuisse; issue d'un verre de pus sanguinolent fluide, injection iodée.

Le 24, ponction de l'abcès de l'avant-bras gauche ; un demi-verre de pus.

Le 28, reproduction de l'abcès de la cuisse.

Le 2 décembre, ponction de cet abcès ; issue de deux verres de pus sanguinolent : pouls à 132, peau chaude, soif vive ; persistance du souffle cardiaque; faciès décomposé. Le 4 décembre, le malade meurt.

Il est très-rare de voir se terminer ainsi les abcès qui surviennent dans la convalescence des fièvres typhoïdes. Le plus souvent, au contraire, ils guérissent avec une grande facilité.

La dégénérescence des fibres musculaires, cause probable des hémorrhagies et des abcès, guérit elle-même et disparaît sans laisser de trace, quand la cause en a disparu.

Quelle est cette cause ? Est-ce l'altération des liquides nutritifs par l'empoisonnement typhique ?

Cela ne paraît pas probable, puisque les mêmes altérations, la dégénérescence vitreuse de la fibre musculaire, l'infiltration granulo-graisseuse des parois des vaisseaux, se retrouvent également dans d'autres maladies où n'intervient plus le poison typhique, par exemple dans la variole, dans la rougeole, etc. Est-ce donc simplement l'élévation persistante de température due à la fièvre ?

Cette opinion a été soutenue avec des arguments qui ne manquent pas de valeur. On a comparé ce qui se passe dans le cours des fièvres à ce qu'ont produit artificiellement Obernin de Bonn et le docteur Vallen en exposant des animaux à des températures extrêmes. Vers 45 à 50 degrés, la matière contractile des muscles se coagule, la fibre perd son aspect normal, etc.

Mais, chez les malades en question, chez ceux qui ont présenté, même au plus haut degré, la dégénérescence vitreuse des muscles, la température était toujours restée bien loin de ce niveau.

L'analogie est donc un peu forcée, et rien ne prouve jusqu'ici, d'une manière indiscutable, qu'on ait plutôt affaire à une action physique, comme s'il s'agissait d'un cadavre, qu'à une action vraiment vitale, à une déviation pathologique de la nutrition.

Il faut, en effet, rapprocher ces altérations musculaires, que l'on constate à l'autopsie, des paralysies que l'on observe chez les typhiques et souvent aussi chez les convalescents de fièvre typhoïde. Ces paralysies peuvent survenir alors que la fièvre est tombée depuis plusieurs jours, quand la température ne dépasse plus la normale.

Comme l'a établi, du reste, M. le professeur Gubler, elles sont comparables aux paralysies qui surviennent à la suite des angines couenneuses, affections fort peu pyrétiques, du moins après les premiers jours.

Quel rôle jouent, dans ces affections, les nerfs trophiques? Tout se passe-t-il en dehors d'eux, exclusivement dans le couple sensitivo-moteur? Cela n'est pas encore démontré.

Hystérométrie pour le diagnostic du corps fibreux de l'utérus.

On néglige trop souvent de recourir à l'hystérométrie pour assurer son diagnostic, avant de prononcer le mot *cancer de l'utérus*. Souvent, en effet, le prétendu cancer est un corps fibreux, débordant le col par son extrémité et subissant dans le vagin un travail de ramollissement et de décomposition graduelle qui communique aux sécrétions une odeur infecte.

Il n'est peut-être pas un chirurgien, parmi ceux qui ont le plus l'habitude des maladies des femmes, qui ne s'y soit quelquefois trompé. Huguier, dans son ouvrage sur l'hystérométrie, cite un cas dans lequel Lisfranc, Margelin et plusieurs autres célébrités étaient tombés dans cette erreur.

Et cela se comprend très-bien quand, en pratiquant le toucher, on se trouve en présence d'une masse fongueuse au sein de laquelle le doigt s'engage comme il pourrait le faire dans un col ulcéré; quand un écoulement sanieux, fétide et plus ou moins sanguinolent se continue sans interruption, alternant avec des hémorrhagies qui viennent épuiser la malade; quand la face est pâle, jaunâtre, presque cireuse; quand l'âge est celui vers lequel on voit le plus souvent se produire le cancer.

Toutes ces conditions se trouvent réunies chez une malade du service de M. Dumontpallier, à la Pitié, salle Sainte-Eugénie, n° 10, et c'est à propos de cette malade que M. Dumontpallier, rappelant les si nombreuses erreurs de diagnostic, souvent constatées seulement à l'autopsie, auxquelles des cas de cette nature ont prêté et prêtent encore, insistait vivement sur la nécessité de tenter l'hystérotomie dans de semblables circonstances.

Ici, en effet, l'hystéromètre, en glissant contre la tumeur, a pu pénétrer à travers le col, situé très-haut, presque effacé, et qui entourait le corps fibreux comme un anneau sans résistance. On a pu s'assurer ainsi que la cavité utérine avait plus de seize centimètres de hauteur et était remplie par une tumeur pédiculée.

C'était donc un cas presque identique à celui qu'Huguier a rapporté page 166 et suivantes de son ouvrage. Une opération serait possible, comme pour la cliente d'Huguier. Mais M. Dumontpallier ne veut pas se hâter de la pratiquer, espérant que le pédicule pourra se détacher de lui-même par suite d'un travail ulcératif analogue à celui qui a déjà creusé dans la partie intravaginale du corps fibreux cette cavité assez profonde dans laquelle le doigt s'engageait.

Il n'est pas rare de voir ainsi des malades *accoucher* de corps fibreux énormes, et par suite se trouver guéries.

L'histoire de la femme en question s'accorde, du reste, beaucoup mieux avec l'hypothèse d'un corps fibreux qu'avec celle d'un cancer.

Il y a plus de cinq ans, en effet, qu'elle est malade. Agée maintenant de quarante-huit ans, réglée à treize ans, elle s'est mariée à trente-deux ans seulement, et a eu son premier enfant à trente-huit. Cette première grossesse s'était très-bien passée. L'accouchement s'est fait sans difficulté, et très-peu de temps après, moins de quinze jours, croit-elle, cette femme est devenue de nouveau enceinte. Cette fois, elle a avorté vers le milieu du quatrième mois. Mais elle n'en était pas moins restée très-bien portante pendant les quatre ans qui suivirent. Puis survint une nouvelle grossesse, vers le cinquième mois de laquelle elle commença à éprouver des maux de reins dont elle se plaint encore et qui ont toujours duré depuis.

L'accouchement fut plus laborieux que le premier, et, au grand étonnement de cette femme, le ventre resta gros, comme *si elle eût porté*, dit-elle, *un autre enfant*.

Six semaines après eut lieu le retour des règles, qui fut, dès l'abord, très-abondant, mais qu'une émotion vive, le vol d'une pendule, vint interrompre subitement. A ce moment, la malade éprouva des frissonnements et du malaise qui l'obligèrent à se coucher. On lui fit prendre des infusions chaudes, on la couvrit beaucoup, on la fit transpirer, et le lendemain l'écoulement sanguin avait reparu. Depuis lors les métrorrhagies devinrent de plus en plus fréquentes et de plus en plus abondantes; le ventre, toujours gros, était surtout énorme au moment des règles.

Depuis deux ans et demi environ, il s'est produit un écoulement presque continuel, habituellement sanieux et rougeâtre, toujours odorant, parfois très-fétide. Des pertes de sang épuisantes reviennent à courts intervalles. Lors de l'entrée de cette femme à l'hôpital, le 20 juillet dernier, par suite d'une de ces pertes, elle avait vu enfler ses jambes, ses mains, sa figure. Aujourd'hui, elle est pâle, d'un teint presque cireux, mais elle ne paraît plus enflée. Les seules douleurs dont elle se plaigne, ce sont les maux de reins. Jamais elle n'a éprouvé, dit-elle, ni élancement, ni sensation pénible d'aucune nature dans le bas-ventre.

C'est bien là le tableau classique d'un corps fibreux de l'utérus qui a pris un développement considérable et fait saillie dans le vagin.

C'est pendant le cours d'une grossesse que ce corps fibreux a acquis un volume suffisant pour que l'on ait pu croire à la présence d'un second fœtus. Depuis lors le ventre est resté gros, et, point important à constater toutes les fois qu'il se rencontre, il doublait presque de volume pendant les époques menstruelles.

C'est ce qui arrive normalement pour le tissu utérin lui-même. Je l'ai constaté mainte fois alors que j'étudiais les organes génitaux d'à peu près toutes les femmes mortes à l'hôpital de la Charité. Toutes celles qui avaient succombé ayant l'écoulement menstruel, et j'en ai vu un certain nombre, avaient un utérus relativement énorme. L'hystéromètre y pénétrait à 7 et même 8 centimètres au lieu de 5 1/2 ou 6 qui représentent le chiffre normal. Mais cet allongement de la cavité ne donne qu'une très-faible idée de l'accroissement de poids et de volume. En même temps, le tissu est plus mou, il est plus rouge, il se rapproche un peu de l'aspect des vrais muscles, de celui qu'il présente durant une grossesse. Tout cela est bien plus net encore quand, une congestion pathologique venant renforcer la congestion cataméniale, on se trouve en face d'une métrorrhagie de quelques jours de durée déjà et d'une abondance inquiétante. Alors, rien que par le toucher, et durant la vie, on peut s'assurer de l'hypertrophie momentanée et du ramollissement relatif de l'utérus. En cas pareil, en effet, ce travail qui, habituellement, est surtout sensible dans la section supérieure de la matrice, s'étend jusqu'au col.

J'ai vu bien souvent attribuer comme cause à une métrorrhagie datant de quelques jours ce qui était, au contraire,

tout simplement l'effet de cette congestion prolongée, les changements de volume et de consistance du col utérin, les espèces de petites tumeurs qui se développent autour du point d'union du col et du corps, tumeurs accolées à l'organe par une large base et ayant la forme de moitiés de noisettes ou de moitiés d'amandes, généralement fort sensibles au toucher, véritables petites fluxions, tout à fait semblables, par la manière dont elles se forment, à celles qui se développent près d'une dent gâtée. Si elles siègent, en général, au-dessus du point où le vagin vient s'insérer autour du col, c'est qu'en effet c'est là que le tissu cellulaire péri-utérin est le plus abondant. Mais il est temps de fermer cette longue parenthèse et d'en revenir à l'accroissement du volume que les *hystéromes,* ces tumeurs improprement appelées fibreuses, dont le tissu ressemble tant au tissu normal de l'utérus, peuvent acquérir momentanément sous l'influence d'une congestion cataméniale ou autre.

La congestion n'est pas toujours accompagnée d'hémorrhagies, et, quand la métrorrhagie manque, il peut parfois être difficile de savoir au juste pour combien elle entre dans le volume d'un corps fibreux. Si l'on néglige d'en tenir compte, on est exposé, dans la pratique, à bien des surprises. C'est là un sujet qui demande à être traité avec soin, et non d'une manière incidente.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Tumeur maligne de la fosse ischio-rectale (1).

II.

J'ai pratiqué l'extirpation de la tumeur fibro-plastique de la fosse ischio-rectale, dans les conditions que je vous ai énumérées dans une précédente leçon. Dans le cours de l'opération, nous avons dû rectifier le diagnostic porté en ce qui concerne l'origine de la tumeur. Nous avions supposé avec raison qu'elle avait des adhérences avec les pièces du squelette et que, si elle avait peu de mobilité, cela tenait à ce qu'elle était bridée par les faisceaux musculaires du grand fessier. Nous pensions que ces insertions devaient se faire sur les branches de l'ischion ou sur l'épine sciatique et les ligaments qui s'y insèrent. C'est dans cette pensée que je résolus d'aller directement découvrir la branche ascendante de l'ischion. Ce temps de l'opération a été long et difficile, car nous nous sommes aperçus alors que la tumeur avait ses insertions vers la ligne médiane; nous avons trouvé qu'elle n'était adhérente qu'au coccyx; elle n'avait ses insertions que sur la pointe et les parties latérales du coccyx, sur lesquelles elle avait des expansions très-solides, ainsi que sur le grand ligament sacro-sciatique. Elle avait, évidemment, eu son point de départ sur la pointe du coccyx, puis elle avait envahi progressivement la région latérale, *en se développant seulement d'un seul côté,* ce qui explique que, trouvant ce lobe dans toute la fosse ischio-rectale, et étalé sous le muscle fessier, nous avons pu croire à son insertion sur l'os sous-jacent.

Cette disposition nous a créé une difficulté imprévue, car, si j'avais pu connaître qu'à ce niveau étaient les adhérences primitives, j'aurais cherché directement à m'ouvrir une voie dans cette direction.

Vous avez été témoins des difficultés que j'ai rencontrées pour arracher la tumeur dans cette vaste excavation.

Après l'extirpation de la tumeur il restait, entre le rectum et le détroit inférieur du bassin, dans la fosse ischio-rectale, une large ouverture béante, où l'on aurait pu facilement mettre le poing. J'ai dû ensuite extraire avec les doigts les petits fragments de la tumeur, qui restaient encore au fond de la plaie; j'ai décollé le rectum en dedans, et j'espère avoir détaché tous les éléments dégénérés qui étaient adhérents à la face inférieure du releveur de l'anus, qui a dû rester intact, et nous séparer du péritoine.

Toutefois, je vous avais déclaré combien je redoutais un phlegmon diffus du bassin, comme il s'en produit si souvent dans les cas d'opération sur le rectum, de taille, etc. Nous avions donc pris toutes les précautions antiseptiques qui étaient à notre disposition. Laissant béante la plaie, nous l'avons désinfectée avec une solution forte d'acide phénique, nous l'avons largement lavée avec cette solution, puis nous l'avons pansée avec de la charpie imbibée de cette solution.

Le lendemain, le malade était tranquille et sans malaise : il n'avait pas pu uriner, et on avait dû lui pratiquer le cathétérisme. Ce fait est assez ordinaire dans les opérations de ce genre. La température s'était élevée. Le lendemain, elle était encore à 39°,8; nous ne trouvions pas à cette fièvre un mauvais caractère : elle s'expliquait suffisamment par la nature du traumatisme dans une région où il y avait une grande quantité de tissu cellulaire destiné à se mortifier. Le malade n'eut pas d'envies de vomir; pas de prostration. L'état général, en un mot, n'était pas en rapport avec la température. L'état moral, aussi, était satisfaisant; l'opéré avait une certaine sérénité, à laquelle j'attache assez d'importance.

Cependant, la température n'a pas diminué; elle restait à 39°,5, et même le soir dépassait 40°. La seule continuation d'une température si élevée devient, en quelques jours, en chirurgie, un danger considérable pour les opérés. L'opéré ayant eu une selle, on avait dû prendre les plus grandes précautions de désinfection. Cependant, nous pensions que la plaie était suffisamment désinfectée, malgré ses anfractuosités.

Le sixième jour, la plaie présentait une teinte rouge, les bords n'étaient pas sphacélés. La plaie n'était pas douloureuse. J'eus l'idée d'introduire le doigt dans la partie la plus reculée de la plaie; je trouvai, dans ces anfractuosités, une sanie qui exhalait une odeur repoussante. Malgré toutes nos précautions, la plaie n'avait pu être détergée dans toute son étendue. Avec un pinceau de charpie imbibée de teinture d'iode, je fis un véritable badigeonnage de toute cette anfractuosité. Mais la fièvre persista. Nous avions évidemment affaire à un phlegmon sous-péritonéal, dont le point de départ était dans la profondeur de la plaie : le muscle releveur de l'anus était cependant intact; sans doute, il était aminci, et il n'avait pas suffi pour protéger le péritoine.

L'opéré accusait de la douleur dans la fosse iliaque gauche : il n'y avait cependant pas de péritonite, pas de vomissements, pas de ballonnement exagéré du ventre, et, si la température était élevée, le pouls n'avait aucun des caractères du pouls de la péritonite.

Le malade est donc resté dans un état adynamique progressif; on n'assiste pas au cortège effrayant des accidents de la péritonite aiguë, mais la terminaison fatale n'en est pas moins certaine. Le phlegmon sous-péritonéal, dans ce cas, suit une marche insidieuse à laquelle le médecin ne doit pas se laisser tromper. Je me rappelle, à cette occasion, l'histoire d'une femme à laquelle j'avais pratiqué la rectotomie linéaire. Le troisième jour après l'opération, le pouls devint misérable, mais pas précipité. L'opérée tomba dans un état de stupeur

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 juillet 1878.

tranquille, le ventre était ballonné, mais sans vomissements. Le quatrième jour, sans autres symptômes aigus, l'adynamie devint encore plus profonde; la malade succomba. Notre jeune opéré a passé par les mêmes phases : au septième jour après l'opération, la pâleur du visage était significative; il était tombé dans un délire tranquille tout particulier, qui est le délire de la septicémie; il avait une idée fixe, de demander des ventouses. L'œil était éteint, la figure placide. L'algidité commençait au moment de la visite; on aurait pu croire à la diminution de la fièvre; c'est là un signe qu'il est important de ne pas prendre pour un commencement d'amélioration : c'est un indice précurseur de l'agonie. L'opéré a succombé dans la journée. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

SUR LES MOUVEMENTS DE LA PUPILLE,

Par M. le professeur P. Picard (de Lyon).

J'ai publié, il y a quelques mois déjà, une note sur les phénomènes de dilatation et de contraction pupillaires; je m'étais, comme point de départ, proposé pour objet l'étude du rétrécissement dans l'empoisonnement morphinique, et j'ai cherché à pénétrer si l'on devait attribuer à une excitation du moteur oculaire commun ou à une paralysie du sympathique le phénomène symptomatique que je viens d'indiquer.

J'ai à faire connaître, aujourd'hui, quelques observations faites dans le cours des recherches déjà publiées et qui visent l'étude des mouvements pupillaires, considérés en eux-mêmes et non comme question accessoire.

Je préciserai, d'abord, l'état de la question et ferai, ensuite, connaître quelques expériences et l'opinion que je crois aujourd'hui devoir me faire de ces phénomènes.

Je les rattacherai, comme on le verra, à d'autres actions nerveuses bien connues auxquelles je les comparerai.

Les actions nerveuses qui règlent les mouvements de la pupille sont aujourd'hui connues dans leurs points essentiels et peuvent se formuler dans les termes suivants :

En premier lieu, un nerf moteur détermine le phénomène de dilatation et paraît tout à fait identifiable à un nerf vaso-constricteur : c'est le nerf sympathique.

Quel que soit d'ailleurs le trajet de ce nerf, qu'il soit seul ou qu'il y ait des filets analogues d'autre provenance, il est certain que son excitation détermine la dilatation et sa section le rétrécissement.

Comme il y a des fibres rayonnées dans l'iris, indiscutées et indiscutables, on conçoit que ces seules expériences suffisent à identifier les filets iriens du sympathique aux filets vaso-moteurs du même nerf.

D'autre part, tous les expérimentateurs sans exception reconnaissent que, dans l'état de vie, c'est au moteur oculaire commun qu'il faut attribuer le phénomène de rétrécissement, sous l'influence de la lumière, par exemple.

Ce phénomène résulte d'une action sensitive transmise par le nerf optique et réfléchie par le moteur, qui détermine alors le même effet qu'une paralysie sympathique. « Il cesse de se montrer après la section, en un point quelconque du circuit ainsi constitué. »

En somme, nous avons là une action effectuée par un mécanisme complexe et parfaitement identifiable à celui qui est nettement constaté dans les mouvements de certains vaisseaux. Nous avons une action sensitive se réfléchissant par un nerf centrifuge et produisant, comme effet apparent, exactement ce que détermine la paralysie du sympathique. Nous avons une répétition de ce qui se passe dans la mise en action physiologique de la glande sous-maxillaire.

La question étant posée dans ces termes, quelles sont les inconnues importantes à résoudre?

Un premier point peut se formuler de la façon suivante : En quel lieu du système nerveux central se fait la transformation du mouvement nerveux sensitif en mouvement nerveux moteur? La réponse à cette question a été très-approximativement faite par les expériences que j'ai publiées.

Une seconde inconnue consiste en ceci : que la lumière n'est pas complètement faite quant aux résultats que fournit l'excitation directe du bout périphérique du moteur.

Tandis que certains auteurs affirment avoir constaté la contraction dans ces conditions expérimentales, d'autres ont nié l'exactitude de cette observation, et Claude Bernard lui-même a dit, il y a longtemps déjà, ne pas avoir obtenu de résultats positifs.

Or, c'est là un point à préciser de la plus haute importance; car, si le moteur n'était pas excitable directement quant à ceux de ses filets qui agissent en rétrécissant la pupille, on voit de suite qu'il ne serait nullement comparable à la corde du tympan à laquelle il serait identifiable sous tous les autres rapports, comme je le faisais pressentir plus haut.

Pour ces motifs, j'ai porté toute mon attention sur cette question et tous mes efforts ont tendu vers la solution de ce point controversé, et, comme résultat, je crois pouvoir affirmer que chez le chien l'excitation directe du moteur détermine la contraction de la pupille.

Dans toutes les expériences faites avec les courants induits d'un appareil de Charcot, j'ai eu des résultats positifs, sauf dans les deux premières que je fis à un moment où mon attention n'était pas éveillée sur la cause d'insuccès.

Cette cause me paraît consister dans ceci : que le nerf moteur meurt très-rapidement; il faut donc, pour lui trouver ses propriétés, agir très-rapidement et procéder sans retard à son excitation. L'expérience se réalise le plus facilement dans les conditions suivantes : on fait une hémorrhagie à l'animal et on le laisse reposer, puis on l'anesthésie et on enlève l'hémisphère cérébral. De la sorte, l'écoulement sanguin est modéré et on peut agir très-promptement.

Le moteur étant excitable directement, on voit que tout tend à montrer dans ce nerf un identique de la corde du tympan, du nerf vaso-moteur, des nerfs en général dont l'excitation produit le même effet qu'une paralysie sympathique.

Je ne connais aucun motif pour ne pas le considérer comme réellement tel, et j'en vois au contraire qui déposent nettement dans le sens de cette théorie et la fortifient singulièrement.

Je veux parler de certaines actions toxiques qui agissent avec une grande énergie précisément sur ces nerfs paralysants, sur le pneumo-gastrique, la corde du tympan et d'autres que je passe intentionnellement sous silence.

Cette substance, en effet, tend à tuer tous ces nerfs « paralysateurs », et elle agit de même sur le moteur, car la dilatation de la pupille est précisément due à une action sur ce nerf.

En terminant cette courte note, je dois dire qu'il me semble impossible d'admettre l'opinion qui veut que les mouvements de la pupille ne soient que l'effet secondaire d'une action nerveuse exercée sur les vaisseaux de l'iris.

Ces phénomènes, en effet, se manifestent avec toute leur netteté dans des conditions de circulation où les phénomènes vaso-dilatateurs, par exemple, sont obtenus au point d'être à peu près invisibles.

RAPPORT

AU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE SUR LE CONCOURS D'AGRÉGATION A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (section de chirurgie et accouchements) (1).

Paris, le 22 juillet 1878.

Monsieur le ministre,

Le concours pour l'agrégation des facultés de médecine (section de chirurgie et accouchements), dont vous m'aviez fait l'honneur de me confier la présidence, s'est terminé le 12 juillet dernier. Il

(1) Étaient juges de ce concours MM. Broca, Pajot, Guyon, Lefort, Courty, Desgranges, A. Guérin, Lannelongue, et Gosselin, président.

avait commencé le 29 avril, et par conséquent s'est prolongé deux mois et demi.

En tenant compte du nombre des épreuves (cinq) et du nombre des candidats (quinze), cette durée est peu considérable et beaucoup moindre que ne l'a été celle des concours antérieurs. Il faut l'attribuer à la mesure que nous avons prise, conformément aux instructions émanées de votre administration, de ne pas nous borner à trois séances par semaine, comme on le faisait autrefois, mais de tenir séance tous les jours, à l'exception du jeudi.

Cette innovation a été excellente, à tous les points de vue. Car, outre qu'elle diminue la durée du séjour à Paris pour les juges et les candidats des départements, elle a le grand avantage de ne pas laisser l'impression des épreuves s'effacer avant le jugement définitif. Nous pensons qu'il sera bon de la conserver pour les concours ultérieurs.

La nature des épreuves ayant été la même que par le passé, je n'ai pas à m'y arrêter longtemps. J'appellerai seulement votre attention, monsieur le ministre, sur l'innovation qui concerne la thèse. Mon collègue, M. Chauffard, dans son rapport sur le concours pour la section de médecine, vous faisait remarquer avec raison que le temps, notablement plus long que par le passé, accordé pour la confection et l'impression de ce travail, permettait aux candidats de présenter une œuvre plus mûrie et par conséquent plus utile. Ce résultat a été aussi évident dans notre concours de chirurgie qu'il l'avait été dans celui de médecine. Nous avons seulement fait la remarque que les thèses avaient atteint cette fois des proportions plus considérables que jamais; quatre d'entre elles ont de 200 à 300 pages (in-quarto), les autres en ont en moyenne de 150 à 200. Est-ce à l'augmentation du temps (35 jours au lieu de 12) qu'il faut attribuer ce résultat? C'est probable. En tous cas, il ne nous a pas paru bon à encourager. Les questions que nous avions mises dans l'urne n'obligeaient pas à des développements aussi longs, qui ont eu le double inconvénient d'augmenter la dépense des candidats et de rendre difficile pour les juges la lecture et l'appréciation des thèses. Si pareille chose devait se produire dans les concours ultérieurs, il conviendrait peut-être d'assujettir les compétiteurs à un nombre limité de pages, au lieu de leur laisser une latitude aussi absolue.

La liste des concurrents que nous soumettons à votre sanction pour leur conférer le titre et les fonctions d'agrégés comprend dix noms, chiffre considérable si on le met en regard de celui des candidats qui ont pris part aux épreuves (quinze). Et même il faut noter que, douze places ayant été mises au concours, nous vous proposons, en définitive, deux agrégés de moins que n'en demandait l'administration; cela tient à ce que les candidats pour la province ont été insuffisants. Trois places étaient affichées pour Lille, un seul s'est présenté et a été nommé. Pour Lyon, Nancy et Montpellier, nous avons eu juste autant de concurrents qu'il y avait de places disponibles.

Paris, au contraire, a eu neuf concurrents pour quatre places. C'était juste la limite au-delà de laquelle le règlement oblige à faire une élimination après les deux premières épreuves. Nous n'avons pas eu dans notre concours à procéder à cette formalité.

A côté de la pénurie des candidats, nous sommes heureux de vous signaler, monsieur le ministre, la haute valeur de tous ceux qui se sont présentés. Dans ces luttes importantes, qui maintiennent à un niveau si élevé l'enseignement de la médecine en France, nous avons vu souvent un ou deux candidats très-supérieurs. Cette fois, tous les compétiteurs ont été remarquables. Les trois que nous vous présentons pour la chirurgie à Paris, MM. Terrillon, Humbert et Richelot, ont fait preuve d'un immense savoir et d'un grand talent d'exposition, et les trois autres ont été si près de leurs compétiteurs que leur nomination n'eût étonné personne; et si, parmi les candidats pour les accouchements à Paris, il en est un, M. Pinard, qui s'est élevé à une très-grande hauteur pour la forme comme pour le fond dans toutes ses épreuves, nous avons dû reconnaître que ses deux rivaux avaient montré aussi des connaissances étendues et une aptitude réelle à l'enseignement.

Les candidats pour Lyon, Montpellier, Nancy et Lille, ont été très-solides et présentent certainement à un haut degré les conditions nécessaires pour contribuer avec succès, dans les facultés qui vont les accueillir, au développement de l'instruction médicale.

Nous avons été étonnés, monsieur le ministre, de voir que les épreuves publiques soutenues par des candidats aussi méritants attiraient peu les élèves. A part quelques exceptions, les leçons et les argumentations ont été faites devant un nombre restreint d'auditeurs.

En cherchant la cause de ces deux faits si saillants dans le concours qui vient de finir, le petit nombre des candidats et l'indifférence des étudiants, le jury a pensé qu'il fallait les attribuer à la mesure prise depuis quelques années, et qui vient d'être appliquée pour la seconde fois, de faire à Paris le concours d'agrégation pour toutes les facultés.

Cette mesure, nous le savons, a eu pour but principal de donner aux facultés de la province, des agrégés plus instruits, et ce but sera certainement atteint par les nominations que nous vous proposons aujourd'hui. En effet, les jeunes médecins qui se sont décidés à quitter momentanément leur milieu habituel, et à se mêler avant et pendant le concours au mouvement scientifique et pratique de notre Faculté et de nos hôpitaux de Paris, se fortifient nécessairement et abordent leurs fonctions avec une valeur plus grande que celle qu'ils avaient acquise dans leurs propres écoles, où sont plus restreints et les moyens d'étude et les excitants de l'émulation.

Mais cet avantage est compensé par des inconvénients que les membres du jury m'ont invité à vous exposer.

D'abord le mélange dans un même concours de compétiteurs destinés à des écoles différentes, supprime en réalité la lutte.

Ainsi, tandis que, devant nous, les candidats de Paris, plus nombreux que les places à donner, avaient intérêt à rivaliser entre eux et à faire des efforts pour se montrer supérieurs les uns aux autres, nos candidats de la province n'avaient pas le même intérêt. Il leur importait peu de se mesurer avec des compétiteurs auxquels ils n'avaient pas à disputer leur place. Ils avaient à se montrer dignes, mais ils n'avaient pas à se montrer plus dignes, puisqu'ils étaient seuls à rechercher la position qu'ils ambitionnaient. Ceci a été évident surtout pendant les argumentations dans lesquelles les compétiteurs, à l'exception de ceux de Paris, n'avaient aucune raison personnelle pour chercher à amoindrir des candidats qui n'étaient pas leurs adversaires.

D'autre part, l'obligation pour les médecins de province de venir s'installer pendant quelques mois à Paris, diminue précisément le nombre des aspirants. Nos collègues de Lyon et de Montpellier nous ont assuré qu'à leur connaissance des hommes de mérite ne s'étaient pas présentés, parce que l'accroissement de leurs dépenses et l'abandon d'une clientèle naissante et déjà rémunératrice, eussent été pour eux des sacrifices trop onéreux. D'ailleurs plusieurs d'entre eux sont chirurgiens d'hôpital et n'auraient pu, sans préjudice pour les malades qui leur sont confiés, abandonner leur service pour un temps assez long.

Enfin, n'est-il pas permis de croire que c'est la présence souvent renouvelée dans la chaire de compétiteurs inconnus pour eux, qui a éloigné nos étudiants?

Les inconvénients du mode actuel étant reconnus, quels seraient les moyens d'y remédier? Dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet, le jury a entendu deux propositions : la première, émanée de M. le professeur Courty, est celle d'après laquelle on dresserait à la suite du concours une liste de candidats par ordre de mérite, en permettant à ces derniers de choisir d'après le rang qu'ils occuperaient. Mais il a été fait à ce projet une objection qui prouve la difficulté de le rendre exécutable. D'après ce qui s'est passé dans notre concours et dans celui de médecine, les candidats de Paris eussent presque toujours été placés sur la liste avant ceux de province. Or quiconque connaît les goûts et les tendances des jeunes médecins de l'école de Paris sait parfaitement que leur ambition ne serait pas satisfaite par une position d'agrégé en province, et qu'en conséquence il faudrait arriver aux derniers de la liste pour trouver des agrégés acceptant un poste dans les Facultés des départements.

La deuxième proposition est de demander le retour aux anciennes habitudes, c'est-à-dire le concours spécial et indépendant pour chacune des Facultés. Cette opinion est celle qui a réuni le plus de suffrages, mais l'expérience du passé autorise-t-elle à croire que le concours ainsi spécialisé ne remplacerait pas les inconvénients du mode actuel par d'autres, et notamment par celui de donner dans les Facultés de province des agrégés moins instruits ?

La question vaut la peine d'être examinée attentivement.

Veuillez agréer, monsieur le ministre, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

L. GOSSELIN,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
membre de l'Institut, président du concours.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 août 1878, M. le professeur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a été promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par arrêté en date du 4 août 1878, le nombre des places d'agrégés mises au concours, pour la section d'anatomie et de physiologie, a été porté de six à sept. Cette place sera affectée à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Nous rappelons qu'à l'occasion de l'Exposition universelle, la Société française de tempérance a organisé un Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme. Ce Congrès se tiendra dans l'une des salles des conférences du Trocadéro (côté de Passy), les 13 et 14 août, à trois heures et demie, et le 16, à dix heures du matin.

Les séances supplémentaires se tiendront rue de Rennes, 44, dans l'une des salles de la Société d'encouragement.

On reçoit les adhésions au secrétariat général de la Société, rue de l'Université, 6. Les adhérents n'ont aucune cotisation à payer.

Les principales questions qui seront traitées au Congrès ont été indiquées dans notre numéro du 25 juillet dernier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 94. — MARDI 13 AOUT 1878. 51e ANNÉE. MARDI 13 AOUT 1878. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

De l'anesthésie chloralique pour l'arrachement des dents et les opérations chirurgicales chez les enfants.

Lorsqu'en 1869, je fis connaître dans la *Gazette des hôpitaux* les propriétés anesthésiques du chloral chez les enfants, ce fait annoncé par Liebreich était inconnu en France.

C'est le moment où j'indiquai cette substance comme le meilleur remède des chorées violentes et graves. Depuis lors, par des expériences quotidiennes et par des observations journalières de cette anesthésie, j'ai confirmé mes premières affirmations.

Plus de dix mille faits en font foi, puisque, dans mon service, tous les jours depuis neuf ans, quatre à huit malades prennent ce médicament à dose anesthésique.

C'est donc là un fait acquis à la médecine des enfants, et je dis médecine des enfants, parce que pareil résultat ne s'observe pas chez l'adulte.

Peut-être obtiendrait-on l'anesthésie chez l'adulte, si l'on pouvait arriver à faire avaler la dose suffisante, mais l'adulte a une telle répugnance pour le goût âcre du chloral qu'il rejette ou vomit le chloral et qu'au-dessus de 4 ou 5 grammes l'emploi est difficile.

Ce qu'il y a de certain pour moi, c'est que je n'ai pu faire supporter le chloral à un adulte comme je le vois prendre et supporter par des enfants. A l'âge d'homme, on peut se donner du sommeil et s'engourdir avec le chloral, ce qui permet de l'employer dans les accouchements, mais, de là à l'insensibilité absolue, il y a loin.

Chez les enfants, au contraire, l'administration du chloral est facile. Ici, à l'hôpital, ma religieuse n'a jamais rencontré d'impossibilité. Tous les enfants prennent bien ce médicament et ne le vomissent pas.

Selon l'âge, je donne un, deux, trois et quatre grammes; au-dessous de sept ans, il ne faut pas dépasser trois grammes, et deux grammes, entre trois et cinq ans, peuvent être donnés sans danger.

On donne la dose, en *une fois*, dissoute dans cent grammes de véhicule très-sucré.

Une demi-heure après, les enfants s'endorment, et une heure après ils sont insensibles.

Ce sommeil dure de trois à six heures, puis le réveil arrive et les enfants n'éprouvent rien de désagréable. Ils déjeunent et jouent comme de coutume; on peut réitérer le lendemain et les jours suivants, si cela est nécessaire.

Dans la chorée, il y a des enfants qui prennent ainsi ces doses un mois de suite sans inconvénient, et j'ai vu des enfants qui, en un mois, ont avalé cent et cent vingt grammes de chloral.

Par exception, comme dans la chloroformisation, il y a une période d'ébriété, d'ivresse ou d'excitation précédant le sommeil anesthésique, mais cela est très-rare. Je ne l'ai pas observé dix fois sur dix mille cas.

Une fois le sommeil anesthésique du chloral arrivé, on peut l'utiliser pour un grand nombre d'opérations chirurgicales. Il n'a d'autre inconvénient que celui de laisser les enfants endormis pendant trois ou quatre heures après l'opération.

Il n'a jamais de danger et je n'ai jamais d'accident à combattre ni même d'accident à regretter. Une seule fois, en Belgique, on a cité un cas de mort, mais on avait donné cinq grammes, et l'enfant n'avait que trois ans. Or, à cet âge, je n'administre que deux grammes. C'est donc là une faute de dosage qui ne retombe pas sur le médicament.

Cela étant dit, depuis neuf ans, je n'ai pas une petite opération à faire dans mon service; — arrachement de dents contre les névroses de seconde dentition, — destruction de tumeurs érectiles par les caustiques; — application de cautères avec la pâte de Vienne; — ouverture d'abcès; — thoracentèse par l'aspirateur; — redressement des attitudes vicieuses et des ankyloses sans que je me serve de ce moyen d'anesthésie, et l'opération se termine sans que l'enfant ait souffert, ou ait lutté contre l'opérateur; quand il se réveille, il ne se souvient de rien et n'a pas vu celui qui a fait l'opération. Chez les enfants, c'est un résultat de la plus haute importance; on évite ainsi les scènes de contrainte et de violence qui accompagnent les opérations que l'on est obligé de faire chez les enfants.

S'il y avait un danger à faire courir à la vie des malades

par ce moyen, il ne faudrait pas songer à son emploi, mais, ainsi que je l'ai déjà dit, comme il n'y en a aucun, ce procédé d'anesthésie chirurgicale peut être employé chez les enfants.

Lorsqu'il ne s'agit que d'obtenir l'anesthésie, si l'on n'emploie pas le chloral par la bouche et l'estomac, on peut se servir du rectum et donner le remède en lavement ou dans un suppositoire à la même dose.

Ainsi, on prescrit un lavement d'eau de guimauve : cent grammes avec un, deux ou trois grammes d'hydrate de chloral, mais, comme ce lavement peut être rejeté et qu'alors il n'y a pas d'anesthésie ni d'opération possible, il vaut mieux recourir au suppositoire.

Ce suppositoire doit être fait avec le baume de cacao fondu avec un quart de blanc de baleine ou *sperma-ceti;* sans cela l'incorporation du chloral est impossible. On fait mettre alors la dose voulue de chloral dans ce suppositoire, que l'on introduit dans l'anus pour le perdre dans le rectum.

Une fois fondu, le suppositoire laisse libre le chloral qui est absorbé et qui, comme celui d'un lavement, détermine l'anesthésie.

Par le rectum, le chloral produit donc les mêmes effets que par la bouche; seulement, s'il faut continuer longtemps l'usage du remède, cette voie d'introduction est mauvaise. Voici pourquoi : la muqueuse rectale supporte bien le chloral deux ou trois fois, mais à la quatrième elle s'enflamme et il en résulte un ténesme plus ou moins douloureux. Il n'en est pas de même dans l'estomac ou chez les enfants : j'ai pu mettre, tous les jours pendant un mois, trois grammes de chloral sans inconvénient et sans produire de gastralgie, de vomissements ni de diarrhée.

Pourquoi cette différence d'action et d'effet? Je ne saurais le dire, mais l'observation est là.

Il est évident que le chloral est âcre et irritant. Les expériences sur les animaux en font foi, et j'ai vu, au congrès de Bruxelles, un dessin représentant la muqueuse digestive d'un animal empoisonné par le chloral qui portait des traces très-évidentes de phlogose muqueuse. Sous ce rapport il n'y a pas de doute à avoir. Les adultes se plaignent de l'estomac après l'avoir pris. C'est donc un irritant de la muqueuse gastro-intestinale.

Malgré cela, les enfants le prennent longtemps de suite par la bouche tous les jours, sans offrir de symptômes de gastro-entérite. Ils ne perdent pas l'appétit, n'ont pas la langue blanche, et ne souffrent pas. A cet égard, ils ont une tolérance que n'a pas l'adulte, différence importante à connaître et que je tenais à vous signaler comme un fait important de la pratique des maladies de l'enfance.

En résumé :

Chez les enfants, l'hydrate de chloral est mieux supporté qu'il ne l'est par l'adulte.

Chez les enfants, on peut administrer longtemps de suite le chloral sans danger.

Selon l'âge des enfants, un, deux ou trois grammes et plus administrés par l'estomac produisent une anesthésie complète qui dure de trois à six heures.

Donné par lavement ou en suppositoire, le chloral produit les mêmes effets que dans l'estomac.

Chez les enfants, l'anesthésie si facile à obtenir par le chloral peut être utilisée pour l'arrachement des dents, l'ouverture des abcès, le redressement des ankyloses incomplètes, l'emploi des caustiques, la thoracentèse et un certain nombre d'opérations chirurgicales.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gallard.

Des vices de conformation des organes génitaux de la femme (1).

II.

L'*absence de vagin*, à tous ses degrés, s'explique encore facilement par l'histoire du développement. On comprend que l'arrêt du développement peut porter sur le travail de formation de la partie supérieure du vagin qui résulte, comme la cavité utérine, de l'adossement des canaux de Müller; en ce cas, au lieu d'une cavité régulière, on trouvera un cul-de-sac rudimentaire.

D'autre part, que ce travail se fasse très-régulièrement, mais que le développement de la portion inférieure ne suive pas son cours normal, on observera, aux organes génitaux externes, une imperforation dont le premier degré est l'imperforation de l'hymen.

On comprend de même qu'on puisse avoir, par le même mécanisme, le rétrécissement du vagin. Il peut encore arriver que le développement de la portion supérieure soit complet, aussi bien que celui de la portion externe, mais que les deux conduits se terminent chacun en cul-de-sac, ne communiquent pas l'un avec l'autre et soient séparés, soit par un simple tractus fibreux, soit par un cordon portant une ouverture très-rétrécie.

C'est dans cette anomalie que l'art doit intervenir. Si, en effet, un simple diaphragme empêche la communication entre les deux portions d'un canal bien conformé à sa partie externe et à sa partie supérieure, l'intervention chirurgicale est facile. A la nubilité, les signes d'accumulation du flux menstruel, dans la poche supérieure, appelleront d'ailleurs l'attention du médecin sur ce diagnostic; lorsqu'il aura ainsi donné issue au liquide, il aura, par la même opération, rendu possible la conception, et l'on a vu des cas très-nombreux où l'existence de brides, de cordons fibreux, etc., n'a pas été un obstacle considérable à l'accouchement.

Dans des cas d'absence complète de vagin, coïncidant avec un développement régulier des organes internes, utérus et ovaire, la chirurgie a pu arriver à pratiquer un vagin et à mettre en communication avec l'extérieur un utérus qui n'aurait jamais pu remplir son rôle physiologique.

Je dois vous rappeler, à ce sujet, l'histoire de cette jeune femme, atteinte d'une imperforation complète, que j'ai mise entre les mains de M. Labbé. Nous avions constaté d'une façon certaine la présence d'un utérus; l'indication était donc formelle; on pouvait tenter de créer un vagin entre la vessie et le rectum.

Par un travail admirable de patience et d'habileté, M. Labbé est parvenu à disséquer un conduit assez large, au fond duquel on pouvait sentir le col utérin à travers une couche assez mince de tissu.

Il n'y avait plus que cette portion à décoller ou à disséquer quand la malade s'est obstinée à vouloir quitter l'hôpital. Plus tard, elle alla, à l'hôpital Beaujon, se confier à M. Le Fort qui eut l'ingénieuse idée de terminer cette dernière perforation au moyen de l'électrolyse. Il mit ainsi à découvert le col de l'utérus et rendit, par conséquent, à cette femme l'attribut principal de son sexe, l'aptitude à la conception.

Il ne faut pas croire que cette difformité soit très-rare. On rencontre assez souvent ces surprises qui ne se découvrent

(1) Fin. — Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 18 juin.

qu'au moment du mariage. Lorsqu'on est assuré de l'existence de l'utérus, vous venez de voir que la conduite du chirurgien est toute tracée : il doit chercher à mettre le col de l'utérus en communication avec l'extérieur.

Mais, si l'utérus manque, l'intervention est évidemment contre-indiquée. Tel est le cas rapporté par Richet dans une savante leçon qu'il a publiée autrefois sur ce sujet. Lallement et Lebert, à Nancy, ont aussi publié l'observation d'un cas analogue : la femme n'ayant pas d'utérus, ils ont décidé, avec raison, qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir.

Je puis vous présenter ici les pièces anatomiques se rapportant à une observation que j'ai publiée autrefois dans l'*Union médicale*. Cette femme avait été mariée deux fois, et elle est venue mourir dans mon service d'une affection hépatique, à l'âge de plus de soixante ans. La vulve est parfaitement conformée : la femme présentait tous les attributs féminins ; mais on constate que le vagin n'a que quatre centimètres de profondeur et qu'il se termine en cul-de-sac. Le clitoris et le méat urinaire ont été refoulés en arrière dans ce cul-de-sac, sans aucun doute à la suite des efforts auxquels ont dû se livrer les deux maris de cette femme incomplète. Au-dessus de ce cul-de-sac, on ne trouve plus rien entre la vessie et le rectum ; une simple bande fibreuse occupe la place de l'utérus, deux cordons s'évasent en forme d'un Y et se terminent l'un par un organe qui représente le pavillon de la trompe, et l'autre porte un ovaire. Ce qui prouve que cet ovaire a dû fonctionner autrefois, c'est qu'on voit, à ce niveau, quelques points blancs, traces des inflammations causées sur le péritoine au pourtour de l'ovaire lors de la ponte menstruelle.

Dans ce cas encore, évidemment, il n'y avait pas lieu à l'intervention chirurgicale.

Ici, on peut se poser une question médico-légale très-intéressante : étant donné un cas analogue aux précédents, y a-t-il lieu de demander devant la législation française la nullité du mariage ?

Dans les pays où le divorce est établi, la question peut se résoudre facilement ; mais, en France, elle a été portée devant les tribunaux, et une certaine législation y a prévalu. Une fois le mariage contracté, pourvu qu'il soit contracté entre individus de sexe différent, on ne s'inquiète plus si l'acte du mariage peut être consommé complètement par les époux. Il faut donc savoir s'il y a eu erreur sur la personne, et, cette identité de la personne existant, on ne peut faire annuler le mariage. On arrive simplement à la question d'*impuissance* ; ainsi, la femme dont je viens de vous montrer les pièces était une femme impuissante, mais elle avait des ovaires, elle était une femme, et les maris ne pouvaient demander la nullité du mariage. Autrefois, je n'ai pas besoin de vous le rappeler, les cas d'impuissance étaient soumis à l'épreuve du congrès, et les juges décidaient ainsi la nullité ; nous n'en sommes plus à ces scandaleuses exhibitions.

Un procès fameux, se rapportant à un cas à peu près analogue à celui qui nous occupe, a été terminé par une décision qui doit attirer l'attention des médecins : après deux ans de ménage, le mari voulait se séparer de sa femme qui était atteinte d'une imperforation du vagin. Il offre de restituer la dot, et demande la nullité du mariage. La famille de la jeune fille voulut s'opposer à la déclaration de la nullité du mariage ; d'où un procès interminable. Il fut définitivement jugé que le mari avait raison parce que la personne n'était pas une femme, qu'il y avait autant de chances pour qu'elle fût déclarée un homme mal conformé qu'une femme mal conformée. Il est curieux de remarquer que, ce qui entraîna surtout le jugement, c'est que, le tribunal ayant ordonné une expertise pour faire décider si elle était homme ou femme, la personne avait toujours refusé de se soumettre à cet examen, alléguant qu'il devait suffire du certificat d'un médecin consulté antérieurement. Ce refus persistant a fait décider qu'elle devait être homme plutôt que femme, et annuler le mariage. Cependant les seins étaient développés, le bassin assez large, les organes génitaux externes étaient bien développés. Cette interprétation d'un refus d'expertise a été critiquée par des jurisconsultes éminents qui ont déclaré que le refus ne pouvait permettre de conclure à l'existence d'un tel vice de conformation. Voici, en effet, ce qui pourra se présenter dans l'avenir. Deux époux, las de la vie du mariage, pourront un jour s'entendre pour faire un procès analogue. Le mari prétendra que sa femme est mal conformée et demandera l'annulation du mariage ; la femme refusera de se laisser examiner : le tribunal, s'il se conforme au jugement antérieur, conclura à l'existence du vice de conformation et annulera le mariage. Ainsi deviendront tout à fait libres deux époux qui, s'ils avaient employé les sévices, les coups, etc., n'auraient pu obtenir que la séparation de corps et non l'annulation du mariage. Ils pourront donc se marier de nouveau et il pourrait se faire que la femme, déclarée impuissante ou neutre par le tribunal, devînt enceinte de son nouveau mari et donnât ainsi un démenti formel à la justice. Ce serait s'exposer à renouveler à notre époque le pendant d'un jugement de l'ancien Parlement ; un marquis était poursuivi d'une part par sa femme qui l'accusait d'impuissance, d'autre part par sa femme de chambre qui l'accusait de l'avoir rendue enceinte ; il perdit les deux procès.

Un autre genre de vice de conformation vient du point sur lequel va s'ouvrir le canal vaginal supérieur. Tantôt le canal utérin aboutit dans la vessie, tantôt dans le rectum.

On comprend que, malgré l'absence de vulve, la fécondation et l'accouchement même soient possibles par le canal unique ; il en existe de nombreux exemples dans la science.

Une autre source de vices de conformation vient encore de ce que l'impulsion qui accompagne le développement des canaux de Müller, et qui doit avoir son retentissement pour la formation des organes génitaux externes correspondant au sexe déterminé, n'est pas suffisamment obéie, ou est viciée ; de sorte qu'on peut observer des organes génitaux externes du type masculin répondant à une évolution interne du sexe féminin. Toutefois il y a le plus souvent mélange des deux éléments, avec prédominance de l'un ou de l'autre : c'est l'*hermaphrodisme*.

Il est inutile d'insister sur l'importance de la déclaration du sexe au moment de la naissance : ce qui n'est pas toujours facile au médecin lui-même. On sait que, dans un des cas où Tardieu fut consulté pour rectifier le sexe d'un individu mal déclaré à la naissance, cette déclaration avait été faite par Velpeau lui-même.

Je n'insiste pas sur ces faits : on connaît l'histoire de Marie-Madeleine Lefort (voir Béclard, in *Dictionn.*, 60 volumes) ; l'histoire d'Alexina B... qui, élevé dans des pensionnats de jeunes filles, reconnut plus tard qu'il appartenait au sexe masculin ; l'existence des testicules fut confirmée par l'autopsie de cette malheureuse créature qui se suicida au quartier latin.

La seule chose importante à établir dans ces diverses questions est l'existence des testicules qu'on trouve souvent dans l'aine, dans les grandes lèvres, etc.

Il est incontestable, d'ailleurs, que jamais on n'a observé un hermaphrodite qui appartînt réellement aux deux sexes ou qui fût capable de remplir indifféremment l'un ou l'autre rôle dans l'union des sexes.

Parfois il est très-difficile de décider à quel sexe appartiennent ces individus; l'autopsie seule donne une preuve irréfutable. On a observé une forme d'hermaphrodisme remarquable : c'est celui où, d'un côté, les canaux de Müller s'atrophiant, le corps de Wolff se développe et détermine l'évolution d'organes génitaux externes du sexe masculin, du même côté; et, de l'autre côté, les canaux de Müller se développent et déterminent les attributs extérieurs du sexe féminin du côté correspondant.

Des embarras considérables peuvent naître de cette conformation vicieuse, et la solution peut se faire attendre jusqu'à l'autopsie. Je le répète, c'est la recherche de la glande qui peut donner des caractères certains et incontestables.

LABORATOIRE DU COLLÈGE DE FRANCE.

Note sur le défaut de subordination des mouvements de la pupille aux modifications vasculaires, sur la distinction des nerfs ciliaires en constricteurs et dilatateurs de l'iris et sur les rapidités différentes du resserrement et de la dilatation.

Par M. François Franck.

Dans une précédente communication, j'ai présenté les résultats des recherches tendant à faire rejeter la subordination des mouvements de l'iris aux modifications vasculaires, dans le cas de section et d'excitation du cordon sympathique cervical, d'arrachement du ganglion cervical supérieur, de section et d'excitation des filets supérieurs de ce ganglion.

Les expériences, dont je soumets aujourd'hui les résultats, étaient déjà faites lors de ma précédente communication, mais j'ai tenu à les reprendre méthodiquement, afin de pouvoir en donner les conclusions avec plus de netteté. Ces nouvelles recherches fournissent une preuve nouvelle à la théorie de l'indépendance des variations du diamètre de la pupille par rapport au changement de calibre des vaisseaux.

1° *La dilatation de la pupille, produite par l'excitation du sympathique au cou, débute avant que les vaisseaux n'aient commencé à se resserrer.*

2° *Cette dilatation a atteint son maximum pendant que les vaisseaux continuent à se resserrer, l'excitation étant suspendue.*

3° *Le resserrement pupillaire commence pendant la phase d'augment de resserrement vasculaire.*

4° *La pupille est déjà complétement resserrée ; elle a même pris un diamètre moins considérable qu'avant l'excitation, alors que les vaisseaux ne sont pas encore relâchés.*

On voit qu'en suivant parallèlement les phases de chacun des deux phénomènes pupillaire et vasculaire, il est impossible d'admettre que la dilatation de la pupille soit sous la dépendance du resserrement des vaisseaux. *Elle débute plus tôt et se prolonge beaucoup moins.*

Le procédé employé dans cette recherche peut être brièvement indiqué. Sur le chien ou sur le lapin, on isole le cordon sympathique à la partie supérieure du cou, on le coupe et on introduit son bout supérieur dans le tube de mon excitateur fixe qui reste dans la plaie. La carotide du même côté est ensuite coupée entre deux ligatures, et la canule d'un manomètre métallique est fixée au bout supérieur des vaisseaux. Ce manomètre fournira les courbes du resserrement du bouquet carotidien sous l'influence des excitations du bout supérieur du sympathique cervical, et, ces tracés étant recueillis au-dessus des signaux électriques qui marquent le début, la fréquence et la durée des excitateurs, il sera facile de déterminer le commencement du resserrement vasculaire par rapport au début des excitations. Quelquefois j'ajoute aux indications du manomètre artériel les indications d'un manomètre fixé au bout supérieur de la jugulaire externe qui, chez les animaux en expérience, représente la principale voie de retour du sang céphalique. Mais on peut simplifier et se contenter des courbes manométriques carotidiennes superposées aux signaux des excitations du sympathique.

Pour comparer les phases de la dilatation pupillaire aux phases du resserrement vasculaire, il faut obtenir un tracé des variations du diamètre de la pupille et recueillir ce tracé en même temps que celui du manomètre carotidien. Ici nous ne pouvons employer l'inscription du phénomène par lui-même ; il faut faire intervenir l'observation et envoyer, soit électriquement, soit à l'aide de la transmission par l'air, le signal de l'instant où débute la dilatation de la pupille. Pour cela, on place en avant de l'œil mis à découvert avec un blépharostat un fil de réticule qui est tendu de façon à correspondre à l'une des extrémités du diamètre transversal de la pupille ; un observateur, habitué à signaler par un mouvement l'instant d'une impression visuelle, donne le signal du début de la dilatation pupillaire avec un retard constant qu'on peut évaluer à 1/10 de seconde. Mais nous ne tenons pas compte de ce retard, ce qui rend encore les résultats plus probants, puisqu'on diminue ainsi la différence entre le commencement de la dilatation de la pupille et le début du resserrement des vaisseaux carotidiens. Cette partie de mes expériences a été rendue plus facile, grâce à l'obligeance de M. le docteur Bloch, exercé à des recherches de ce genre et qui a bien voulu se charger de l'examen de la pupille.

Comme je l'ai dit plus haut, on constate qu'avec des excitations de moyenne intensité la pupille commence à se dilater, bien avant que le manomètre, en montant, n'ait indiqué le resserrement vasculaire.

Pour marquer les phases des mouvements de la pupille, en même temps que la courbe manométrique donne les phases du resserrement vasculaire, on se sert d'un signal à air qui permet de suivre avec une courbe la dilatation de la pupille. En comprimant la membrane de caoutchouc d'une petite caisse à air, pendant que la pupille se dilate, on fait décrire une courbe ascendante à la plume du levier enregistreur; en laissant revenir la membrane sur elle-même à mesure que l'iris se resserre, on trace une courbe descendante qui fait suite à la première: on a ainsi l'indication du sens du phénomène qui est assez lent pour que sa courbe soit fidèle. Or, la dilatation pupillaire cesse après l'excitation pendant que le resserrement vasculaire continue, et celui-ci dure bien après que la pupille a achevé de se resserrer.

Je crois donc pouvoir conclure que la dilatation de la pupille, produite par l'excitation du cordon cervical du sympathique, est indépendante du resserrement vasculaire, de même que sa constriction ne dépend pas de la dilatation paralytique des vaisseaux.

Cette dissociation résultait, du reste, des expériences communiquées à la Société de Biologie, dans la séance du 20 juillet dernier.

Dans ces recherches, j'ai constaté plusieurs autres faits que j'indiquerai en quelques mots, sauf à y revenir avec plus de détails à propos du rôle du ganglion ophthalmique.

Les nerfs ciliaires qu'on peut isoler, couper et exciter successivement à la surface du nerf optique chez le chien, sont presque tous constricteurs de la pupille. Sur les neuf ou dix filets qu'on peut étudier ainsi, il n'y en a que deux ou trois dont le bout périphérique excité produise la dilatation pupillaire. Les premiers font suite au moteur oculaire commun, comme on le sait; les autres proviennent de la branche ophthalmique, comme j'espère le montrer dans des expériences ultérieures.

Les points, sur lesquels je désire appeler l'attention au sujet de l'action des nerfs ciliaires, sont les suivants:

1° L'excitation d'un seul filet ciliaire constricteur ou dilatateur détermine sur la pupille un effet d'ensemble, une constriction ou dilatation régulière sans qu'on puisse constater de déformation indiquant une prédominance d'action en un point circonscrit de l'iris. Or, pour comprendre le mode de production de ce phénomène, il semble nécessaire d'admettre qu'il existe dans le réseau

nerveux de l'iris une association des nombreux filets qui y arrivent, association telle que l'excitation d'un seul filet retentit sur l'appareil nerveux tout entier.

2° Le resserrement de l'iris produit, soit par l'excitation d'un seul filet constricteur, soit par l'excitation du moteur oculaire commun lui-même, survient toujours plus rapidement après l'excitation que la dilatation pupillaire déterminée, soit par l'excitation d'un nerf ciliaire dilatateur, soit par l'excitation du cordon sympathique au cou. J'ai vu cette différence représentée par le rapport de 1 à 30.

Faut-il considérer pour l'expliquer la durée différente de la transmission dans les nerfs sympathiques et dans les nerfs centro-rachidiens? Nous savons sans doute que l'excitation chemine moins vite dans les premiers que dans les derniers; mais il n'y a pas dans ces expériences de longueur de nerf suffisante pour qu'une différence aussi considérable dans la vitesse de transmission puisse se manifester. On retrouve, en effet, le même écart en excitant les filets ciliaires dilatateurs et les filets ciliaires constricteurs au voisinage même du globe oculaire.

Ce n'est point non plus à une différence dans le moteur même des muscles qui réagissent pour produire ici un resserrement, là une dilatation de l'iris, qu'on peut attribuer la grande différence des retards. Chez les mammifères, les fibres musculaires de l'iris, aussi bien celles qui forment le sphincter que celles qui font dilater la pupille, sont des fibres lisses.

Ce serait donc à la périphérie même, dans les appareils terminaux intra-musculaires des filets constricteurs et des filets dilatateurs, que résiderait la cause d'une aussi grande différence dans la rapidité de réaction des muscles à l'excitation.

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES.

Anévrysme traumatique faux-consécutif de l'artère temporo-frontale.

Par le docteur Rizet.

Le nommé C..., âgé de trente-cinq ans, musicien au 4e régiment de dragons, entre, le 8 mai 1873, à l'hôpital militaire de Versailles (3e division de fiévreux), atteint d'un léger embarras gastrique, sans aucune complication, et en est guéri en peu de jours, au moyen de purgatifs et de tisane amère.

Pendant son séjour dans cet établissement, l'attention du médecin traitant, M. le docteur Messager, fut attirée par la présence d'une petite tumeur, de la forme et de la grosseur d'une noisette, placée au niveau de la bosse frontale gauche presque immédiatement au-dessus de l'angle externe de l'œil. Cette tumeur était molle, fluctuante, indolente et bien limitée; elle ne présentait aucun symptôme d'inflammation et était recouverte d'une peau très-saine. Le malade disait en être porteur depuis le mois d'avril 1868, époque à laquelle il fit une chute de cheval sur le front dans la cour même du quartier. A la suite de cet accident survint une forte contusion, bientôt suivie de gonflement avec ecchymose de tout le côté gauche de la face, ce qui le retint plusieurs jours à l'infirmerie. Après sa guérison, ce militaire s'aperçut de la présence de cette grosseur dans la région frontale et, en outre, de petites tumeurs atteignant à peine le volume d'une lentille, ayant tout l'aspect des dilatations variqueuses disposées sous forme de chapelet au-devant de l'oreille, sur le trajet de l'artère temporo-frontale. La plupart d'entre elles disparurent d'elles-mêmes en peu de temps et sans avoir jamais provoqué la moindre douleur. Celle du front persista seule, et depuis lors devint pour ce malade une cause de gêne prononcée, ce qu'explique suffisamment l'usage du casque qui, en la comprimant, l'a légèrement déformée et aplatie. A plusieurs reprises, cet homme avait soumis sa tumeur à l'examen de médecins qui avaient été unanimes à la regarder comme une tumeur sanguine, lui affirmant qu'il y aurait danger à la laisser opérer et lui recommandant d'éviter avec soin les chocs et les moindres blessures.

Par ces quelques renseignements, par le siège et l'aspect de la tumeur, par l'existence antérieure de petites dilatations simultanées des branches terminales de la pariétale et de la temporale, on avait de fortes présomptions pour croire à un anévrysme traumatique de cette dernière artère; l'examen direct, fait le 11 mai 1873 avec mon confrère le docteur Messager, confirma pleinement ce diagnostic. En effet, en saisissant la tumeur entre le pouce et l'index, on sentait manifestement une pulsation intermittente isochrone aux battements du pouls. Ce phénomène d'expansion, bien distinct du simple soulèvement perçu quelquefois dans les tumeurs situées sur les grosses artères, se constatait aussi en comprimant légèrement la tumeur avec l'index du sommet vers sa base. Venait-on à intercepter la circulation artérielle au-dessous de la tumeur, les battements cessaient tout aussitôt; supprimait-on la compression, que les doigts percevaient immédiatement une expansion brusque déterminée par le retour de l'ondée sanguine.

L'existence d'un anévrysme une fois établie, restait la question du traitement. Me fondant sur ce que la tumeur était peu volumineuse, située sur le trajet d'un vaisseau d'assez petit calibre, très-superficielle et très-voisine d'un plan osseux; me rappelant les succès obtenus dans des cas analogues, je m'arrêtai à la méthode des injections coagulantes suivies de la compression. Trois gouttes de perchlorure de fer, marquant 25° de Baumé, furent injectées avec la seringue de Pravaz dans le sac anévrysmal; aussitôt les battements cessèrent complètement, et la tumeur devint solide et incompressible. Après avoir comprimé avec les doigts, et cela pendant un quart d'heure environ, la portion de l'artère située au dessous de l'anévrysme, nous remplaçâmes leur action par une compresse graduée et quelques tours de bande, maintenue en place pendant trois jours, jusqu'au 14 mai. Pendant tout ce temps, le malade se plaignit du front et de douleurs dans toute la tête; en enlevant le bandage, nous pûmes constater que la tumeur s'était quelque peu enflammée, la peau était rouge par places, ou d'un brun noirâtre; en certains points elle menaçait même de se sphacéler; l'œil gauche était injecté et la paupière supérieure assez œdématiée. Nous nous hâtâmes d'enlever toute action compressive, et bientôt ces symptômes, qui nous avaient alarmés, ne tardèrent pas à se dissiper. Dès le 16, notre malade se trouvait rétabli; nous constatons que les battements n'ont pas reparu. Le caillot fibrineux a conservé toute sa résistance; il y a tout lieu de croire à une guérison complète, quand ce militaire quitte l'hôpital pour aller jouir dans sa famille d'une permission d'un mois. Deux mois après, grâce à l'obligeance du médecin du corps, nous avons revu ce dragon dont la guérison ne s'est pas démentie et qui porte son casque sans gêne et sans aucun gonflement.

Ce qui nous a engagé à publier cette observation, c'est la rareté des cas d'anévrysme observés sur les téguments du crâne, dont les artères, sauf l'ophthalmique, proviennent toutes de la carotide externe, et cette pénurie de ces cas pathologiques autorise l'appendice bibliographique, complément de notre travail :

Anévrysme de la temporale ou d'une de ses branches : — Pétrequin. *Compte-rendu de l'Académie des sciences*, t. XXI.

Decès. *Gazette des Hôpitaux*, 1856, n° 67.

Malgaigne. *Journal de chirurgie*, t. IV, année 1846.

Frestel. *Revue médico-chirurgicale*, année 1850.

Pavesi. *Gazette hebdomadaire*, t. I.

Monroo avait observé un anévrysme artérioso-veineux de la temporale.

Raoul-Deslongchamps. Anévrysme de la sus-orbitaire : *Gazette des Hôpitaux*, 1853.

Guicheri, Laugier et Broca ont publié des observations d'anévrysme de l'occipitale.

Boyer, enfin, a donné une observation d'un anévrysme situé sur l'auriculaire postérieure : *Maladies chirurgicales*, t. II.

Parmi ce nombre restreint d'anévrysmes, trois seulement, y compris le nôtre, furent traités avec succès par les injec-

tions; pour les autres, les auteurs que nous avons cités eurent recours à la compression, dont le résultat ne fut pas toujours heureux.

REVUE DE LA PRESSE.

Lipomes symétriques généralisés. — M. W. Gregory a observé, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, un homme, âgé de quarante-cinq ans, journalier, porteur sur tout le corps de lipomes symétriques. Le diagnostic est absolument certain. Les tumeurs présentent du côté gauche les mêmes caractères, et, presque exactement, le même volume que celles du côté droit. On en trouve le long des vertèbres cervicales et des premières vertèbres dorsales, au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, dans la région dorso-lombaire, sur le bras, sur l'avant-bras, au-devant de l'épicondyle, sur la partie antéro-externe de la cuisse, sur la partie antérieure du thorax, au niveau du mamelon, où les deux tumeurs, exactement symétriques, simulent, à s'y méprendre, les seins d'une femme adulte, et mesurent 39 centimètres de circonférence. Les lipomes de la cuisse sont plus volumineux et mesurent 63 et 61 centimètres de circonférence. (*Province méd.*)

Adénite inguinale prise pour une hernie. — Une femme, âgée de trente ans, bien constituée, vit, à la suite d'une marche forcée, se développer une tumeur dans le pli de l'aine gauche. Un chirurgien, jouissant d'une certaine notoriété, fut appelé. Bien qu'il ne se produise aucun vomissement, qu'il n'y ait ni constipation, ni ballonnement du ventre, cette tumeur est prise pour une hernie.

Taxis prolongé, répété pendant plusieurs jours; écrasement de la tumeur.

Au bout de huit jours de ces manœuvres malheureuses, formation d'une large ecchymose et production d'un abcès vidé par une étroite ouverture; la plaie prend un aspect gangréneux; longue et profonde incision à la hauteur du grand trochanter; pyohémie; abcès métastatiques au bras et à la cuisse droite; nouvelle incision; dénudations très-étendues avec décollements.

Enfin, les greffes réussissent, et la guérison est complète après trois mois de maladie. (*Revue de thér. méd.-chir.*)

Avantages de l'unipiqûre à chaque bras dans la vaccination de très-jeunes enfants. — Le docteur Hugues établit les deux conclusions très-importantes que nous analysons:

1° Contrairement à l'enseignement des classiques, il ne faut pas croire que, la variole étant rare pendant les deux ou trois premiers mois de la vie, il n'est pas utile de vacciner à ce premier âge. Notre confrère a observé plusieurs cas de variole chez des enfants ayant moins de trois mois, et qu'il avait refusé de vacciner.

Il vaccina donc tout enfant au moindre désir de ses parents. Mais, ayant fait la vaccination par trois piqûres à chaque bras, M. Hugues observa bientôt plusieurs accidents graves, généralement liés plus ou moins à l'intensité et à l'étendue de l'inflammation vaccinale. C'est ainsi qu'il fut conduit à se demander si une seule piqûre de chaque côté ne remplirait pas le même effet que les trois piqûres classiques.

2° Il est parfaitement suffisant de ne faire qu'une seule piqûre à chaque bras dans la vaccination des jeunes enfants. Cette unipiqûre a la même efficacité préservatrice que les multipiqûres en général. Sur onze enfants revaccinés dans la suite à des époques ultérieures, et même avec trois piqûres, aucun n'a été sensible à la revaccination. L'unipiqûre avait donc suffi pour les préserver.

M. Legroux, ancien médecin des hôpitaux de Paris, avait autrefois donné le même précepte. Il est confirmé par la preuve expérimentale faite par M. Hugues. (*Nice médical.*)

Tentative d'empoisonnement par la digitaline. Guérison. — M. Béringier, interne à l'hôpital Saint-Louis, publie l'observation suivante qui est intéressante à cause de la forte dose de digitaline, qui produit de violents symptômes d'empoisonnemest, et cependant la malade a guéri.

La femme C..., âgée de vingt-huit ans, avait été soignée quelque temps auparavant à l'hôpital temporaire pour une affection cardiaque. Lorsqu'elle rentra chez elle, elle éprouva de violents chagrins et résolut de se tuer. Elle se procura 74 granules de digitaline d'*un milligramme* d'Homolle et Quévenne, et en prit *quatorze* le 25 février, *soixante* le lendemain 26 février.

Presque immédiatement, elle perdit connaissance et, une heure après, on l'amenait à l'hôpital.

Les traits étaient profondément altérés, la face pâle et couverte de sueur; cette malheureuse femme semblait ne plus voir ce qui l'entourait; ses forces étaient tellement anéanties qu'elle pouvait à peine se soutenir et qu'il fallut deux personnes pour l'aider à se rendre à la salle. Elle poussait des cris aigus que lui arrachaient une violente céphalalgie et des douleurs stomacales atroces.

Dès son arrivée dans la salle, les vomissements commencent, s'accompagnant d'efforts violents et douloureux. Les matières rendues sont très-abondantes, bilieuses. Maux de tête, bourdonnements d'oreilles. Vertiges. Pupilles égales, peu dilatées. Pouls faible et lent (40), mais régulier. Souffle systolique assez rude à la pointe du cœur. On prescrit un vomitif et 500 grammes d'infusion de café.

Pendant toute la soirée et toute la nuit, les vomissements continuent, revenant par crises rapprochées et déterminant d'affreuses douleurs; deux cuvettes entières de liquide sont rendues. Insomnie, engourdissement et fourmillements dans les membres, surtout aux extrémités. La céphalalgie, les troubles de la vue et de l'ouïe persistent, le pouls reste à 40. L'épigastre est sensible, douloureux à la pression. La malade se plaint d'une sensation de brûlure atroce dans l'estomac. Depuis midi, elle n'a rendu que quelques gouttes d'urine.

Le 27 février au matin, les forces sont encore plus déprimées que la veille; la faiblesse est telle que la malade ne peut se tenir sur son séant: les vomissements sont constants et ne permettent pas un instant de repos. Douleurs le long de la colonne vertébrale. Les membres sont en résolution complète. Les mains et les pieds sont froids au toucher; des fourmillements parcourent les membres. Le jour où elle prit les granules, cette femme avait ses règles; elles se sont complètement arrêtées. Mêmes troubles nerveux; pouls à 40. La température buccale est de 36°,8; vaginale, 37°,6; axillaire, 37°.

Dès la journée du 27 février, 150 à 200 grammes d'urine sont rendus; beaucoup d'urates, mais ni sucre ni albumine.

Le soir, une légère amélioration se manifeste dans l'état de la malade. Pouls, 44; température buccale, 36°,6; vaginale, 37°,6; axillaire, 37°.

Le 28, la prostration est toujours très-grande; les mouvements sont lents et pénibles. Persistance des vomissements. Un peu de diarrhée; pouls, toujours faible, 50. Température: buccale, 36°,4; vaginale, 37°,8; axillaire, 37°,2. Café; injection de morphine.

Le soir, un mieux notable permet à la malade de dormir; les vomissements deviennent plus éloignés; les urines sont rares; trois selles liquides. Pouls à 40.

Le 29, les accidents diminuent encore notablement.

Les règles ont reparu.

Les jours suivants, les urines sont toujours peu abondantes; le pouls est à 44 encore le 3 mars; le 6 il est à 60, et a repris de la force et de l'ampleur.

Un fait remarquable dans cet empoisonnement est la brusque cessation des règles pendant que la malade a été sous l'influence du poison, puis leur réapparition après les premiers accidents.

Signalons aussi la douleur qui s'est produite le long de la colonne vertébrale. (*France méd.*)

Développement d'un cancroïde sur une plaque de psoriasis du doigt. — M. le docteur Cartaz présente à la *Société anatomique* l'observation d'un homme, âgé de quarante ans, bien portant, n'ayant pas eu d'autre affection qu'un psoriasis dont le début remonte à vingt-trois ans.

Le psoriasis a envahi, entre autres régions, la paume des mains et la plante des pieds. A la suite de grattages répétés, une de ces productions siégeant sur la face palmaire de l'annulaire de la main

droite, au milieu de la deuxième phalange, l'écaille fut enlevée et il resta une petite ulcération : l'irritation déterminée par le frottement fit bourgeonner la périphérie; peu à peu l'ulcération s'étendit jusqu'à la largeur de 4 centimètres. Ses bords calleux, son fond bourgeonnant, saignant au moindre attouchement, avec retentissement ganglionnaire, firent porter le diagnostic de cancroïde, et l'on pratiqua la désarticulation métacarpo-phalangienne. La guérison s'est maintenue. (*Progrès méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 juillet 1878, M. le docteur Wannebroucq, professeur à la Faculté de médecine de Lille, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance, mercredi 14 août, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Élection de membres titulaires et d'associées libres étrangers; — 2° Constitution médicale du mois de juillet. Policlinique; — 3° Discussion des mémoires de M. Matteï; — 4° Morceau de fer extrait de la vessie, par M. Delefosse; — 5° Traitement de la blépharite ciliaire par l'application de rondelles de caoutchouc vulcanisé, par M. H. Roy.

Du Zona ophthalmique, par le docteur Pacton. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Naguère encore on n'eût pas voulu croire qu'on pût se passer de l'estomac et digérer, en dehors de lui, par l'intestin seul. Les opinions qui régnaient dans la science étaient toujours celles que la Fontaine a représentées dans une fable bien connue. *Maître Gaster* dominait sans conteste ; on acceptait comme une nécessité sa puissance prépondérante.

Le voilà maintenant détrôné. Il est même des physiologistes qui, à l'exemple de M. Leven, sont tout prêts à lui refuser jusqu'au moindre rôle dans la nutrition : ce serait un simple réceptacle pour les aliments, digérés ailleurs.

D'autres, sans aller aussi loin, admettent que son intervention n'est pas complètement indispensable. Ils rappellent que deux malades, l'un observé par M. Laboulbène et dont nous avons longuement parlé il y a juste un an, l'autre observé par M. Dujardin-Beaumetz, ont pu survivre pendant un certain temps à la complète destruction de toute leur muqueuse stomacale par l'action d'un poison caustique.

Le principe une fois posé, il en découlait naturellement que l'on pourrait ouvrir l'intestin pour y introduire directement les substances alimentaires quand, par une raison quelconque, l'estomac cesserait de les laisser passer. On ne craint plus, comme autrefois, de pénétrer dans la cavité du péritoine, et dans les cas les plus divers, depuis que les ovariotomistes réussissent si fréquemment, la gastrotomie tend à devenir une opération presque usuelle.

Cette opération de gastrotomie et d'entérotomie vient d'être tentée par M. le docteur Surmay, de Ham, sur une femme atteinte d'un cancer de l'estomac; mais il s'agissait d'une malade très-affaiblie, et, la mort étant survenue dès le lendemain, c'est une expérience à recommencer.

L'éloquence des chiffres est, de toutes, la plus puissante actuellement. Ils ont bien compris leur époque, ceux qui s'appliquent à les faire parler, qui se sont fait une spécialité de la statistique. Ainsi que M. Bertillon l'a démontré, il y a quelques années, dans une lecture qui a eu le plus grand succès à l'Académie de médecine, rien de plus commode pour soutenir et pour fortifier une thèse. Ce sont des témoins, à qui l'on fait dire ce que l'on veut, quand on dirige habilement l'interrogatoire, en ne perdant pas de vue le but que l'on veut atteindre et en limitant les questions en conséquence. Ces réflexions me revinrent à l'esprit mardi dernier, à l'Académie, pendant que j'écoutais une lecture de M. Gustave Lagneau.

Le sujet choisi était un de ceux qui ont le plus préoccupé les législateurs jurisconsultes et que notre code a résolu dans un sens contraire au droit précédent. Il s'agit de la recherche de la paternité. Cette recherche était permise sous l'ancien régime, et elle ne l'est plus aujourd'hui. En l'interdisant, ceux qui ont fondé le droit moderne de la France n'ont pas cédé à un caprice; ils n'avaient pas pour but de détruire ce qui existait avant eux, par un amour du changement. Au contraire, ils songeaient alors à reconstituer la famille sur les bases les plus solides, et c'est pourquoi ils se refusaient à laisser étaler l'adultère au grand jour par une recherche de paternité qui aurait été bien souvent la constatation de l'adultère. Tout ce qui a trait à l'état des personnes dans le code civil, c'est-à-dire tout ce que le droit français a de particulier, est conçu dans un même esprit.

Dans le mariage, la règle est celle du droit romain: « *Is pater est quem nuptiæ demonstrant.* » *Celui-là est le père que désignent les noces.* Pour que cette règle subisse une exception, il ne suffit pas même d'une condamnation de la femme pour adultère constaté. Rien ne prouve en effet qu'une femme adultère n'ait pas un enfant de son mari. On ne permet pas au mari de soutenir qu'il n'a pas vu sa femme, qu'il n'a pas pu avoir de rapports avec elle vers le moment de la conception, qu'il était impuissant, malade, en état de brouille absolue et définitive. Le législateur a voulu couper court à tous les procès scandaleux qui remplissaient dans les siècles derniers les recueils de causes célèbres. Il s'est inspiré, en tout et pour tout, de l'intérêt de la famille, qui a pour base le mariage, et il y a fait rentrer tous ceux qu'il était possible d'y mettre.

Hors de la famille, il a dû rester conséquent avec ses principes. Quand il n'y avait plus de père désigné, quand les unions étaient ce qu'on appelle des unions libres, comment prouver qu'une femme n'a pas eu un enfant d'un autre que de l'amant connu? Et si la fille venait accuser un homme marié, ce qui était arrivé si souvent quand la recherche de la paternité était permise, fallait-il lui permettre de jeter le trouble dans une famille par la reconnaissance imposée d'un bâtard? La loi pouvait d'autant moins l'admettre que, dans l'intérêt de la famille, elle interdit non-seulement toute reconnaissance d'enfant adultérin, mais durant le mariage la reconnaissance volontaire des enfants naturels procréés auparavant.

D'ailleurs, on savait ce qu'avaient été ces procès en séduction et en reconnaissance d'enfants dont le fameux Forbin avait été victime. C'était une prime pour l'inconduite des filles, qui espéraient toujours, une fois enceintes, être assez habiles pour attirer momentanément dans leurs filets un personnage en vue, sur qui elles sauraient faire tomber toute la responsabilité d'œuvres d'autrui. Je suis convaincu que demain le nombre des enfants naturels augmenterait encore si la loi était modifiée dans le sens indiqué par M. Lagneau.

D'ailleurs, qu'on le remarque bien, on ne peut choisir raisonnablement qu'entre deux principes, en acceptant toutes les conséquences naturelles de celui des deux qu'on choisit : ou bien celui de la loi française, qui fait appel à la vertu des filles, ou bien celui de la loi anglaise, qui, ne demandant pas à la femme de se défendre par elle-même contre les séductions, punit le séducteur bien que la femme soit consentante. Alors il faut admettre le mariage forcé, comme en Angleterre, toutes les fois qu'une jeune fille est compromise. Alors la proportion des enfants naturels doit nécessairement être diminuée par toutes ces unions que le juge impose.

Eh bien, malgré cela, d'après M. Lagneau, cette proportion, telle que la constatent les registres, si mal tenus, des paroisses, serait encore, en Angleterre, environ des quatre cinquièmes de ce qu'elle est en France. Si l'on se rappelle que la basse classe, la populace, ne figure pour ainsi dire pas sur ces registres de paroisse, tandis qu'en France tout le monde est inscrit sur nos registres de l'état civil, si l'on tient compte de l'indifférence avec laquelle les Anglais laissent grouiller toute cette *mob*, si nombreuse dans leurs grandes villes, au sein de laquelle naissances naturelles, avortements, infanticides passent d'ordinaire inaperçus, si en un mot on examine la question sous toutes ses faces, on conclura, contrairement à M. Gustave Lagneau, que la recherche de la paternité, même avec le mariage forcé, n'a aucune efficacité pour diminuer le chiffre des naissances naturelles.

En aurait-elle pour diminuer le nombre des avortements provoqués? Pas davantage, sauf dans un seul cas, quand la mère songerait à se faire de ses fautes un moyen de gain et de chantage. Toutes celles qui sont excusables dans une certaine proportion quand elles se font avorter, toutes celles qu'un sentiment de honte, un reste de pudeur conduiraient à ce crime, celles-là le commettront quand même. Restent donc les autres, ces femmes plus ou moins publiques, qui se hâteraient de multiplier le nombre de leurs enfants naturels afin de multiplier leurs rentes.

Reste la question du mariage plus ou moins précoce sous l'une ou sous l'autre législation. A ce point de vue, celle de l'Angleterre est, je le reconnais, des plus efficaces, et ce pourrait être une raison pour la faire adopter chez nous. Mais alors il faudrait complètement déchirer plus de moitié de notre code, car, non-seulement l'état des personnes, mais les successions y sont réglées en conséquence du principe qu'on déserterait. Or, quoi qu'on en dise, les statistiques sont bien loin de prouver, jusqu'à présent, qu'on gagnerait au change.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

De la recherche des causes latentes de certaines cachexies (1).

II.

L'*hygiène privée* est une source très-abondante de causes de cachexies : air respiré, alimentation, erreurs de régime, etc., doivent être examinés.

L'*air respiré* peut être insuffisant ou vicié. Il devient rapidement insuffisant à l'oxygénation par l'accumulation d'acide carbonique dans les milieux confinés habités par l'homme, où chaque adulte verse par heure vingt litres d'acide carbonique. On a trouvé dans des cellules de prisonniers, en Angleterre, que la quantité d'acide carbonique y était huit fois plus considérable que dans l'air sain. Pettenkoffer l'a trouvée seize fois plus considérable dans une école de filles, soit plus de sept parties pour mille. L'air est vicié par le mélange de gaz toxiques, tels que l'oxyde de carbone. Nous vivons constamment dans ce danger spécial; que de malaises et d'indispositions causées par des cheminées qui ne fonctionnent pas bien, par des poêles dont le tirage est défectueux ou dans lesquels on a « étouffé » le charbon, en fermant la clef, ce qui empêche l'aspiration des gaz, oxyde de carbone et acide carbonique ! Heureusement encore, le bois et le charbon de terre, qui n'est pas dépouillé de ses matières bitumineuses, produisent, dans ces cas, une fumée qui incommode les habitants des chambres, et les sauve d'accidents très-graves en les obligeant à ouvrir portes ou fenêtres. Mais, avec le coke, qui brûle sans fumée, on n'est plus averti du danger : on absorbe les gaz délétères sans en avoir conscience, et on s'empoisonne.

Outre ces accidents, qui arrivent pour ainsi dire par l'imprudence de ceux qui s'y sont exposés, il faut signaler les empoisonnements qui sont tout à fait indépendants de la volonté de ceux qui les subissent : c'est ce qu'on observe dans les cas où plusieurs tuyaux de cheminées communiquent entre eux, où des fissures existent entre deux cheminées, etc.; les gaz peuvent redescendre dans le tuyau d'une cheminée où il n'y a pas de feu et venir empoisonner celui qui, ne faisant pas de feu, se croyait à l'abri de l'oxyde de carbone.

Dans d'autres circonstances, ce sont les gaz des fosses d'aisances, des égouts, des conduites de gaz d'éclairage, qui produisent des accidents. Fort heureusement pour nous, ces gaz ont tous une *odeur* qui nous avertit de leur dégagement et nous oblige à prendre nos précautions. Mais il est certaines infiltrations des fosses d'aisances qui développent assez de gaz carbonique pour produire une intoxication lente, sans que l'odeur aide à les faire reconnaître à un odorat de finesse ordinaire.

L'altération des *eaux* joue aussi un rôle considérable dans la question qui nous occupe : une eau est nuisible ou parce qu'elle est trop pure ou parce qu'elle ne l'est pas assez. L'eau très-pure, en effet, n'a pas de saveur, ne renferme pas assez de sels calcaires, n'est pas digestive; elle produit des dyspepsies chroniques. Par un excès contraire, l'eau chargée de matières calcaires est aussi nuisible. De même l'eau peut altérer l'organisme lorsqu'elle renferme des matières organiques puisées soit dans les terrains qu'elle traverse, soit dans le voisinage des égouts, des fosses d'aisances, etc. Enfin, les eaux peuvent se charger de matières inorganiques qui produisent des accidents très-graves : citons, en première ligne, le plomb. Les tuyaux neufs qui servent à conduire les eaux laissent des quantités de plomb assez considérables se combiner dans les eaux jusqu'à ce que les matières organiques, auxquelles les eaux servent de véhicules, tapissent les parois des tuyaux et y forment une couche inerte, un enduit qui met les eaux à l'abri du contact du plomb.

On comprend de même qu'une eau trop pure, qui ne renfermerait pas assez de matières organiques pour que cet

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 août.

enduit puisse se former sur les parois du tuyau de plomb, ne serait pas non plus une eau hygiénique.

L'*alimentation* peut devenir une cause de cachexie, soit par insuffisance, soit par excès. Il est évident que l'insuffisance dans la nutrition amène rapidement la dégradation de l'organisme, consomption qui s'aggrave d'autant plus que le malheureux, devenant de plus en plus faible, peut travailler de moins en moins, et, par conséquent, augmente tous les jours la cause première de sa détresse. L'excès dans l'alimentation produit des désordres aussi graves : il faut jeûner pour avoir faim ; il faut laisser à l'estomac le repos et le temps nécessaires pour préparer de nouveaux peptones pour digérer le repas suivant.

La cachexie n'est pas rare chez tous ces individus qui ne songent qu'à faire bonne chère et ne regrettent qu'une chose : c'est de n'avoir pas assez d'appétit pour faire face à tous les bons repas qui s'offrent à eux.

Notons, en passant, les impuretés des aliments, les diverses et nombreuses falsifications auxquelles ils sont soumis.

Les *actes* des individus peuvent aussi les conduire à la cachexie, soit par insuffisance, soit par excès d'exercice. La fatigue n'est pas un moyen de reconstitution de l'organisme; et, si l'on doit dépenser ce qu'on acquiert, on ne doit pas dépasser ce but. Dans tout ce qui concerne les actes individuels, la mesure est difficile à fixer : excès de travail intellectuel et physique, excès vénériens, etc., tout est relatif et varié dans des limites très-étendues.

IV. Après avoir épuisé les trois ordres précédents, on doit chercher la cause de la cachexie dans les *intoxications chroniques*. Je ne parle pas ici des intoxications professionnelles qui sont connues et auxquelles on doit songer dès qu'on examine son malade pour la première fois. Mais il est des empoisonnements de cause tout à fait accidentelle qui sont parfois très-difficiles à découvrir. Ainsi, parmi les professions qui exposent aux accidents de l'empoisonnement par le *plomb* (on en a cité 53 et on ne les a pas citées toutes), on ne songeait guère à certaines gens qui se servent d'instruments de plomb. *Exemples :* les lapidaires, qui polissent à l'émeri sur une roue de plomb; les tailleurs de limes, qui se servent d'une lame de plomb pour amortir le choc de leur ciseau, etc. On a pu observer des symptômes de paralysie chez ces ouvriers, sans qu'ils aient eu des coliques de plomb. On connaît l'histoire, rapportée par Duchenne (de Boulogne), de ce marchand de thés de Bordeaux qui fut atteint d'intoxication saturnine qu'on ne s'expliqua pas d'abord : on découvrit plus tard qu'il avait l'habitude de se servir de feuilles d'étain pour en faire des sacs; or cet étain chinois contenait beaucoup de plomb; une manipulation quotidienne de ces lames suffit pour produire la paralysie saturnine. J'ai vu chez un photographe des accidents saturnins que je ne pus m'expliquer que par cette circonstance toute fortuite : ce photographe se servait de sépia pour retoucher ses photographies et d'une « substance végétale fournie par son ami, marchand de couleurs »; cette substance végétale était du blanc de plomb tout pur. La cachexie, développée par cette intoxication, avait été assez considérable pour faire croire au médecin qui m'avait appelé en consultation à un cancer de l'estomac. La suppression de la cause fut suivie de la guérison.

Chez le vieillard dont je parlais au commencement de cette leçon, et qui exerçait la profession d'horloger, nous avions songé à l'intoxication saturnine parce qu'il nous avait dit se servir de « rouge d'Angleterre » pour nettoyer les cuvettes de montres : nous fîmes l'essai chimique de cette substance; nous avions conclu à la présence du plomb, quand, en vérifiant la pureté de l'acide nitrique employé, nous avons reconnu que le plomb décelé était dû à l'impureté de l'acide nitrique. Il n'y avait donc pas de plomb. Cet exemple doit vous mettre en garde pour les recherches que vous pourriez avoir à faire dans le même sens, et vous montre avec quelles précautions il faut instituer l'enquête qui doit diriger le traitement consécutif.

Faut-il encore rappeler l'histoire d'un pharmacien qui fut pris de paralysie saturnine sans avoir jamais eu de coliques? On chercha en vain où il avait pu absorber du plomb; ce ne pouvait être dans sa vie de famille, puisque la femme, qui était dans les mêmes conditions que son mari, ne présentait aucun signe d'empoisonnement. On découvrit enfin que ce pharmacien portait dans les mollets un assez grand nombre de grains de plomb, logés *dans l'épaisseur* de la peau et *sous* la peau; il avait reçu ainsi toute la charge de fusil d'un maladroit compagnon de chasse. Ce mode d'absorption du plomb est remarquable et il paraît assez bien établi.

Signalons ensuite les boîtes de conserves, les vins lithargés, etc. On litharge encore beaucoup les vins, le cidre. Duchenne (de Boulogne) a rapporté l'histoire d'un malade cachectique à qui l'on avait prescrit de boire de bon vin après chaque repas, et qui se traitait ainsi avec du vin de Bordeaux que lui envoyait un de ses meilleurs amis. Les signes de cachexie augmentaient tous les jours : on parvint à trouver que le plomb ne pouvait venir que de la litharge qui fut extraite en grande quantité du vin de Bordeaux prescrit comme traitement.

Les cosmétiques, les lotions, les injections à l'acétate de plomb, sont des sources communes d'intoxication saturnine. Ce métal est donc celui qui est le plus répandu, et il devait occuper la première place parmi les causes d'intoxication métallique. Mais il n'est pas le seul; l'*arsenic* doit aussi être incriminé et sévèrement recherché.

L'arsenic existe dans les peintures vertes, dans les papiers verts, surtout dans les papiers peints en vert et qui sont veloutés; il tombe successivement de ces papiers une poussière d'arsenic assez considérable pour qu'on ait pu déceler manifestement le métal dans l'air des appartements décorés avec ces papiers peints. Les fleurs, même les fleurs naturelles conservées dans un mélange arsenical, les étoffes vertes, les tarlatanes surtout, donnent des intoxications arsenicales; mais, le plus souvent, ce sont des accidents aigus, et dont on peut retrouver la cause plus rapidement.

Les objets d'histoire naturelle, les oiseaux empaillés eux-mêmes, ont intoxiqué leurs propriétaires : ce fait très-curieux s'est reproduit chez un client d'un de mes confrères parisiens. Cet homme, très-studieux, travaillait assidûment dans un cabinet rempli de magnifiques oiseaux et animaux empaillés; il présenta tous les symptômes d'une cachexie profonde dont on ne trouva d'abord pas la cause : enfin on suspecta les oiseaux empaillés et on découvrit que l'air de ce cabinet de travail contenait des proportions d'arsenic très-notables.

Le *mercure*, le *phosphore* produisent des cachexies; mais leur histoire est trop classique pour nous arrêter ici.

Enfin, laissons une large part à une cause bien commune des cachexies profondes, les *causes morales*. Il suffit de les signaler; vouloir les étudier, ce serait vouloir parcourir tout le cadre nosologique.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).
(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

XI.

Dans de semblables circonstances, la compression est exercée avec beaucoup plus de sécurité par le doigt qu'à l'aide de n'importe quel instrument, car il est de la plus haute importance de n'employer que la pression strictement nécessaire sur une artère athéromateuse ou ossifiée.

La rapidité de la guérison par la compression digitale est l'un de ses grands avantages, à côté duquel il faut placer celui de nécessiter moins de force, et de provoquer moins de douleur. Le patient peut, grâce à ces avantages, supporter l'application prolongée d'une pression suffisante, et l'on obtient souvent la guérison avec une étonnante rapidité.

Dans les tables de Fischer, on trouve la durée moyenne du traitement par la compression digitale et par la compression mécanique dans les cas heureux. Ces tables comprennent les anévrysmes de toutes les artères du corps, mais nous pouvons appliquer ses conclusions générales aux anévrysmes poplités seuls sans risque d'erreur. On y voit que 34. 7 pour cent des cas traités par la compression digitale ont guéri pendant les premières vingt-quatre heures, tandis que ce résultat ne s'est montré que 10. 1 fois pour cent, par la compression mécanique. Dans la première catégorie, 86 pour cent ont guéri pendant la première quinzaine; dans la seconde catégorie, 53 pour cent seulement. Le temps moyen exigé pour la guérison, dans la liste des cas de compression digitale, a été d'environ trois jours, et, pour la compression mécanique, il a été d'environ quatorze jours.

On dit ordinairement que la compression digitale est beaucoup plus difficile à exercer convenablement que ne l'est la compression mécanique. Je suis fort-loin d'être de cet avis. Il est de fait que, pour visser tant bien que mal un instrument, on n'a pas grand'peine à se donner. Mais, si l'on veut appliquer la compression instrumentale d'une façon réelle et utile, il faut y apporter un soin constant, et le malade doit être surveillé par le chirurgien lui-même ou par quelqu'un de compétent, pendant toute la durée du traitement. Cette surveillance constante pendant un temps beaucoup plus long compense amplement la fatigue physique exigée par la compression digitale.

La difficulté d'obtenir une compression digitale effective varie beaucoup dans les différents cas. Certains individus ont plus d'adresse et plus de force dans les doigts que d'autres, de sorte que l'un fera cesser les pulsations avec facilité, quand un autre ne pourra y arriver qu'en se donnant beaucoup de mal; et ordinairement la fatigue éprouvée par le malade est en raison du mal que se donnent les aides. Règle générale, la compression qui est facilement appliquée est facilement supportée. Les aides étrangers à la médecine doivent être soigneusement instruits sur la manière d'appliquer la compression, et sur la direction dans laquelle on arrive le plus aisément sur l'artère; quand on le peut, il est bon d'associer à chacun d'eux un aide appartenant à la profession. Le doigt qui comprime est quelquefois aidé utilement en appliquant sur lui un poids, comme l'a recommandé M. Holden (*St Bartholomew's hospital reports*, vol. VIII, p. 140). Dans une observation de compression digitale suivie de succès (combinée cependant à la compression mécanique), dans un cas d'anévrysme poplité, il dit : « Nous imaginâmes d'aider les doigts en plaçant un poids sur leur extrémité. Le poids consistait en un sac long et mince, renfermant 12 livres de plomb de chasse. Grâce à ce moyen nous eûmes la possibilité de ménager les forces musculaires, et de faire supporter aux doigts une application de près de deux heures sans fatigue et sans incommodité, sauf un peu d'engourdissement au niveau des ongles. » Le même moyen ou à peu près a été employé par un chirurgien français, Chassaignac, je crois; mais je n'ai pu retrouver l'observation. Dans le cas de Holden, trente heures de compression continue furent parfaitement supportées. On suspendit alors la compression, l'anévrysme paraissant guéri; mais les symptômes reparurent au bout d'environ vingt-six heures, et la guérison fut définitivement obtenue à l'aide de la compression mécanique. M. Holden fait remarquer que si, en premier lieu, la compression eût été maintenue pendant quarante heures au lieu de trente, elle eût probablement réussi d'une manière complète.

A moins de venir en aide aux doigts de la manière indiquée, peu de personnes peuvent faire la compression pendant plus de dix minutes ou un quart d'heure; il est donc nécessaire de se munir d'un assez grand nombre d'aides qui s'occupent de l'artère deux à deux, l'un faisant la compression pendant que l'autre surveille l'anévrysme, et changeant de rôle aussitôt que les doigts sont fatigués ou engourdis. Il faut avoir soin que la compression ne soit pas interrompue pendant le changement de mains.

Il faut et il suffit que la compression digitale soit faite avec le degré de force voulu pour faire cesser les pulsations de la tumeur. L'idée de laisser pénétrer dans la tumeur un courant sanguin perceptible, idée qui jouissait d'une certaine faveur dans mes jeunes années, et qui était recommandée par les chirurgiens de Dublin, ne semble pas aujourd'hui présenter le moindre avantage. Il est possible qu'un peu de sang traverse la tumeur anévrysmale, bien qu'on ne puisse constater aucune pulsation; mais, quoi qu'il en soit, il est certain que la suspension complète des pulsations de l'anévrysme, loin de retarder la guérison, la hâte au contraire singulièrement, et dans quelques cas la guérison a été obtenue en un temps très-court. Voici les cas où j'ai trouvé la guérison survenant dans le temps le plus court pour anévrysmes poplités. Celui de M. Sernin Fontan (*Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 4); la tumeur, de la grosseur d'un œuf d'oie, fut complètement solidifiée après trois heures et demie de compression, mais cependant la compression fut continuée par précaution pendant quatre autres heures. On put vérifier dans ce cas que la guérison était définitive. Celui du docteur Mapother (*Brit. med. journal.*, oct. 5th 1867), qui fut guéri en cinq heures trois quarts. Le malade de M. Bryant, dont il a été déjà parlé, qui se guérit lui-même en quatre heures et demie. Le malade de Blackman (*Phil. med. and surg. reporter*, 1861; *and Med. Times*, nov. 2 1861), qui fût guéri au bout de trois heures de compression dans l'aine. Enfin, le temps le plus court s'est trouvé dans un cas de Vanzetti (*Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 519) où la guérison a été obtenue au bout de deux heures et demie de traitement.

Il est évident que des guérisons aussi rapides ne se rencontreront que rarement; mais les moyennes données plus haut montrent que, dans un tiers environ des cas heureux, la guérison a été obtenue dans les premières vingt-quatre heures. Il est presque toujours possible de maintenir la compression continue, pendant cette durée, chez tout malade qui n'est pas

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 août.

excitable au point de ne pouvoir du tout supporter la compression. Et si la compression est ainsi convenablement maintenue, je ne doute pas que beaucoup de cas ne soient guéris, ou en bonne voie pour le devenir. Mais, quand on a essayé la compression pendant cette durée sans réussir, il faut, en général, la suspendre par suite de l'épuisement du malade ou des aides, et il peut alors être utile de la remplacer par la compression mécanique, ou d'employer la compression digitale intermittente pendant deux heures environ, deux fois par jour. Il est probable que pendant ce temps le sac se sera revêtu d'une couche suffisante de fibrine, de façon à ne pas céder sous l'effort de la pression du sang quand la compression sera suspendue, et que de nouvelles couches se formeront à chaque nouvelle compression, jusqu'à l'oblitération complète de la tumeur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 août 1878. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes-rendus des épidémies qui ont été observées, en 1877, dans les départements de l'Aveyron, de la Dordogne, de la Mayenne et de la Gironde (commission des épidémies).

M. le ministre de l'instruction publique envoie à l'Académie ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Blanche comme membre associé libre. Il adresse aussi à l'Académie deux exemplaires de l'*Index bibliographique des publications dues à MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux*.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté relatif à l'invention d'un nouvel appareil électro-médical (accepté);

2° Un mémoire intitulé : *De la fièvre typhoïde* observée à Nancy pendant les années 1876 et 1877, par M. Dagu, médecin principal de première classe (commission des épidémies).

LECTURES

M. GUSTAVE LAGNEAU lit un travail intitulé: *Remarques sur la natalité et la mortalité des enfants naturels, ainsi que sur la matrimonialité, considérée au point de vue de la recherche de la paternité.*

En 1869, sur la proposition de MM. Chauffard et Blet, l'Académie a émis le vœu qu'on modifiât les conditions légales qui favorisent le grand nombre des naissances illégitimes.

Dans ce but, tout récemment, MM. les sénateurs Béranger, de Belcastel, Foucher de Careil et Schelcher, ont proposé un projet de loi autorisant la recherche de la paternité dans certaines conditions déterminées. Afin d'éviter les abus, l'action ne pourrait être intentée qu'au nom de l'enfant par un tuteur désigné par un conseil de famille.

En conséquence des documents statistiques relatifs à la population de la France et de divers pays étrangers, particulièrement de l'Angleterre, permettent de constater les résultats suivants :

En France, depuis le commencement du siècle, depuis 1803, époque de la promulgation du Code civil qui interdit la recherche de la paternité, excepté dans le cas d'enlèvement, les naissances illégitimes se sont accrues de plus de moitié, tandis que les naissances légitimes ont diminué d'un trente-huitième au moins ; les naissances illégitimes sont suivies d'une mortalité infantile deux fois plus forte que la mortalité des enfants légitimes. Les avortements et les infanticides paraissent être devenus beaucoup plus nombreux, et la proportion annuelle des habitants qui se marient a diminue de plus de moitié.

Parmi les États d'Allemagne, où la recherche de la paternité est autorisée, dans la Bavière en particulier, bien que par suite d'une législation spéciale ayant longtemps fait obstacle au mariage des habitants, la mortalité illégitime est très-considérable; la natalité des enfants naturels n'est que d'un sixième plus élevée que celle des enfants légitimes, d'ailleurs assez forte.

Enfin, en Angleterre, où la recherche de la paternité est autorisée, contrairement à ce qui a lieu actuellement en France, la natalité illégitime paraît moindre de plus d'un cinquième; les avortements et les infanticides sont l'objet de poursuites judiciaires moins nombreuses; la proportion annuelle des habitants de dix-huit à soixante ans qui se marient est plus élevée d'un huitième.

Les garçons se marient près de trois ans et les filles cinq mois plus tôt qu'en France. Enfin la fécondité des femmes mariées de quinze à cinquante ans, c'est-à-dire la natalité légitime, est de près d'un tiers plus considérable en Angleterre qu'en France. De ces résultats statistiques, tout en tenant compte de la diversité et de la complexité des influences pouvant modifier les phénomènes sociaux, on semble autorisé à tirer les déductions suivantes :

L'interdiction de la recherche de la paternité, en déchargeant le père de tous devoirs envers l'enfant naturel, contribue à accroître, dans une notable proportion, la natalité illégitime.

L'interdiction de la recherche de la paternité, en privant l'enfant naturel de la part de secours incombant au père, contribue à rendre la mortalité des enfants illégitimes beaucoup plus élevée que celle des enfants légitimes.

L'interdiction de la recherche de la paternité paraît accroître la proportion des avortements et des infanticides, la fille mère devient criminelle pour échapper aux devoirs difficiles que la loi impose à elle seule.

Enfin l'interdiction de la recherche de la paternité contribue à retarder et à diminuer la matrimonialité et par suite à restreindre la natalité légitime, car l'homme a d'autant moins de motifs de se marier que la loi l'exonère de tous les devoirs pouvant lui incomber par le fait de ses relations extra-conjugales. (Ce travail est renvoyé à la section d'hygiène.)

COMMUNICATION.

M. le docteur Surmay, médecin et chirurgien de l'hôpital de Ham, lit un travail intitulé : *Note sur l'entérotomie avec une observation à l'appui.*

Déjà, le 12 août 1877, M. Surmay avait, dans un pli cacheté déposé à l'Académie, proposé d'appliquer l'entérotomie à certains cas de rétrécissement infranchissable de l'orifice pylorique, afin d'introduire directement les aliments dans l'intestin. Il a développé plus tard la même idée dans le bulletin de thérapeutique, et aujourd'hui il vient rendre compte de la première opération pratiquée par lui.

M. Surmay rappelle d'abord les faits qui tendent à prouver que la digestion peut se faire sous l'influence du suc pancréatique et du suc intestinal sans l'intervention de l'estomac. Ainsi, dans une observation de M. Dujardin-Beaumetz, un homme dont l'estomac en son entier, probablement par suite de l'introduction d'un agent caustique, se trouvait transformé en une vaste eschare, n'avait pas moins bien supporté le régime lacté sans que ses fonctions digestives fussent troublées le moins du monde. Il avait ainsi vécu durant plusieurs jours, ne digérant ses aliments que dans l'intestin. Une autre observation, lue l'année dernière par M. Laboulbène, conduirait à des conclusions tout à fait semblables. De là la pensée naturelle d'ouvrir le plus près possible de l'estomac une sorte de bouche artificielle permettant de faire pénétrer les substances alimentaires dans le canal intestinal.

Trois conditions sont à réaliser pour se mettre dans les conditions les meilleures possibles: 1° S'assurer de la conservation des liquides biliaires et pancréatiques ; 2° laisser aux aliments un parcours intestinal suffisant à leur élaboration et à leur absorption; 3° faire l'ouverture dans un point dont la situation soit assez fixe pour qu'on soit toujours assuré de le trouver.

Le duodénum, étant fixé par le mésentère dans la plus grande partie de sa longueur contre la colonne vertébrale, ne saurait être attiré au dehors sans grands dégâts.

Le jéjunum convient beaucoup mieux, il est fixe et on peut toujours le trouver à coup sûr. Voici le procédé opératoire à suivre.

L'opérateur se place à côté du patient, et, à un centimètre au dedans de l'extrémité antérieure de la quatrième fausse côte gauche, en comptant de bas en haut, il fait une incision verticale de 4 à 5 centimètres de manière que le milieu de cette incision corresponde à l'extrémité antérieure de la quatrième fausse côte. Le péritoine une fois ouvert, on trouve le plus souvent au-dessous de lui le grand épiploon, qu'on relève. La masse intestinale étant à découvert, on reconnaît facilement le colon transverse à sa direction, à sa couleur plus blanche que celle de l'intestin grêle et à ses rapports avec le grand épiploon. Puis on enfonce perpendiculairement l'indicateur au milieu des anses intestinales jusqu'à la colonne vertébrale.

On reconnaît alors l'extrémité gauche du pancréas, et, immédiatement à gauche de cette extrémité et comme faisant suite avec lui, on sent un intestin dont la direction est transversale. On accroche cet intestin avec le doigt. S'il se laisse attirer par l'un de ses bouts, mais reste solidement attaché par l'autre, c'est le jéjunum à sa naissance. Alors on l'attire entre les lèvres de la plaie et on l'y fixe par un nombre suffisant de sutures à fils séparés, après avoir rentré l'épiploon. Cela fait, on ouvre l'intestin, et il ne reste plus qu'à maintenir l'ouverture suffisamment béante.

C'est ainsi que l'auteur a procédé chez une malade entrée le 1er juin dernier dernier dans le service de M. Dujardin-Baumetz.

Cette femme, âgée de vingt-six ans, depuis plus de dix mois avait tous les jours des vomissements alimentaires de plus en plus fréquents et de plus en plus abondants.

Les selles étaient devenues de plus en plus rares. C'est à peine si lors de son entrée elle parvenait à obtenir à l'aide de lavements une selle presque insignifiante tous les huit jours; l'amaigrissement était énorme, l'affaiblissement tel que, ne pouvant plus travailler, elle était entrée à l'hôpital. Le teint était naturel, pas d'apparence de cachexie, jamais d'œdème, la menstruation était régulière; au creux épigastrique, on sentait très-nettement une tumeur du volume d'une grosse pomme environ. La malade avait de l'appétit. Elle prenait avec plaisir le lait qu'on lui donnait, mais elle le vomissait environ deux heures après l'ingestion, quelquefois plus tôt.

A la suite d'une consultation entre MM. Dujardin-Baumetz, Le Fort, Ledentu et Surmay, il fut décidé qu'on pratiquerait chez elle l'entérotomie, après s'être assuré que les aliments ne traversaient plus le pylore. En attendant, on la nourrit à l'aide de lavements alimentaires. Mais les lavements furent supportés difficilement, ils causaient des coliques violentes. La faiblesse s'accentua au point que la malade ne quittait plus son lit et, le 16 juin, à la suite d'une nouvelle consultation on l'opéra après l'avoir chloroformée. L'opération dura une heure un quart. Une petite hémorrhagie ayant pour point de départ les lèvres de la plaie intestinale (laquelle était de 2 centimètres de longueur environ) fut arrêtée par l'application de deux pinces hémostatiques.

Puis, à l'aide d'une sonde en caoutchouc rouge du n° 27 environ, introduite dans le bout inférieur de l'intestin, on injecta lentement 125 grammes de lait additionné de 10 gouttes de laudanum. On ferma ensuite la sonde avec un fausset.

Il ne s'écoula rien en dehors.

On renouvela la même injection deux heures plus tard. Il n'y a pas eu de nausées, pas de vomissement. Le lendemain matin, le ventre, aussi plat qu'avant, n'était nullement douloureux. Il y avait eu quelques coliques, un peu d'agitation, fort peu de sommeil; le pouls était à 144, sans résistance, et la faiblesse était extrême, les yeux s'excavaient de plus en plus.

On injecta du lait mêlé d'eau-de-vie; l'abattement devint extrême A une heure après midi on injecta dans l'intestin du thé au rhum, et on fit une injection sous-cutanée d'un gramme d'éther, que l'on renouvela une demi-heure après. A deux heures, nouvelle injection de thé au rhum dans l'intestin. La mort survint à trois heures et quart.

A l'autopsie, dans les culs-de-sacs péritonéaux du petit bassin, on trouva de 100 à 150 grammes d'un liquide rouge violacé peu foncé, qui pouvait provenir d'un peu de sang tombé dans le péritoine pendant l'opération. Dans l'estomac, on constata que, sur une longueur de 4 à 5 centimètres environ, près de l'orifice pylorique, les parois de l'estomac sont épaissies par un néoplasme de nature cancéreuse qui met tout obstacle au passage des liquides bien que permettant assez facilement l'introduction du petit doigt.

L'intestin grêle, dans toute son étendue, était entièrement sain, de même que le gros intestin, qui renfermait des matières fécales jaunes, liquides, mélangées de grumeaux blancs de lait coagulé.

Ces matières, dit M. Surmay, sont évidemment un résidu de digestion; elles ne peuvent provenir que du lait injecté après l'opération, puisque au moment de l'opération, la malade n'avait rien pris par la bouche ni par le rectum depuis plus de douze heures, et puisque auparavant on s'était assuré que rien ne passait par le pylore. Il ressort de ces faits: 1° que l'entérotomie est praticable et n'offre pas plus de difficultés ni de périls que bien d'autres opérations pratiquées couramment sur le péritoine et sur le tube digestif, et 2° que les aliments introduits par une ouverture du jéjunum à sa naissance subissent dans l'intestin une digestion, sinon absolument complète, du moins très-avancée. (Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Trélat et Verneuil.)

LECTURE.

M. Mordret, du Mans, lit un travail intitulé : *Invagination intestinale chez l'adulte avec occlusion complète de l'intestin sans signe d'étranglement.*

Le sujet est un lypémaniaque devenu fou, qui succombe à quarante et un ans par suite d'entérite chronique; depuis six mois la diarrhée ne l'avait pas quitté.

Jamais il ne se plaignait et il disait même ne pas souffrir. Il mangeait ses deux rations; sept jours avant de mourir, il vomit une soupe pour la première fois, et bien qu'il eut continué de prendre quelques aliments liquides chaque jour, le vomissement ne se renouvela pas.

La lésion principale de l'intestin était une invagination, de haut en bas, du jéjunum. L'aire d'intestin invaginée avait 30 centimètres de long et était repliée trois fois sur elle-même, formant une ampoule bosselée, longue de 10 centimètres, et interceptant complètement tout passage des matières. Un détail assez remarquable, c'est qu'il existait tout le long de la partie convexe de l'intestin invaginé une ligne ecchymotique d'un rouge vif, très-régulière, comme tracée comme à la règle, et qui se terminait aussi brusquement qu'un trait de plume.

L'auteur pense qu'une occlusion aussi complète eût dû donner lieu à des phénomènes d'étranglement, qu'elle s'est produite durant la vie, et non *in extremis*, et qu'il est assez extraordinaire que le malade n'ait eu qu'un seul vomissement, qu'il ait pu se nourrir jusqu'à la fin et que la vie ait pu se prolonger aussi longtemps.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 août 1878, M. Bernheim, agrégé, est nommé professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

— Par décret en date du 30 juillet 1878, M. Turot, médecin de colonisation et de l'hôpital civil de Saint-Denis-du-Sig (Algérie), a été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Français, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. Notre honorable confrère a succombé, à l'âge de trente-six ans, aux suites d'une affection organique, que de douloureuses épreuves avaient développée chez lui avec l'intensité et l'activité d'une maladie aiguë.

Ses funérailles ont été célébrées, à Chazelles, près de Vienne, au milieu d'un grand concours de médecins et d'amis. Les cordons du poêle étaient tenus par M. Delocre, administrateur des hôpitaux de Lyon; M. A. Dron, agrégé de la Faculté de médecine

de Lyon; M. Boucaud, médecin des hôpitaux, et M. le docteur Bravais.

— Société de biologie. — Prix Ernest Godard. — Ce prix n'ayant pas été donné pour l'année 1876, et conformément au texte du testament, le prix pour l'année 1878 sera de mille francs.

Il sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

Les mémoires doivent être adressés au secrétaire général de la Société de biologie avant le 1er septembre 1878.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la Fièvre dite bilieuse inflammatoire aux Antilles et dans l'Amérique tropicale. Étude clinique faite dans les hôpitaux militaires de la Martinique, par L.-J.-B. Bérenger Féraud, médecin en chef de la marine, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Leçons sur les rétinites, professées par F. Panas, chargé du cours d'ophthalmologie, etc., rédigées et publiées par A. Chevallereau, interne des hôpitaux, revues par le professeur. 1 vol. in-8°, avec 12 figures dans le texte et 2 planches en chromolithographie. — Prix : 6 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 96. — MARDI 20 AOUT 1878. 51e ANNÉE. MARDI 20 AOUT 1878. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Hémato-hydrocèle.

Depuis trois semaines nous avons, dans la salle des hommes, un malade porteur d'une tumeur des bourses qui a été, pendant un certain temps, d'un diagnostic très-difficile, d'autant plus que cet homme, très-intelligent, a certainement cherché à nous induire en erreur. Il nous a raconté qu'il avait autrefois un varicocèle du côté gauche qui, d'ailleurs, ne le gênait pas du tout, hors l'obligation de porter un suspensoir. Ce varicocèle aurait disparu il y a un an, et, en effet, nous ne trouvons aujourd'hui aucune trace de ce varicocèle qui n'est guère authentique. Le malade raconte que, pendant que le varicocèle disparaissait à gauche, le scrotum droit se remplissait d'une tumeur qui augmentait progressivement de volume, mais qui n'était pas douloureuse et qui ne se serait enflammée qu'à la suite des fatigues, du va et vient continuel qu'imposent à cet homme ses fonctions d'inspecteur dans un grand magasin de nouveautés.

Après avoir cherché à démêler le vrai et le faux dans l'histoire que nous a contée ce malade, car il ne faut croire des récits des malades que ce qui est d'accord avec les faits que nous observons nous-mêmes (c'est là une règle à laquelle j'ai dû m'arrêter), voici comment nous établissons l'évolution de sa maladie.

Au moment de son entrée, cet homme portait une tumeur du scrotum du volume d'une grosse orange, ayant sa base en arrière vers le périnée et son sommet en avant; les téguments avaient une couleur rouge carmin remarquable qui contrastait notablement avec la blancheur mate des cuisses et de l'abdomen. Ce n'était pas là cette couleur bien connue, d'un rouge intense, qui accompagne l'inflammation phlegmoneuse; c'était une coloration due à la circulation exagérée de ces tissus, à une vascularisation très-active du scrotum.

Les téguments n'étaient nullement adhérents aux parties profondes sur lesquelles on les faisait glisser facilement. La tumeur n'était douloureuse qu'au sommet. La totalité était fluctuante, mais on distinguait par la palpation des parties plus dures et résistantes. Le cordon était très-volumineux du même côté droit. Le toucher rectal n'indiquait rien d'anormal. Enfin une blennorrhagie existait bien manifeste.

L'examen des bourses avec l'éclairage ne fit découvrir aucune transparence; ce n'était donc pas une hydrocèle simple. D'un autre côté, ce n'était pas une tumeur de mauvaise nature qui n'est jamais si franchement fluctuante. Nous avons donc conclu à l'existence d'un épanchement sanguin dans la tunique vaginale, d'une hématocèle au lieu d'une hydrocèle. Le traitement a consisté en compresses imbibées d'eau alcoolisée, laxatifs légers, boissons délayantes et repos rigoureux. En trois semaines la tumeur a diminué d'un bon tiers.

La coloration de la peau est restée la même, la fluctuation persiste, mais on sent mieux plusieurs saillies qui sont devenues plus nettes, surtout au sommet de la tumeur. On peut maintenant distinguer la tête de l'épididyme, qui est douloureuse, et au-dessous le corps de l'épididyme. Il y a donc eu funiculite consécutive à la blennorrhagie, puis épididymite, puis orchite. La tumeur fluctuante qui est en avant de ces tumeurs épididymaires n'est pas transparente. Cependant il s'est présenté une circonstance particulière dans l'évolution de cette hydrocèle devenue hémorrhagique. Au moment du concours du bureau central, ayant proposé ce malade à l'examen des candidats et l'ayant fait examiner aussi par mes collègues du jury, nous avons cru trouver un peu de transparence à la tumeur. Hier, j'ai recherché cette transparence; elle avait disparu. Ce phénomène a donc été fugitif: toutefois il a existé; il a sans doute disparu à la suite des malaxations nombreuses qu'a dû subir le scrotum examiné par une vingtaine de candidats. L'hydrocèle est devenue hématocèle avec pseudo-membranes plus ou moins vasculaires qui se rompent souvent. Il est impossible d'expliquer autrement l'évolution de cette tumeur liquide du scrotum.

Quant à la première phase de l'évolution de cette hydrocèle, époque à laquelle elle n'était déjà pas transparente, elle s'est développée par les fatigues continuelles du malade, alors qu'il faisait son service, très-actif, où il ne peut être assis un instant. Si donc nous reconstituons l'histoire de ce malade, nous voyons qu'il était porteur d'une simple hydrocèle d'abord, qu'il a enflammée en continuant son travail; il a gagné ensuite une blennorrhagie qui explique tous les accidents que nous observons du côté du cordon, de l'épididyme et du testicule.

Notons aussi que, par suite de l'inflammation, la tunique vaginale est considérablement épaissie, ce qui contribue encore à diminuer la transparence du liquide, sans l'empêcher complètement, puisque nous l'avons observée à un moment donné.

Pour assurer notre diagnostic d'une façon certaine, avant

de faire le traitement, nous ferons auparavant une ponction exploratrice, afin de voir quelle est la nature du liquide.

Quant au traitement, ferons-nous le traitement de l'hydrocèle simple, ponction, puis injection irritante? Il faut bien s'en garder; le liquide injecté provoquerait de nouvelles hémorrhagies et, par suite, une récidive beaucoup plus grave. J'en ai observé ici une preuve encore tout récemment; ayant fait cette injection, le liquide ne s'est pas résorbé, et, deux mois après, j'ai dû pratiquer le drainage, qui a été suivi d'une guérison rapide.

Nous ne laisserons pas non plus cette hématocèle abandonnée à elle-même; elle amènerait la perte du testicule; nous aurons recours à ce traitement, le drainage, qui donne de bons résultats. Toutes les fois qu'il y a un liquide inflammatoire ou du sang dans la tunique vaginale, il ne faut pas faire d'injection irritante, qui n'est indiquée que lorsqu'il y a un liquide citrin, séreux.

Nous pratiquerons donc le drainage, en passant un tube par un point de ponction et par un autre point de contre-ponction. Cependant, ici, nous ne ferons pas la ponction avec le trocart, parce que dans cette opération on écarte les fibres du derme, mais on ne les divise pas; elles reviennent sur elles-mêmes, surtout celles des tuniques du scrotum, et étranglent le tube, qui ne laisse plus écouler les liquides. Nous ferons donc nos deux incisions avec le thermocautère, ce qui nous donnera deux ouvertures larges par lesquelles le tube de caoutchouc ne sera pas comprimé et servira véritablement au drainage.

La ponction capillaire ayant confirmé le diagnostic, l'ouverture et la contre-ouverture sont faites avec le thermocautère. Le liquide sort, comme on l'avait prévu, toutefois plus transparent qu'on ne l'avait supposé; le défaut de transparence tenait donc au grand épaississement de la tunique vaginale.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lasègue.

Conférence sur la métallothérapie (1)

Faite le 13 juin 1878, sur l'invitation de M. le professeur Lasègue,
par le Dr V. Burq.

II.

Action des métaux extra et intus dans les névroses.

D'un autre côté les observations et les expériences ont démontré à satiété :

Que certains métaux, le fer en première ligne, le cuivre ensuite, puis le zinc, l'or, bien avant l'argent, l'étain, extrêmement peu le platine et quelques autres, parmi lesquels très-certainement l'arsenic et vraisemblablement aussi l'antimoine, mais que la métallothérapie n'a point encore su s'approprier, en vertu d'une action spéciale sur *le système nerveux, action dynamique, électrique* ou autre, il importe peu de l'examiner ici, jouissent de cette propriété remarquable, à savoir : que, lorsqu'on les applique sur une surface anesthésique, ou en regard de muscles amyosthéniques, ils ont généralement pour effet direct, *en l'absence de toute lésion organique,* de ramener la sensibilité et la motilité dans les parties sous-jacentes d'abord et ensuite à leur voisinage, d'y activer, au même moment et au même degré, la température et la circulation; puis, après un temps d'autant plus court que la surface d'application du métal s'est trouvée prise plus grande, et que le sujet est doué de plus de nervosité, de déterminer des effets inverses, c'est-à-dire de l'anesthésie et de l'amyosthénie dites alors de *retour*, ou *métalliques,* ainsi que l'a proposé M. Charcot, accompagnées souvent alors d'un sentiment de fatigue notable du côté du membre où s'est faite l'application;

Que, pour agir sur la sensibilité seule, point n'est besoin ni de beaucoup de temps, ni d'une grande surface de métal; qu'il suffit quelquefois de quelques minutes, 5, 10 au plus, et, il sera toujours bon de s'en souvenir, d'un bijou, d'une bague, d'un dé à coudre, ou d'une simple pièce de monnaie ;

Qu'il pourra fort bien arriver, à raison de ce que nous avons appelé les *aptitudes métalliques dissimulées* ou larvées, que le métal, malgré son entière appropriation, n'ait aucune action, ou n'en ait qu'une incomplète ou partielle, et que même il vienne un jour à ne plus agir du tout, quitte à reprendre plus tard le dessus, lorsque se seront produites à nouveau de *certaines conditions* qu'il serait trop long de dire à cette place; mais que tout métal qui agit manifestement dans le sens que je viens de dire, et ce *métal seulement* et point un autre appliqué, non pas *loco dolenti,* mais sur les parties mêmes où siègent l'anesthésie ou l'amyosthénie, ou tout au moins assez près d'elles pour agir par voie de voisinage, ou bien administré à l'intérieur, sous une forme convenable, ne tardera point généralement à opérer d'une façon définitive ce qu'il n'avait fait d'abord (en métalloscopie) que transitoirement, je veux dire rendra permanente l'intégrité des fonctions de la peau et des muscles, et finalement guérira ou sinon améliorera très-notablement la maladie de la façon qui suit.

Au fur et à mesure que la sensibilité et la motilité reviennent vers l'état normal, et partant que l'équilibre entre les recettes et les dépenses du système nerveux tend à se produire, de leur côté le spasme, qu'on a défini à tort *une contraction sans but et sans raison,* la névralgie ou le délire, sortes de soupapes de sûreté, vont aussi s'atténuant de plus en plus, la dyspepsie ou la gastralgie, qui n'a plus également sa raison d'être, ne tarde point à cesser d'opérer la dénutrition de l'organisme, et avec elle tous les troubles constitutifs de la chlorose ou chloro-anémie, et bientôt le malade retrouve dans les aliments eux-mêmes, et *point ailleurs,* tous les éléments propres à sa reconstitution, c'est-à-dire le fer, comme l'albumine, la fibrine et tout le reste.

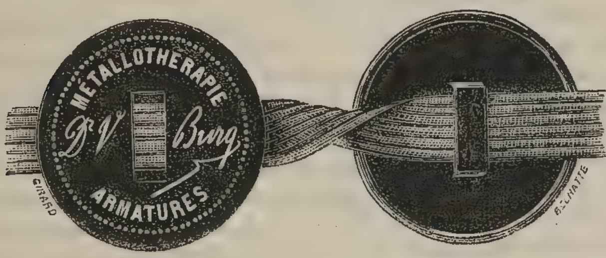
Voilà le fait capital, le fait thérapeutique dont je vous ai parlé, et qu'il n'est permis aujourd'hui à personne de nier au moins en ses bases fondamentales, celles qui font l'objet du *premier* rapport de la commission de la Société de biologie. Je dis premier, parce qu'il y en a un deuxième sur la métallothérapie proprement dite qui maintenant ne saurait plus se faire longtemps attendre. D'où cette conclusion majeure : « qu'une affection nerveuse, avec anesthésie et amyosthénie, étant donnée, tout le traitement consiste à trouver un moyen quelconque, et en métallothérapie un métal qui puisse ramener la sensibilité et les forces musculaires à l'état normal. »

Une application successive à nu, sous une petite surface, du fer d'abord, puis des autres métaux, dans l'ordre où je vous les ai indiqués, sur des parties facilement accessibles, comme la région externe des avant-bras, qui est le siège de prédilection de l'anesthésie, ou bien la méthode nouvelle d'exploration métalloscopique dont je vous parlerai dans un instant, et, dans les parties explorées, l'esthésiométrie, la dynamométrie, la thermométrie et la sphygmoscopie avant et après : voilà, en définitive, tous les procédés propres à la métalloscopie.

(1) Voir le numéro du 6 août.

Je ne m'attarderai point à vous parler de ces derniers. Vous savez vous servir du thermomètre ; vous connaissez le merveilleux instrument de M. Marey, le sphygmographe. Seulement, comme son maniement est un peu difficile, je vous dirai que la coloration des piqûres suffira le plus souvent pour vous éclairer sur l'état de la circulation là où il vous importe de la connaître, et, il n'y a qu'un instant, je faisais circuler parmi vous mon esthésiomètre et mon dynamomètre, derniers modèles. Ceux qui voudront en savoir plus long sur ces deux instruments les trouveront décrits dans les traités spéciaux, et notamment dans le dictionnaire que publie M. le professeur Jaccoud.

Je me bornerai donc à vous dire un mot d'une forme d'armatures qui n'est point encore connue.



Les armatures métalliques que j'ai adoptées définitivement sont, pour les métaux vulgaires, fer, cuivre, zinc et étain, formées comme celles que je vous montre, de disques très-minces de 3 centimètres environ de diamètre, au centre desquels on a repoussé une petite queue en anse pour le passage d'un lacet, destiné à les fixer en tel nombre qu'on le désire.

Pour quelques francs (5 francs) vous pourrez vous procurer, chez tous nos fabricants d'instruments, une boîte contenant plusieurs douzaines de ces disques et tout ce qui est nécessaire pour les monter.

Pour les métaux les plus précieux, or et platine, l'épaisseur de la matière étant indifférente, j'ai fait faire de ces mêmes disques, mais plus minces encore, ce qui permet de les livrer à un prix relativement très-bas, montés sur des culots en buis semblables à de grands boutons de manchettes.

Injections hypodermiques de sels métalliques.

L'intolérance de l'estomac pour certains métaux, pour les sels d'or en particulier, m'a amené à essayer leur emploi en injections par la méthode hypodermique.

La malade de M. Lasègue est une des premières sur lesquelles je les ai employés de cette façon. Les résultats que j'ai obtenus ont été tels chez elle, et chez d'autres malades du service de M. Dumontpallier, notamment chez une femme qui était couchée au n° 26 de la salle Sainte-Eugénie, que j'ai dû me demander si la métalloscopie n'avait point à bénéficier de la méthode hypodermique plus encore que la métallothérapie elle-même.

Sans parler du temps qu'elle exige, la recherche du métal approprié présente le grave inconvénient d'avoir à se heurter parfois aux aptitudes métalliques larvées, et, de plus, il y a un autre impédiment non moins sérieux résultant de ce que la métalloscopie n'a pu jusqu'ici mettre en usage que les métaux malléables. Il serait bien étrange que les limites de la métallothérapie fussent marquées par ces derniers, et qu'il n'y eût rien à espérer pour elle de tous ceux qui, comme l'arsenic, le manganèse, l'antimoine, etc., ne sauraient se plier aux procédés métalloscopiques actuels.

Quoi qu'il en soit, la question est en ce moment à l'étude ; et, si j'en crois les premiers résultats obtenus, la métalloscopie aura singulièrement à bénéficier des injections métalliques hypodermiques, tant pour ne plus avoir à compter avec les aptitudes métalliques larvées, que pour augmenter considérablement sa gamme métalloscopique.

Peut-être mes paroles trouveront-elles de l'écho parmi vous. C'est parce que je l'espère, que je dois vous prévenir qu'il est certains sels, le nitrate d'argent, par exemple, qui, même à très-faible dose et en solution à 1/500, peuvent déterminer des accidents.

Les sels d'or ne produisent rien de pareil. Sa solution employée ici a été descendue à 1/200, et, sauf chez une diabétique, où il y eut un moment menace de phlegmon, ni M. Dumontpallier, ni son interne, M. Boussy, ni moi, n'avons jamais eu aucun accident.

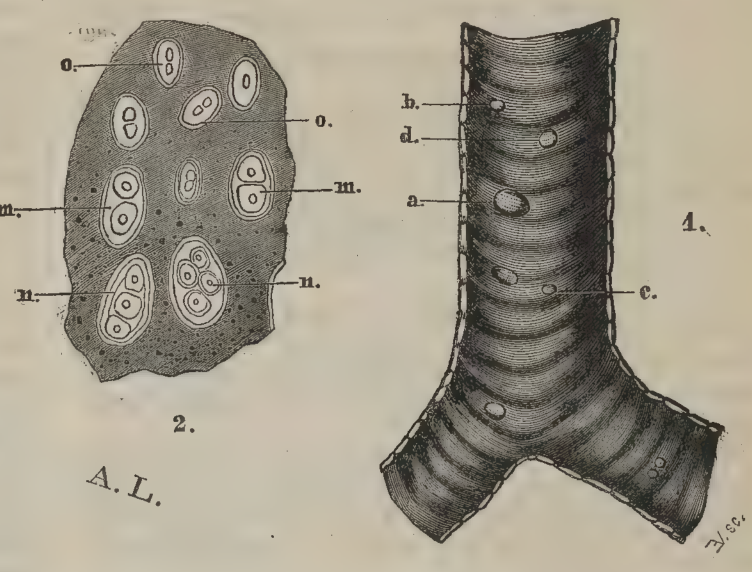
DES TUMEURS CARTILAGINEUSES

OU CHONDROMES DE LA TRACHÉE (1),

Par M. le docteur A. Laboulbène,

Médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, etc.

Les *chondromes* de la trachée ne sont point fréquents ; il en existe cependant quelques observations éparses. Les anneaux cartilagineux de la trachée sont, au contraire, assez fréquemment calcifiés et même ossifiés chez les sujets âgés et chez ceux qui présentent des lésions profondes de la muqueuse trachéenne. Parfois les cartilages ossifiés sont unis entre eux par une soudure de production nouvelle. Les tumeurs cartilagineuses et ossifiées de la trachée sont presque toujours sessiles, quelquefois très-nombreuses (2), placées au bord ou sur la surface interne des cerceaux cartilagineux, auxquels, dit-on, elles peuvent adhérer faiblement.



Trachée offrant à sa face interne de petites tumeurs cartilagineuses, ou des chondromes de la trachée et des bronches. 1, *a*, petite tumeur en saillie ovale ; au-dessus d'elle sont deux saillies plus petites, *b*, *d*, et une autre inférieure, *c*. 2, coupe d'une de ces petites tumeurs montrant une substance homogène parsemée de cellules cartilagineuses agrandies, ayant deux (*m*, *m*) et plusieurs noyaux (*n*, *n*) ; *o*, *o*, cellules cartilagineuses normales à un ou deux noyaux ; en bas, petits amas de sels calcaires. Grossissement 300 diamètres.

(1) Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Laboulbène communication de cet extrait de ses *Nouveaux Éléments d'anatomie pathologique descriptive et histologique*, qui doivent paraître incessamment chez MM. J.-B. Baillière et fils.

(2) E. Lancereaux. *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 345, fig. 110, 1875.

J'ai observé un fait de tumeurs cartilagineuses, ou chondromes de la trachée, calcifiées en partie, chez un homme mort à l'hôpital Necker :

Homme, cinquante-huit ans, marchand des quatre saisons et buveur. Le larynx ne présente que les signes d'une inflammation chronique, sans végétation, ni tumeur cartilagineuse ou osseuse.

La trachée fendue en arrière montre, outre les signes d'inflammation chronique, de petites nodosités (voyez la figure). Une saillie ovale, soudant ensemble deux cerceaux cartilagineux trachéens, est située un peu à gauche de la ligne médiane et occupe la place du ligament intermédiaire.

La tuméfaction formant le relief le plus volumineux (fig. 1) est presque de la grandeur d'une baie de sureau, ovale; elle est placée sur un anneau cartilagineux; sa base est sessile, elle adhère fortement, la muqueuse la recouvre, mais elle est amincie. Les autres saillies sont toutes moindres et au nombre de trois dans la trachée : deux supérieures (*b*, *d*) à cette première, et une autre inférieure (*c*). De plus, deux autres saillies, ou petites tumeurs, se trouvent côte à côte dans la bronche droite, une dernière au milieu de l'origine de la bronche gauche, sur le cartilage anguleux, presque au point de la bifurcation de la trachée (fig. 1).

L'examen de ces petites tumeurs montre qu'elles sont formées par un tissu dur, élastique, résistant à la coupe. Sur une tranche mince placée dans de l'acide picrique, on voit une masse homogène creusée de cavités (fig. 2, *m*, *n*, *o*) et renfermant des cellules cartilagineuses à double contour, pourvues de une ou plusieurs cellules, ces dernières ayant elles-mêmes un ou plusieurs noyaux. L'aspect de ces corpuscules ne laisse aucun doute sur le tissu qui les constitue et qui est du cartilage. En plusieurs points, il existe des points et des amas noirâtres et opaques faisant effervescence avec les acides acétique, azotique ou chlorhydrique, et qui sont formés par des sels calcaires (fig. 2).

PARALYSIE AGITANTE.

INSOMNIE PENDANT SEPT MOIS. GUÉRISON.

Par le Dr Fleury (de Langon).

D... K..., cantonnier au chemin de fer, est né le 6 octobre 1820. Son père est mort d'apoplexie à l'âge de trente-six ans. Sa sœur aînée est morte à soixante ans, après avoir eu deux attaques de paralysie. Tous les membres de sa famille sont sujets aux *congestions* vers le cerveau. Il est d'un tempérament sanguin, nerveux, d'une grande vivacité de caractère, intelligent, grand parleur, persuasif et facile à émouvoir.

En 1855, à la suite d'un effort, un vaisseau se rompit dans sa poitrine, il cracha le sang, on le saigna; et, pendant plusieurs années, on lui pratiqua deux saignées par an (il avait alors trente-cinq ans), et il attribua à ces saignées l'affaiblissement de sa vue, qui survint alors.

Vers 1867, il fut affecté d'une sueur des pieds excessive et fort odorante. L'abondance de cette sécrétion était si grande qu'en très-peu de temps ses souliers étaient hors de service. Elle fut supprimée en 1872, parce qu'à cette époque il se lavait fréquemment les pieds à l'eau froide.

En avril 1873, à la suite de la fatigue occasionnée par le travail et par de longues marches pendant la nuit, service qu'il faisait depuis dix-huit mois; après avoir aussi beaucoup souffert des chaleurs de l'été de 1872, il tomba dans une dépression nerveuse caractérisée par un désespoir et par une *mélancolie* profonde, accompagnés d'idées et même de tentatives de *suicide*. Il avait, du reste, la conscience du trouble de sa raison, et il luttait contre les impulsions au suicide dont il était assailli. Cependant, son état devint si dangereux qu'on fut obligé de le séquestrer dans un asile d'aliénés. Il perdit alors le sommeil, sa vue se troublait par moments, et il fut en proie à une agitation nerveuse qui était interrompue par des intervalles de la prostration la plus profonde. Cette maladie grave dura plus de huit mois, du 3 avril au 11 novembre 1873. Il sortit alors de l'hospice des aliénés et reprit son service de cantonnier au chemin de fer, ayant recouvré l'intégrité de ses forces et de sa raison.

Le 3 mai 1877, il fut atteint d'une affection caractérisée par les symptômes suivants. Son attitude est étrange; il s'avance *tout voûté*, comme s'il portait un lourd fardeau sur les épaules, ou *comme si les muscles extenseurs du tronc étaient paralysés*, ce qui n'est point son attitude ordinaire. Au point où l'inclinaison de la colonne vertébrale est le plus prononcée, au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales, je constate un espace qui est douloureux à la pression et à la percussion.

Sa démarche n'est pas précisément celle d'un homme trop penché en avant, qui va tomber et qui court après son centre de gravité; non, il est simplement courbé sous le poids, il tend la tête en avant, avec curiosité et émotion, et sa physionomie exprime la crainte, l'inquiétude et la désolation.

Il éprouve une *propension à marcher en avant*, qui le porte sans cesse à parcourir sa maison et à tourner, dans sa chambre, autour d'une table. Parfois il est agité d'un mouvement convulsif qui le pousse à sauter par-dessus et de l'autre côté de cette table (latéropulsion), et, en effet, tout à coup il pose ses mains sur la table, et, d'un bond, il la franchit comme un acrobate. Puis ses bras retombent, pendants et agités, le long de son corps, et il reprend sa marche circulaire. Il dirige ses jambes et il règle sa marche selon sa volonté, tantôt lente, tantôt plus rapide; il recule quand il veut, sans difficulté; il ne se tourne pas tout d'une pièce; mais cependant il y a bien un peu de raideur dans les mouvements du cou et du tronc pour se tourner. Quand je le visite, il s'assoit et répond à mes questions; mais on voit qu'il se contient et bientôt le repos lui devient pénible; alors il se penche en avant, il regarde d'un côté et de l'autre, il est mal à son aise, inquiet; peu à peu son agitation augmente, et enfin il n'y tient plus : il se lève en disant : *Il faut que je marche.*

Il présente une *agitation* générale et étendue à tout son corps. Il remue la tête d'un côté à l'autre et un peu de haut en bas; ses bras et ses mains sont tremblants, avec ce caractère que leurs mouvements sont incertains et mal coordonnés, sans présenter de gestes violents, brusques et involontaires. C'est un défaut de coordination comparable au tremblement sénile.

En cherchant à l'analyser, voici comment je conçois ce tremblement : il me semble que tous les *muscles extenseurs suspendent* leur action à tout instant, et qu'aussitôt l'action des *fléchisseurs conservée* détermine un mouvement de flexion qui entraîne, par exemple, le corps en avant, fait fléchir les jambes et suspend la respiration. Puis, tout à coup, les muscles extenseurs, par un acte de conservation, reprennent vivement leur action en déterminant une *secousse* générale, et cherchent à rétablir l'équilibre des mouvements qui est bientôt troublé de nouveau. Et c'est la succession rapide de ces mouvements saccadés qui donne à ce tremblement son caractère particulier d'agitation. C'est comme une lutte qui résulte d'un état d'équilibre constamment rompu et constamment rétabli.

Cependant il se produit de temps en temps, aux articulations des coudes et aussi aux épaules, une sorte de mouvement spasmodique et convulsif qui vient interrompre le tremblement habituel. Il ne présente pas cette disposition particulière de la main que l'on a appelée un presse-papier.

Dans les derniers temps de la maladie, il se plaignait d'éprouver une grande faiblesse et même de la douleur dans les cuisses et dans les jambes lorsqu'il voulait se lever.

Sa parole est *tremblante*, et sa respiration *haletante* ressemble à celle d'un homme qui vient de gravir à la course une colline élevée. Elle est entrecoupée de soupirs, et il semble en proie à l'émotion poignante que manifeste, par exemple, un homme qui vient d'être le témoin d'un grand malheur. Sa parole entrecoupée, plaintive; son visage exprimant la douleur et l'anxiété; sa respiration continuellement agitée, saccadée, me faisaient dire qu'il était *condamné à l'émotion à perpétuité*.

Parfois la violence des mouvements respiratoires était telle que le larynx faisait entendre une sorte d'aboiement, comme celui qui a

caractérisé l'affection singulière que l'on a appelée le *délire des aboyeurs*.

Les battements du cœur sont très-faciles à voir à travers les parois agitées de la poitrine, et l'on dirait qu'il a des palpitations très-violentes, mais le pouls n'est pas très-précipité, la température du corps n'est pas augmentée et il n'y a point de fièvre. Cependant le malade se plaint d'éprouver une douleur à la région précordiale, et surtout il se plaint beaucoup de sa respiration haletante et entrecoupée de soupirs.

La sensibilité générale est intacte; les sens spéciaux sont seulement un peu affaiblis. L'intelligence et la mémoire sont parfaitement conservées, mais il fuit le monde; et il souffre de son anxiété perpétuelle, car, à chacune de mes visites, sa première parole est celle-ci: « Ah! monsieur, je souffre toujours et rien ne peut me soulager. »

Le symptôme le plus remarquable de cette maladie a été une INSOMNIE qui a persisté pendant sept mois, depuis le mois de juin jusqu'au mois de décembre 1877, et qui a été à peu près absolue pendant une période aussi prolongée. D... K..., il est vrai, a toujours eu le réveil très-facile, et cinq à six heures de sommeil lui suffisaient dans son état de santé; mais, pendant sept mois, il a souffert cruellement de cette insomnie qui a résisté à des doses énormes d'opium et au chloral porté jusqu'à 8 grammes. Ces médicaments produisaient leurs inconvénients sur l'économie, sans produire le moindre hypnotisme. Ce malheureux, accablé du besoin de dormir, interrompait sa marche continuelle pour se jeter sur son lit. Il y gardait le repos un moment, il appelait le sommeil, comme on dit, mais en vain; et bientôt il se levait, poussé par le besoin plus irrésistible de marcher en avant; et sa voix entrecoupée exhalait les plaintes les plus douloureuses avec des accents vraiment lamentables.

Aussi la nutrition générale fut ébranlée, et il maigrit notablement, pas autant, néanmoins, qu'on pourrait le supposer après une perturbation si profonde imprimée à l'économie tout entière, et son visage n'a jamais indiqué une maigreur très-marquée. Cependant l'appétit était diminué et la constipation durait de cinq à six jours. Le tremblement de ses mains ne l'empêchait pas de manger et de boire seul, et la bouche ne laissait point écouler la salive.

Avec des symptômes qui témoignent d'une dépression aussi universelle, on s'attendrait à constater une tendance au refroidissement général, mais, au contraire, D... K... éprouve une sensation de *chaleur* générale et excessive, sans élévation de la température normale, je l'ai déjà dit, et sans transpiration. Cette sensation est telle qu'il se passerait volontiers de chemise; et, en effet, pendant la nuit, il pose tous ses vêtements et il se promène tout nu dans sa chambre. A tout instant, il découvre sa poitrine et même il abaisse son pantalon, sans souci des convenances, pour s'exposer au vent de sa fenêtre. Il est allé souvent se baigner à la Garonne, et il en sortait bientôt parce qu'il trouvait, disait-il, que l'eau était chaude, c'est-à-dire que l'eau froide ne le soulageait pas.

Je crois que ce fait contient la preuve qu'il ne faut pas compter sur une action *de nature physique* et de simple contact pour modifier une sensation ou un phénomène *de nature vitale;* si, du moins, l'action physique n'excite pas une action vitale, parce que ces deux phénomènes sont d'un ordre différent, et le traitement, tout à l'heure, viendra nous en fournir une nouvelle preuve.

Une lotion chaude était pour lui un supplice, comme s'il avait perdu *la force de résistance à la chaleur*, ou comme si la *sensation de la température* était atteinte d'hyperesthésie, de même que, dans certaines maladies, le sens du toucher est frappé d'une semblable perversion. L'abolition de la faculté de résister à la chaleur n'est pas très-rare. Je connais, notamment, une dame qui a habité la zone torride et qui, de retour en France, est obligée d'aller passer tout l'été, tantôt au Mont-Dore et tantôt dans une localité élevée de la Suisse. Aujourd'hui que D... K... est guéri, il a recouvré la faculté de résister à la chaleur, et ne recherche plus le froid; il est même devenu un peu frileux, car il supporte deux couvertures sur son lit.

Les *sécrétions* ne présentaient rien de notable, si ce n'est la sécrétion rénale qui était très-abondante, claire, un peu huileuse, ne contenant ni albumine ni glucose, j'en ai fait l'analyse; et même, après la guérison, l'urine est encore aujourd'hui un peu abondante.

Les *fonctions génératrices* ont été absolument *abolies* pendant toute la durée de la maladie. Elles n'ont reparu qu'en janvier 1878. Pendant huit mois, D... K... a été dans un état de frigidité complète.

La *marche* de cette affection, après avoir débuté en mai 1877, s'est aggravée pendant cinq mois, jusqu'en octobre; son intensité a décliné alors, la convalescence s'est bientôt déclarée, et la guérison a été complète en janvier 1878, après un délai de huit mois. Cependant D... K... conserve encore une certaine douleur dans les lombes et une sorte de paresse ou de faiblesse générale. Au début, les symptômes étaient ceux d'une congestion cérébrale de moyenne intensité; mais, après quinze jours, le diagnostic était possible; et l'explosion complète, générale et symétrique des symptômes, s'est faite en quelques jours.

A quelle *cause* peut-on rapporter la maladie? D... K... l'attribue *à la fatigue,* et il nie toute émotion morale déprimante. Je sais cependant qu'il a été fort préoccupé par une question d'argent importante et dont la solution (qui a, du reste, été avantageuse pour lui) a cependant été laborieuse et a dû lui faire éprouver plus d'une émotion. Il faut absolument rejeter l'étiologie alcoolique personnelle ou héréditaire. Mon interrogatoire, à cet égard, a été très-scrupuleux et très-minutieux; il n'y a jamais eu d'alcooliques dans sa famille, ils sont d'ailleurs très-rares dans nos campagnes, et D... K... personnellement est d'une parfaite sobriété. Étant né en 1820, on voit qu'il a cinquante-sept ans.

Le *traitement* a débuté par l'administration de l'hydrothérapie, qui a été faite sans mon aveu, et qui, bien qu'elle ait été dirigée par un médecin aussi savant que laborieux, M. le docteur Delmas, dans l'établissement hydrothérapique de Longchamps, à Bordeaux, l'administration, dis-je, des moyens variés de l'hydrothérapie (du 30 mai au 20 juin), a produit le résultat le plus déplorable. D... K... est revenu à son domicile avec une aggravation de tous les symptômes, et notamment avec des signes de congestion cérébrale tellement imminents, qu'un médecin voisin, appelé sur-le-champ, lui a pratiqué une saignée et lui a appliqué des sangsues aux apophyses mastoïdes.

La noix vomique n'a modifié en rien le tremblement et l'ataxie des mouvements, pas plus que le bromure de potassium à 8 grammes et le valérianate de quinine à la dose de 1 gramme par jour. J'ai déjà dit que l'opium et le chloral à hautes doses, variés et longtemps continués, avaient été impuissants à modifier l'insomnie.

En juillet, j'ai fait appliquer des *vésicatoires volants* sur toute l'étendue de la colonne vertébrale, depuis la nuque jusqu'à la région sacrée; et, ces vésicatoires ayant déterminé une éruption de sept ou huit grosses pustules, j'ai changé ces pustules en autant de cautères que j'ai entretenus pendant plus d'un mois.

En septembre, j'ai fait appliquer un grand nombre de petits vésicatoires volants *à la base de la poitrine;* car déjà le tremblement des membres avait diminué, et les mouvements spasmodiques de la respiration dominaient alors la scène pathologique.

Ces vésicatoires ont produit un résultat avantageux, et je fis prendre ensuite au malade six ou sept *bains sulfureux* à une température agréable, c'est-à-dire assez basse.

Enfin, en octobre, je terminai le traitement par l'administration de l'*électricité*, au moyen d'un appareil d'*induction* de Gaiffe; et, dès le lendemain de la première séance, D... K... sentit un soulagement marqué. Cette amélioration cessait deux jours après; mais six ou sept applications d'électricité, à six jours d'intervalle, finirent par faire disparaître l'agitation et le tremblement. Peu à peu la faculté de coordonner et la force de maîtriser les mouvements revinrent comme à l'état normal, et, au commencement de janvier 1878, D .. K... pouvait être considéré comme parfaitement guéri de cette longue et pénible maladie. Les deux moyens qui l'ont évidemment soulagé sont les *vésicatoires* et l'*électricité*.

Quelle est *la nature* de cette affection? Je n'en ai pas encore

prononcé le nom dans le cours de l'observation; car, on le voit, je me suis seulement attaché à en présenter le tableau fidèle. Je ne veux point me livrer à la discussion détaillée du diagnostic différentiel, et, me bornant à rappeler les symptômes qui me paraissent caractéristiques, savoir : l'*agitation* et le tremblement; je ne dis pas la paralysie, mais plutôt l'ataxie des mouvements, la *propension à marcher* en avant, l'insomnie et la sensation de *chaleur* générale; je crois que j'ai observé un exemple de la maladie que Parkinson a nommé la *paralysie agitante,* bien qu'il n'y ait pas eu dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, une vraie paralysie (ce serait, en effet, une étrange paralysie que celle qui permettrait à un malade de sauter par-dessus une table), et bien que la guérison, permanente jusqu'ici, ne soit pas conforme à la terminaison que le plus grand nombre des observateurs ont constatée dans cette maladie.

Cette observation me rappelle, au surplus, la maladie d'un sous-chef de gare de Langon, M. M..., qui se rapproche plus que celle-ci du type classique de cette espèce nosologique. Le 12 février 1873, M. M... se tenait sur le bord du trottoir et trop près de la voie, quand il fut atteint par une locomotive et renversé entre le trottoir et le rail sur lequel la locomotive passa en le rasant, sans lui faire, du reste, aucun mal. M. M... éprouva une *terreur* si grande et un *tremblement moral* si excessif, en voyant la mort de si près, qu'il fut bientôt pris d'un *tremblement* général, de l'impossibilité de coordonner les mouvements des mains, d'une incertitude dans la marche avec titubation, de palpitations, d'affaiblissement de la vue, de la *perte de la résistance à la chaleur* et de débilité générale avec anémie. Pendant l'hiver, cet employé, fort intelligent et très-sympathique, faisait son service et se trouvait assez bien; mais un vrai supplice commençait pour lui quand venaient les chaleurs de l'été. C'est en vain qu'il suivit un traitement par les eaux d'Ussat, de Bagnères et aussi par l'hydrothérapie; en octobre 1874, la *cécité* était à peu près complète, et je dus lui faire suspendre son service; enfin, en février 1875, en cherchant la fraîcheur pour atténuer la sensation de chaleur qui le tourmentait, il contracta une *pneumonie* à laquelle il succomba en trois jours. Ici, le tableau est complet, y compris la terminaison funeste, et il n'y manque que l'autopsie, mais on sait qu'en province l'anatomie pathologique est impossible.

Bien que, jusqu'à présent, le dernier acte fasse défaut dans l'observation de D... K..., il me semble impossible de mettre sur sa maladie une autre étiquette que celle-ci : paralysie agitante, ou maladie de Parkinson.

Cette observation est-elle complète ou n'est-elle qu'un épisode? c'est ce que l'avenir apprendra. Telle qu'elle est, il m'a semblé qu'elle était digne d'intérêt et qu'elle pouvait servir la science. Au surplus, si de nouveaux accidents survenaient, je me ferais un devoir de compléter l'observation, car la paralysie agitante est une maladie qui est encore à l'étude.

REVUE DE LA PRESSE.

Plaie de tête intéressant le sinus frontal anormalement développé. — M. Broca a observé dans son service un homme, âgé de trente-neuf ans, qui avait reçu un coup de pied de cheval à la partie inférieure de la bosse frontale gauche. Il ne perdit pas connaissance et n'éprouva aucun éblouissement. L'hémorrhagie, assez abondante, fut arrêtée par un simple bandage compressif. La plaie du front, longue de 0,03, presque linéaire, était située au-dessus du lieu qu'occupe le sinus frontal chez l'adulte. A cet âge de la vie, il finit d'ordinaire à 0,03 au-dessus de la racine du nez. Chez le vieillard, il remonte plus haut et se prolonge jusque vers l'apophyse orbitaire externe. Dans l'enfance, il n'existe pas. Chez l'adulte, nous le répétons, ce sinus s'élève bien rarement au niveau de la bosse frontale.

Le lendemain, pas d'accidents, sauf une légère altération de la pupille gauche, suivie ensuite de dilatation éphémère. Pas de fièvre, pas de douleurs de tête, pas de vomissements.

Il faut bien le savoir, cependant, il est des plaies qui, avec un enfoncement notable, ne s'accompagnent d'aucun symptôme caractéristique. La guérison s'obtient alors sans encombre. Mais, au bout de quelques semaines, de quelques années même, peuvent survenir des attaques d'épilepsie. En pareil cas, on a pu pratiquer plus d'une fois avec succès la trépanation. C'est par analogie que plus d'un chirurgien a pu se croire fondé à pratiquer la même opération pour tenter la guérison de l'épilepsie spontanée. Cette idée, peu heureuse, a pu être aussi inspirée par de singulières révélations posthumes remontant à l'*âge de pierre.*

La fouille des tombeaux a permis de rencontrer, en assez grand nombre, des crânes sur lesquels avait été pratiquée la trépanation, effectuée dans le but de faire sortir l'*esprit malin.*

Quoi qu'il en soit, il faut apporter une grande attention à l'examen des malades, alors même qu'on n'a relevé aucun symptôme immédiat. M. Broca n'a exploré la plaie que le douzième jour, lorsque l'engorgement traumatique avait disparu. Il a trouvé alors une fente assez étroite et taillée dans la lame superficielle très-mince du coronal, paroi antérieure du sinus. Aucun enfoncement, pronostic favorable, grâce à la disposition anatomique anormale du sinus frontal. (*Revue de thér. méd.-chir.*)

De la non-transmissibilité de la syphilis par le moyen du lait. — Le *Movimento,* de Naples, rapporte l'observation suivante du docteur Tommaso de Amicis :

Une femme, jouissant d'une santé florissante, après douze ans de mariage, allaitait son troisième enfant, lorsqu'à la prière d'une voisine elle donna le sein à un enfant que celle-ci avait adopté. Cet enfant était maladif et avait mal à la bouche; sa peau était couverte d'éruptions. Quoiqu'elle ne lui ait donné le sein qu'un seul jour, Anna R... ne tarda pas à apercevoir une ulcération sur son sein gauche, où son propre enfant contracta la syphilis; il succomba bientôt à cette affection. Dans les dix années qui suivirent, Anna R... eut sept autres grossesses, dont les trois premières aboutirent à un avortement, entre le troisième et le cinquième mois. Les enfants provenus des deux grossesses suivantes moururent peu de jours après leur naissance, arrivée à terme. Les deux enfants qui vinrent ensuite étaient parfaitement sains, quoiqu'ils soient morts vers l'âge de trois ans, l'un de typhus, l'autre de diphthérie. Ces deux enfants avaient été allaités par leur mère qui, à cette époque, avait une syphilis possédant son plus haut degré de virulence. Le lait de la mère n'est donc pas le véhicule de la transmission syphilitique.

Cette thèse a été et est encore très-controversée : pour ne parler que des auteurs les plus récents, citons Robert, Langlebert, Ricordi, Plaite, Cerasi et Voss, qui se prononcent pour la contagion par le lait, tandis que Rollet, Pellizari, Padova, Profeta, Geigel, Archambault, Cullerier et Ricord soutiennent l'innocuité du lait des nourrices syphilitiques.

Cette conclusion serait encore prouvée par cinq inoculations pratiquées par le docteur Padova avec le lait d'une nourrice syphilitique sur des personnes saines, et qui n'ont donné qu'un résultat négatif. Il est vrai que Voss, à Saint-Pétersbourg, a fait des expériences analogues, qui ont donné un résultat positif; mais l'auteur prétend qu'il n'a pas pris les précautions nécessaires pour s'assurer que les symptômes syphilitiques attribués au lait inoculé n'avaient pas d'autres causes. (*Mouvement méd.*)

— Rappelons, à ce propos, les recherches sur la non-inoculabilité du sperme syphilitique, que nous avons analysées à cette même place. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1878, n° 35, page 278.)

Considérations sur la morsure de la vipère en Auvergne, par le docteur Fredet. — Notre honorable confrère a pour but de prouver que la morsure des serpents venimeux de l'Auvergne n'est pas moins dangereuse que celle des serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure (mémoire de M. Viaud Grand-Marais au Congrès de Nantes en 1875), et qu'il n'est plus permis de soutenir que la blessure produite par la dent de la vipère, sinon en France, du moins dans cette région, n'est qu'une plaie sans gravité et sans conséquences funestes.

A l'Académie de médecine (séance du 23 juin 1874. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1874, pages 337 et 581), on n'est pas tombé d'accord sur la gravité de la morsure de la vipère. D'un côté, MM. Laboulbène, Larrey, Le Roy de Méricourt et Bouillaud professaient que la morsure de la vipère, dans nos pays, doit être toujours considérée comme très-grave et assez souvent mortelle. De l'autre côté, M. Ch. Robin dit qu'il faut d'abord tenir compte de ce fait que la morsure de la vipère, en France du moins, n'est jamais ou presque jamais mortelle. Il n'en a vu qu'un seul cas mortel, chez un enfant de sept à huit ans, et souvent des chiens (les siens même) sont mordus par des vipères sans qu'ils en ressentent aucun effet fâcheux.

M. Fredet signale des cas de chiens qui ont succombé aux suites de cette morsure.

L'examen microscopique du venin de la vipère montre que le venin, comme la salive, ne renferme pas de cellules spéciales; qu'il est uniquement constitué par un liquide visqueux, jaune opalin, gommeux, et ne laisse apercevoir que des cellules d'épithélium pavimenteux provenant des conduits excréteurs et des granulations moléculaires très-fines.

Le *traitement* de la morsure de vipère consiste, si l'on est appelé rapidement auprès du blessé : 1° à empêcher le passage du venin dans le torrent de la circulation en plaçant une ou plusieurs ligatures entre la partie blessée et la racine du membre (1) ; 2° enlever le venin de la plaie ou le détruire sur place, en lavant la plaie avec de l'eau ou le liquide qu'on peut avoir sous la main ; en agrandissant la plaie et en exprimant les liquides et le sang qu'elle contient, soit par la pression, soit par la succion ou l'application des ventouses; en y portant un caustique capable de décomposer l'échidnine.

La succion ne laisse pas que de présenter certains dangers.

Quant à l'ammoniaque, il est grand temps qu'elle soit détrônée, de l'avis de tous ceux qui se sont occupés de ce traitement. On la remplacera par le fer rouge et les caustiques suivants : le chlorure de zinc, d'antimoine; le nitrate acide de mercure, et enfin l'acide phénique, auquel on doit accorder la préférence, à cause de sa double action caustique et antiseptique.

Les médecins anglais de l'Inde préconisent beaucoup un moyen thérapeutique emprunté aux indigènes, qui consiste à produire des sueurs profuses en faisant absorber au blessé des boissons alcooliques très-chaudes et très-abondantes. Weir-Mitchell et Laboulbène considèrent les alcooliques comme un des meilleurs antidotes du venin des crotales. M. Le Roy de Méricourt conseille d'associer aux alcooliques le jaborandi, comme sudorifique et sialagogue. (*Union méd.*)

(1) Nous ne croyons guère à l'efficacité de ce premier moyen : on connaît la vitesse de la circulation qui rend si facile l'absorption des poisons une fois qu'ils sont arrivés, par endosmose ou autrement, dans le torrent de la circulation. D'après les expériences d'Hering, répétées par Vierordt, cette vitesse, pour la circulation des veines jugulaires, serait de seize secondes chez le chien, de vingt-trois secondes approximativement chez l'homme, c'est-à-dire qu'en vingt-trois secondes une molécule partie de la veine jugulaire revient à son point de départ. Pour les veines crurales, on obtient deux secondes de plus, soit vingt-cinq secondes, d'autres disent vingt-sept secondes. (Note du réd.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École du Val-de-Grâce. — Un concours pour un emploi de professeur agrégé de clinique médicale aura lieu le 5 novembre 1878.

Les épreuves du concours seront déterminées ainsi qu'il suit :

1° Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire ;

2° Leçon sur une question d'hygiène et de médecine militaires ;

3° Examen clinique de deux malades fiévreux atteints, l'un d'une maladie aiguë, l'autre d'une maladie chronique. — Leçon sur les deux cas observés ;

4° Autopsie cadavérique avec démonstration des lésions qu'elle révèle et de médecine légale, s'il y a lieu.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires.

En exécution du décret du 13 novembre 1852, pourront être admis à concourir MM. les médecins aides-majors de première classe et les médecins majors des deux classes.

Les officiers de santé militaire en possession de l'un de ces grades qui désireront prendre part à ce concours devront adresser au ministre de la guerre une demande qui, sous peine de rejet, sera appuyée de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande devra être transmise au ministre, par la voie hiérarchique, avant le 1er octobre prochain, terme de rigueur.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 97. — JEUDI 22 AOUT 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 22 AOUT 1878. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Maurice Raynaud, dans un mémoire fort écouté, a soulevé, à propos de la vaccine, une question fort délicate de pathologie générale, celle de l'élaboration, pour ainsi dire *vitale*, suivant ses propres termes, de certains virus, tels que le vaccin.

On peut étudier dans la vaccine deux propriétés bien distinctes: 1° celle de se transmettre par inoculation; 2° celle d'infecter tout l'individu de manière qu'une nouvelle inoculation, tant que cette infection se fait sentir, reste complètement inefficace.

Eh bien, de ces deux propriétés, suivant M. Maurice Raynaud, la vaccine ne posséderait que la première, soit dans le bouton vaccinal, soit dans les vaisseaux lymphatiques qui, y puisant le virus, n'auraient pas traversé un ganglion. Mais au delà, par suite d'un travail que le gonflement du ganglion où il se passe viendrait accuser, le vaccin serait transformé, de telle sorte qu'il cesserait d'être inoculable, pour devenir vraiment infectieux.

Cette théorie, vitaliste par excellence, est ce qui nous a le plus frappé dans le mémoire de M. Raynaud, riche d'ailleurs en expériences relatives à la vaccine, très-variées et fort bien conçues.

Aucun autre lecteur ne s'étant présenté, la séance est levée à quatre heures dix minutes. Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Des hernies épiploïques.

Il s'agit d'un homme âgé de soixante-sept ans, qui était porteur d'une hernie depuis une douzaine d'années. Il y a six ans, le bandage qui la maintenait n'étant pas très-bon, la hernie sortit et fut assez difficile à réduire. Toutefois le malade y arriva sans trop de peine. Deux ans après, la hernie sortit de nouveau, et la réduction ne fut obtenue que trois jours plus tard.

Le 24 mars dernier, à la suite d'une journée fatigante, la tumeur apparut de nouveau dans l'aine : la hernie était sensible, douloureuse à la pression. Pendant la nuit, le malade quitta son bandage, mais le matin, n'ayant pu réduire la hernie, et obligé d'aller travailler, il mit le bandage par-dessus la tumeur non réduite, et fit sa besogne ordinaire pendant toute la journée. Vers cinq heures du soir, la douleur était assez vive au niveau de la hernie; il cessa son travail. Le lendemain la douleur persistait et la réduction ne se faisait pas; il resta couché pendant toute la journée. Enfin, le 27, vaincu par la douleur et par la gêne que lui causait sa hernie, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A la visite, nous trouvons une hernie inguinale volumineuse du côté droit; elle présentait presque la grosseur des deux poings. Elle était constituée par une tumeur assez ferme, légèrement lobée, dont la consistance faisait immédiatement songer à une hernie épiploïque, la tumeur n'ayant pas la flaccidité que l'on rencontre ordinairement dans les hernies composées d'anses intestinales. A la percussion, on trouvait une matité complète; des pressions, faites rapidement, n'en diminuaient pas le volume. Aucun point n'était sonore. Tout cela prouvait bien que l'on avait affaire à une grande masse d'épiploon. Mais la tumeur était-elle totalement épiploïque? Ou bien renfermait-elle, avec l'épiploon, une portion d'anse intestinale? Cette dernière hypothèse était peu probable : la sensation au palper, la consistance persistante de la tumeur, la matité, étaient déjà des caractères physiques qui permettaient d'affirmer que la hernie était épiploïque; ils étaient confirmés par l'absence des symptômes ordinaires d'étranglement de la hernie intestinale irréductible; le malade n'avait ni nausées, ni vomissements, ni absence de selles.

Dès le premier examen, nous avions constaté un fait auquel Malgaigne attachait une importance extrême, mais qui, sans être d'une valeur exagérée, doit cependant être pris en sérieuse considération: c'est que l'anneau inguinal externe était assez libre et assez dilaté pour que, entre le pédicule de la hernie et les bords de cet anneau, on pût encore introduire facilement le doigt indicateur en invaginant la peau de l'abdomen dans cet orifice.

Il n'y avait donc pas trace d'étranglement à ce niveau. Je tiens à expliquer pourquoi on ne doit pas accorder à ce symptôme la valeur que lui donnait Malgaigne : c'est que l'on sait aujourd'hui parfaitement que le siège de l'étranglement peut être au-dessus de cet orifice externe de l'anneau inguinal, au niveau de l'orifice *interne* du canal inguinal. Si donc l'on ne trouve pas d'étranglement à l'anneau inguinal externe, il ne

faut pas conclure qu'il n'y a pas d'étranglement; il faut chercher à l'anneau inguinal interne. Souvent on a ainsi réduit des hernies où l'on croyait l'étranglement levé, tandis qu'il restait à la partie supérieure, et les accidents d'étranglement continuaient après l'opération comme auparavant, le collet siégeant au-dessus de l'orifice externe seul exploré.

Néanmoins, quand on trouve l'orifice externe très-lâche, et qu'en même temps on a observé les autres symptômes tactiles et fonctionnels que nous venons d'énumérer, le diagnostic de hernie épiploïque et d'absence d'étranglement est très-probable : d'autant plus que, il y a quatre ans, cette hernie est déjà restée irréductible pendant trois jours. Il y a donc présomption de croire que, cette fois encore, ce n'est pas une hernie étranglée, mais seulement une hernie mal contenue par un mauvais bandage, devenue irréductible par une légère inflammation, et par suite de petites adhérences de la hernie avec le sac, comme il s'en produit si facilement dans les hernies épiploïques.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance qu'il y avait d'établir un diagnostic ferme, net et catégorique; vous savez, en effet, que, suivant que le chirurgien diagnostiquera l'étranglement oui ou non, il devra, oui ou non, intervenir activement.

Lors donc que nous avons écarté l'idée d'étranglement intestinal, il ne nous restait plus qu'à prendre les précautions, relativement banales, et pourtant si nécessaires, que comporte le traitement d'une hernie épiploïque irréductible. Nous avons donc prescrit le repos au lit d'une façon rigoureuse, des purgatifs modérés, à deux reprises différentes l'application d'une vessie remplie de glace sur la tumeur. Ensuite, tous les deux jours, nous avons tenté, mais sans y insister, une légère manœuvre de taxis. Cinq jours s'étaient écoulés sans nous donner des résultats bien satisfaisants; le 1er avril, nous avons appliqué la bande élastique de caoutchouc sur la hernie. Cette bande s'applique, par-dessus de la ouate, en *spica* de la cuisse; mais elle n'est pas supportée plus de une heure et demie à deux heures. D'ailleurs elle tend à se redresser; les tours de bande se ramassent les uns sur les autres, et la compression méthodique et régulière n'existe plus. Nous avons appliqué la bande de caoutchouc deux jours de suite, pendant deux heures chaque fois; le troisième jour, au matin, lorsque l'interne se préparait à appliquer un troisième bandage, il trouva la hernie complètement rentrée. C'est, en effet, presque toujours ainsi que cela arrive; on n'obtient par aucune manœuvre la réduction de la hernie épiploïque; puis, après plusieurs jours d'insuccès, la hernie rentre spontanément en l'absence du chirurgien, alors que personne ne s'y attend. Cette réduction peut parfois ne pas se produire pendant les premiers jours; mais il ne faut pas désespérer du succès, avant quinze jours ou trois semaines, un mois même. Je me rappelle, entre autres, l'histoire d'un malade âgé de près de soixante-dix ans, porteur d'une hernie volumineuse qu'il maintenait avec un assez bon bandage. Un jour, ayant fait une longue course, il se sentait fatigué et gêné par son bandage, il le soulevait pour se soulager, au lieu de l'appliquer plus exactement sur l'anneau inguinal; il répéta la manœuvre plusieurs fois, puis la hernie ne rentra plus. Un état nauséeux ajouta encore à ses inquiétudes; je fus appelé et je diagnostiquai une hernie épiploïque. Je prescrivis le décubitus dorsal, le siège élevé, la glace, une alimentation légère, lavements laxatifs pour produire non-seulement l'évacuation du rectum, mais une véritable selle; le lendemain, une cuillerée d'huile de ricin donna une selle; ce qui me confirma le diagnostic et l'absence d'étranglement. La réduction s'opéra les jours suivants.

Si donc on se trouve en présence de ces sortes de hernies, il faut d'abord s'assurer aussi complètement que possible que c'est une hernie épiploïque, et qu'il n'y a pas d'étranglement intestinal; puis, il faut s'occuper de la réduction et tenter les divers moyens qui la facilitent, sans se livrer à des taxis persistants.

Un des symptômes à enregistrer, c'est le frôlement péritonéal qu'on perçoit dans le sac, quand on fait quelques manœuvres de taxis sur la tumeur; il indique la rupture des petites adhérences de la hernie avec le sac.

Après quelques jours, si les moyens ordinaires ne réussissent pas, on aura recours à la bande de caoutchouc, qui rendra souvent des services signalés. Enfin, on ne doit abandonner une hernie irréductible que lorsque l'on est assuré que les adhérences ne peuvent plus se résorber ou se détruire. On n'oubliera pas surtout que la réduction se fait le plus souvent au moment où l'on ne s'y attend pas. Est-il besoin de vous rappeler ici l'histoire bien connue de ce malade que j'ai vu chez Roux, pendant mon internat? La hernie était irréductible; à cette époque, la pathologie chirurgicale des hernies n'était pas aussi avancée qu'elle l'est actuellement, et on faisait encore l'opération de la hernie étranglée dans les cas de hernie épiploïque simple, qu'on ne reconnaissait pas facilement. Roux allait pratiquer l'opération : le malade, avant de se lever de son lit, soupire, bâille, étend les bras...; pendant ces mouvements d'extension, la hernie était rentrée.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. FABRE.

Les oliguries (1).

III

Trois éléments interviennent dans la sécrétion urinaire : le rein, qui est la machine; le système nerveux, qui en est le moteur; le sang, qui fournit les matériaux. Il y a donc, au point de vue physiologique, trois catégories de causes d'oligurie : altération matérielle dans la machine; trouble dynamique dans le moteur; insuffisance dans l'apport des matériaux.

La première influence est évidente dans son action comme dans son mécanisme et ne souffre aucune discussion.

La troisième influence est non moins positive dans sa réalité, mais elle est variable dans son action. Tantôt, en effet, c'est le mouvement d'apport qui diminue; tantôt ce sont les matériaux eux-mêmes qui font défaut. Chaque fois, en effet, que la tension artérielle décroîtra soit par diminution d'énergie dans l'impulsion centrale partie du cœur, soit par augmentation d'activité dans la circulation périphérique, le liquide sanguin fournira peu d'éléments à la sécrétion urinaire. Chaque fois aussi qu'une déperdition abondante ou une accumulation considérable de liquide se fera sur un point quelconque de l'organisme, qu'il y aura hypersécrétion sur une surface, ou hydropisie dans une cavité, l'élimination rénale devra forcément se ralentir.

Mais ce qui est plus difficile à savoir, c'est le mécanisme de l'influence nerveuse, qui est cependant capitale dans l'oligurie comme dans la polyurie. Ce qu'il s'agit de déterminer ici, c'est : d'un côté, la composition de l'appareil nerveux qui préside à la sécrétion urinaire; d'autre part, le mode d'action de ses divers éléments.

Le plexus rénal est une divison du plexus solaire, à laquelle viennent s'adjoindre directement un ou plusieurs filets du nerf petit splanchnique. Le plexus solaire est constitué par les ganglions semi-lunaires du grand sympathique, qui reçoivent les nerfs

(1) Fin. — Voir les numéros des 6 et 8 août.

splanchniques, la terminaison du pneumogastrique droit et des filets des nerfs phréniques. Les nerfs splanchniques proviennent des ganglions thoraciques du grand sympathique, qui reçoivent des filets des nerfs spinaux correspondants.

Il résulte de cette disposition que les nerfs du rein proviennent de trois sources distinctes : du système sympathique par les nerfs splanchniques ; du système spinal par les filets que les paires spinales envoient aux ganglions d'origine des nerfs splanchniques ; du système crânien, probablement par le pneumogastrique droit, certainement par les fibres nerveuses qui descendent par le bulbe dans la moelle.

Voilà autant de sources d'oligurie par action directe d'un trouble nerveux. Aussi Cl. Bernard a-t-il produit une anurie temporaire par la galvanisation du plexus rénal ; Vulpian, par la section des splanchniques, a rendu la sécrétion rénale plus active, tandis que l'électrisation des mêmes nerfs diminuait le calibre de la veine rénale et donnait à son sang une teinte plus sombre, signe de la diminution sécrétoire. Eckardt, remontant les splanchniques jusqu'à leur origine même, a obtenu par l'extirpation des deux ganglions thoraciques supérieurs, les mêmes effets que par la section des nerfs; il est même allé sectionner, jusque dans le canal rachidien, les racines du dernier nerf cervical et du premier thoracique, et il a obtenu encore les mêmes résultats. Ces dernières expériences prouvent l'influence, non-seulement de l'élément sympathique, mais du système spinal sur la quantité de la sécrétion urinaire. Cette influence du système spinal est encore mieux démontrée par une expérience de Cl. Bernard, qui a produit l'anurie temporaire par la section transversale de la moelle cervicale. Cl. Bernard a encore mieux démontré l'influence du bulbe, en produisant la polyurie par la piqûre du quatrième ventricule, l'anurie par la cautérisation du quatrième ventricule et la section des corps restiformes.

Vous voyez que l'oligurie nerveuse peut avoir une triple origine : sympathique, spinale ou bulbaire, et il vous sera possible de déterminer, dans certains cas, le siège du trouble nerveux qui l'aura produite. Il pourra vous être plus difficile d'en déterminer la nature. Remarquez cependant que, dans les principales expériences qui portent sur le système sympathique, la section nerveuse et l'extirpation ganglionnaire sont suivies de polyurie, tandis que l'excitation électrique produit l'anurie. Dans le système cérébro-spinal, c'est l'inverse : une piqûre, c'est-à-dire une excitation, provoque la polyurie, tandis que l'action destructive de la cautérisation ou suspensive de la section a pour conséquence l'anurie. Je n'en conclurai pas qu'il y a opposition entre les deux systèmes, mais il y a certainement deux actions nerveuses opposées sur la sécrétion urinaire pouvant produire deux anuries, l'une par excitation, l'autre par paralysie.

Ce n'est pas tout : à côté des actions nerveuses directes se dresse le groupe bigarré des actions nerveuses réflexes, actions favorisées par les connexions nerveuses du bulbe, par les liens étroits qui rattachent entre elles les diverses parties du système vaso-moteur et qui permettent aux troubles morbides de divers viscères, notamment de l'utérus et du foie, d'avoir leur écho dans le rein.

Ces diverses données physiologiques étaient nécessaires pour vous faire comprendre comment un si grand nombre de maladies si différentes peuvent également produire l'oligurie et par quel mécanisme, souvent complexe, l'oligurie se développe dans ces cas divers.

Dans les affections de l'intestin et du péritoine, l'oligurie peut se produire d'après deux mécanismes distincts : tantôt par déperdition de liquides et déplacement sécrétoire ; c'est le fait du vomissement et de la diarrhée, c'est un des modes d'action du choléra ; tantôt par un trouble dans l'innervation vaso-motrice portant particulièrement sur le système du grand sympathique, trouble qui s'accuse par une tendance à la concentration du pouls et à l'algidité. Ce dernier mode agit à lui seul dans la dysentérie et la péritonite ; il se combine avec le premier dans le choléra, où l'oligurie devient une véritable anurie.

Les relations physiologiques intimes qui existent entre le foie et le rein, et surtout entre le système nerveux du foie et le système vaso-moteur du rein, expliquent certaines oliguries d'origine hépatique. Une action réflexe explique également l'oligurie que produit une affection douloureuse, inflammatoire ou simplement congestive de l'utérus, comme elle rend compte de l'oligurie bilatérale que produisent parfois les coliques néphrétiques.

Un déplacement sécrétoire dans la pleurésie, le mouvement fébrile dans la pneumonie, la fièvre, les sueurs, la diarrhée chez les phthisiques, donnent la clef des oliguries produites par les affections des voies respiratoires, tandis que, dans les affections des voies circulatoires, c'est le défaut de tension artérielle qu'il faut incriminer. C'est un trouble dans l'innervation qui paraît produire l'oligurie de l'eczéma, où l'on voit une inflammation cutanée diminuer la sécrétion urinaire, de même qu'une inflammation rénale diminue d'une manière souvent fort remarquable l'activité des fonctions cutanées.

Les oliguries nerveuses sont les plus difficiles à expliquer, parce qu'on ignore le plus souvent si l'influence morbide agit par excitation ou par dépression. Il est à croire cependant que dans l'hystérie son action est excitante, comme l'admet Vulpian, qui l'attribue à une stimulation prolongée des vaso-contricteurs pouvant durer comme chez les hystériques durent les contractures. L'oligurie chez les hystériques est un phénomène d'excitation, puisque la polyurie est un phénomène de détente qui termine les accès. Seulement, tandis que la polyurie est liée aux accès, l'oligurie en est indépendante. On dirait même qu'il y a une espèce d'antagonisme entre la crise convulsive et l'oligurie ou les troubles vaso-moteurs : quand deux excitations se produisent sur des points différents du système nerveux, la plus forte dissipe l'autre, comme Hippocrate l'a dit au sujet des douleurs. Il faut donc calmer et non pas stimuler le système nerveux du rein dans l'oligurie hystérique.

IV

Conséquence d'états morbides si nombreux et si différents, l'oligurie peut à son tour devenir cause de troubles morbides assez uniformes, ceux qu'entraîne la suppression fonctionnelle des reins. Ce qui est remarquable et ce qui mérite explication, ce n'est pas que l'oligurie produise ces troubles, c'est qu'elle ne les produise pas toujours, car leur apparition, que l'on croirait tout d'abord devoir être la règle, se trouve être, par contre, l'exception.

Le rein de l'homme sain possède deux fonctions principales : il est régulateur de la tension artérielle par l'élément aqueux qu'il élimine ; il est dépurateur de l'organisme par l'élimination de l'urée et des déchets organiques qui proviennent du mouvement de désassimilation. La suppression de la première fonction conduit aux hydropisies, celle de la seconde produit des intoxications.

Ni les unes ni les autres n'interviennent dans la plupart des cas d'oligurie.

Il est à remarquer d'abord que la diminution d'urine peut porter exclusivement sur l'élément aqueux, de sorte qu'on ne peut mesurer exactement l'activité de la sécrétion urinaire d'après la quantité d'urine rendue. Si l'urine est riche en éléments solides, le danger d'urémie est le plus souvent écarté. Les changements de densité ont par conséquent plus d'importance que les changements de quantité, et beaucoup d'oliguries sont de simples diminutions de l'élément aqueux de l'urine qui, souvent, peut, sans difficulté, s'éliminer par d'autres voies.

Il est à noter ensuite que l'organisme a des moyens de suppléer à l'insuffisance fonctionnelle des reins. Il peut, d'un côté, augmenter les sécrétions qui renferment une certaine quantité de liquide, et elles en contiennent toutes ; il peut, d'autre part, augmenter les sécrétions qui renferment une certaine quantité de matières azotées. La peau se présente avec cette double propriété, et après la peau le tube digestif, avec cette différence toutefois que l'action éliminatoire de la peau est constante, tandis que celle du tube digestif n'intervient qu'en cas de maladie.

Il faut observer encore que l'innocuité de l'oligurie n'existe pas à un égal degré dans les diverses maladies.

On ne peut y compter longtemps dans les affections rénales. La peau, dans la maladie de Bright, surtout lorsqu'elle est œdématiée,

ne fonctionne plus, et ce troisième rein ne devient guère plus utile que les deux autres, à moins qu'on ne le stimule par des bains sulfureux. Il ne reste plus à l'organisme qu'une ressource, c'est de frayer aux matières éliminées un passage par le tube digestif. Il en use, et dès le début de l'intoxication urémique des vomissements se produisent; ils ne manquent jamais. Ces vomissements sont abondants; ils renferment une certaine quantité de liquide; ils renferment aussi une petite proportion d'urée. Mais le tube digestif n'est pas organisé pour suppléer complètement le rein malade; s'il laisse quelquefois passer une quantité considérable de liquide, il n'élimine jamais une quantité suffisante d'urée; voilà pourquoi, si la lésion rénale est étendue, l'intoxication urémique devient inévitable.

Les autres oliguries, moins durables d'ailleurs, n'ont ordinairement pas les mêmes conséquences.

Tantôt, en effet, il y a évacuation suffisante de matières, si l'oligurie n'est que la conséquence d'un balancement sécrétoire comme on en voit dans les hydropisies; tantôt il y a destruction dans l'organisme même des matières à éliminer, c'est ce qui a lieu dans les mouvements fébriles; tantôt enfin il y a, par le fait d'un arrêt de nutrition, défaut de production des matières à éliminer.

Cette dernière particularité, qu'on observe surtout chez les hystériques, mérite de vous être spécialement signalée. Chez beaucoup d'hystériques, le mouvement de nutrition, de désassimilation surtout, est suspendu. L'activité, la rapidité du mouvement de rénovation organique, est bien loin d'être égale dans les divers organismes humains. Il y a des organismes, chez les hommes surtout, qui ont un mouvement nutritif d'une très-grande rapidité, notamment dans le système musculaire; ils sont bien musclés, leur sang est riche en globules, leurs urines sont abondantes et d'une assez haute densité, leur appétit plus ou moins vorace. Mais il y a aussi des organismes, chez les femmes surtout, dont les mouvements nutritifs ont une grande lenteur, notamment dans le système musculaire; ces femmes ont peu de muscles et beaucoup de graisse, surtout peu de globules sanguins; abondante ou non, leur urine manque de densité; elles ne mangent pas. La force nerveuse qui, chez l'homme athlétique, aboutissait à l'énergie motrice et maintenait les contractions puissantes des muscles, se traduit chez ces femmes en délicatesse sensitive, ou se tient en réserve pour des manifestations morbides. Deux phénomènes corrélatifs traduisent ces différences dans le tempérament: d'un côté, chez l'homme, l'intensité de l'appétit et la densité des urines; de l'autre, chez la femme nerveuse, le défaut d'appétit et le caractère aqueux ou la diminution de quantité des urines. Certaines hystériques présentent au plus haut degré, à un degré parfois extraordinaire, ces caractères du tempérament nerveux de la femme; il en est qui ne mangent pas dans une semaine et même dans un mois de quoi soutenir un homme pendant un jour; en revanche, leur urine est presque de l'eau. Si les recettes de l'organisme sont minimes, les dépenses de l'organisme sont insignifiantes, et les dépenses de l'organisme se chiffrent surtout par les quantités d'urée que l'urine renferme. Il y a ici fort peu d'urée à éliminer, ce qui fait que l'anurie peut se produire sans être suivie d'urémie.

Il y a là un fait que nous devons constater et dont il importera plus tard de rechercher le mécanisme intime. Comme l'a fait remarquer Cl. Bernard, comme Charcot l'admet également à propos de l'anurie hystérique, le mouvement d'assimilation et de désassimilation des matières azotées doit être soumis à l'influence d'une partie déterminée du système nerveux. Seulement nous ignorons encore de la manière la plus complète quelle est la partie du système nerveux à qui est dévolue cette fonction. Sous ce rapport, les matières azotées sont soumises à la loi commune, à laquelle obéissent d'une manière encore plus manifeste les substances grasses. Rien n'est frappant comme l'influence des émotions morales et de certaines affections du système nerveux sur la réserve adipeuse de l'organisme; j'ai vu des sujets, des femmes surtout, maigrir d'une manière effrayante et rapide à la suite de violents chagrins, alors cependant que l'appétit était conservé et que les fonctions digestives s'exécutaient encore; j'en ai vu d'autres, et surtout dans des cas d'aliénation mentale conduisant rapidement à l'imbécillité, acquérir en peu de temps un embonpoint énorme,

L'influence du système nerveux sur la nutrition de l'organisme est donc puissante. Elle peut être suspendue et alors le mouvement nutritif s'arrête, et c'est ce qui a particulièrement lieu chez les hystériques. Dans les cas où le mouvement nutritif est enrayé, où la désassimilation des matières azotées est suspendue, la fabrication de l'urée est ralentie ou interrompue, le sang ne renferme point d'urée, l'urine n'a point d'urée à éliminer; l'anurie alors n'est pas dangereuse, parce que l'urémie est impossible.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur Lœwenberg.

Diagnostic différentiel. (Suite).

3) *Les polypes du nez.* — La suppression du passage aérien des fosses nasales et l'altération de la voix sont des symptômes communs aux tumeurs adénoïdes du pharynx et aux polypes du nez, une fois que chacune de ces deux affections a atteint un certain développement. Comment les distinguer? L'examen physique éclaircira immédiatement le diagnostic, en démontrant l'existence des excroissances caractéristiques dans le pharynx nasal, dans un cas, ou bien en nous apprenant qu'il y a, dans l'autre cas, une ou plusieurs tumeurs à l'intérieur des cavités nasales. Les polypes sont visibles à l'inspection des fosses nasales d'avant en arrière, même à l'aide d'un simple miroir réflecteur concave, percé au centre, tel qu'il sert à l'otoscopie; inutile de recourir à la rhinoscopie dans la plupart des cas.

Mais, si un médecin n'est pas familiarisé avec les procédés d'exploration physique, ou manque des instruments spéciaux, comment peut-il parvenir à s'orienter en présence de troubles qui nécessitent une action énergique autant que rationnelle?

Voici quelques données qui l'aideront à procéder avec succès. Tandis que les tumeurs adénoïdes se montrent surtout dans l'enfance et dans l'adolescence, les polypes du nez se trouvent à toute époque de la vie, de préférence même dans l'âge adulte. Souvent les polypes se manifestent par une gêne particulière, par la sensation d'un corps étranger dans les fosses nasales, sensation qui fait défaut dans l'affection adénoïde. La surdité, qui accompagne presque constamment celle-ci, ne coexiste pas d'ordinaire avec des polypes nasaux, auxquels, par contre, appartiennent en propre des désordres dans l'excrétion des larmes. Souvent les polypes finissent par faire saillie aux ouvertures antérieures ou postérieures du nez; les tumeurs adénoïdes ne dépassent jamais le pharynx, leur lieu d'origine.

Quand les tumeurs du nez sont arrivées à un développement tel que les fosses nasales d'une capacité normale ne peuvent plus les loger, elles se font de la place en les élargissant, souvent d'une manière effrayante, et en envahissant ensuite les cavités adjacentes. Alors éclatent au grand jour des désordres tellement graves et tellement caractéristiques que la lumière se fait même aux yeux de l'observateur le moins expérimenté. A la suppression de l'odorat viennent se joindre des troubles dans la mastication, dans la déglutition, dans l'intégrité de l'œil; finalement, la vie peut être menacée, et le salut n'est souvent obtenu qu'au prix d'une opération sérieuse. Même alors, des récidives peuvent se produire, chose inconnue jusqu'ici, pour les tumeurs adénoïdes, une fois que le chirurgien a réussi à les enlever.

Nous ne faisons que mentionner les cas où il existe des *polypes mous*, prenant naissance sur les bouts postérieurs des cornets inférieurs, avec ou sans la présence simultanée de végétations adénoïdes; le traitement est le même dans l'un et l'autre cas, et une

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 juillet.

erreur de diagnostic entre les deux n'aurait par conséquent que peu d'importance.

4) *Les polypes pharyngo-nasaux.* — A mesure que les polypes fibreux pharyngo-nasaux progressent dans leur évolution, ils envahissent successivement tout l'intérieur du pharynx, les fosses nasales et les cavités adjacentes, telles que les sinus et l'orbite, produisant partout les plus effroyables désordres. Une fois ce degré de développement atteint, et ses terribles conséquences nettement établies, il ne peut plus être question de les confondre avec les tumeurs adénoïdes, productions d'une nature nullement envahissante ni destructive.

Mais, tant que les dimensions du polype lui permettent de rester circonscrit au pharynx nasal, le diagnostic peut se heurter aux plus grandes difficultés. Voici, cependant, quelques données qui pourraient aider à faire la distinction entre les deux affections en question ; cette distinction est capitale, car les végétations adénoïdes sont d'une innocuité relative, à côté des polypes pharyngo-nasaux, ces terribles destructeurs. Ceux-ci prennent généralement (quelques-uns disent : « toujours ») naissance sur le périoste même de la face inférieure de l'apophyse basilaire, où à l'état normal il existe déjà un renflement de la fibro-muqueuse (1); les tumeurs adénoïdes surgissent de toutes les parties qui forment les parois du pharynx nasal, et sont implantées plus superficiellement dans les parties molles. Elles commencent généralement à se développer aux premières époques de la vie, tandis que les polypes se montrent, la plupart du temps, de quinze à vingt-deux ans (Nélaton). Ceux-ci (d'après Nélaton, M. Gosselin et un grand nombre d'autres chirurgiens expérimentés) s'observent exclusivement chez les jeunes garçons ; les végétations adénoïdes atteignent indifféremment les deux sexes. Les polypes donnent lieu à des difficultés dans la déglutition, compliquées de régurgitation des liquides dans le nez ; à des nausées, à un écoulement nasal souvent sanguinolent, et même à des hémorrhagies; à une dyspnée habituelle, accompagnée quelquefois de cornage, et coupée, çà et là, par de véritables accès de suffocation. Nous ne mentionnons pas la céphalalgie comme moyen de diagnostic différentiel, quelques auteurs la considérant comme caractéristique également pour les tumeurs adénoïdes, ce qui ne s'accorde, d'ailleurs, pas avec notre expérience personnelle.

Somme toute, le diagnostic différentiel entre les deux genres d'affections peut offrir des difficultés sérieuses, surtout lorsqu'il s'agit d'un polype encore peu volumineux (ou de polypes muqueux ou glanduleux, autre espèce de tumeurs pharyngo-nasales); mais, quand même ni les symptômes, ni les méthodes d'exploration optique ou tactile ne donneraient une certitude absolue, il faudrait, dans l'un comme dans l'autre cas, procéder à l'ablation chirurgicale.

Il est important de rappeler à cette occasion que, si notre premier travail et ceux d'autres auteurs ne paraissent pas avoir attiré suffisamment l'attention des chirurgiens, il en est néanmoins dont la sagacité a parfaitement reconnu qu'il pourrait y avoir là un genre de tumeurs différentes du tout au tout des véritables polypes pharyngiens; ces observateurs n'ont pas manqué de faire la distinction entre une affection presque toujours mortelle (soit par son extension, soit par l'intervention chirurgicale souvent malheureuse) et une autre relativement inoffensive, et dont la guérison opératoire peut s'effectuer sans danger et d'une façon sûre. Ainsi M. Trélat a parfaitement fait ressortir ce point important dans plusieurs communications à la Société de chirurgie (2), et d'autres chirurgiens expérimentés ont cité des cas analogues.

Du pronostic des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. — Que deviennent les tumeurs adénoïdes, une fois qu'elles ont atteint leur maximum de croissance? Il n'est pas aisé de répondre à cette question d'une façon péremptoire, car, ne connaissant cette affection que depuis peu d'années, nous n'avons pas encore pu suivre un assez grand nombre de cas, ni les observer assez longtemps pour connaître clairement leur évolution finale spontanée. Quoi qu'il en soit, nous pouvons toujours dire ceci : les tumeurs adénoïdes pharyngiennes se montrent surtout dans l'enfance et l'adolescence, et deviennent plus rares à mesure que l'âge avance ; or, comme on ne meurt pas du fait de ces tumeurs, ni d'une de leurs complications habituelles, il semble en résulter *que ces tumeurs peuvent disparaître spontanément* à une certaine époque de la vie. Elles se développeraient donc pendant l'enfance, pour rester stationnaires durant l'adolescence, et pour disparaître enfin spontanément, mais sans emporter avec elles leurs conséquences et leurs complications plus ou moins graves.

Il n'est pas sans intérêt de citer, à ce propos, ce qui se passe pour certaines affections siégeant dans des régions voisines du pharynx. Nous savons que l'hypertrophie des amygdales disparaît quelquefois vers l'âge de la puberté, sans que l'art intervienne, de même qu'on a vu des polypes muqueux du nez s'atrophier spontanément, et en dehors de toute action médico-chirurgicale (voir à cet égard les ouvrages de Robert, de Nélaton et de M. Gosselin). Il paraît, de plus, que des catarrhes chroniques du pharynx nasal et du nez, ayant pour conséquence une hypertrophie du revêtement muqueux de ces cavités, finissent souvent, à mesure que le malade parvient à un âge avancé, par une atrophie de ces mêmes muqueuses. D'après quelques auteurs, la tonsille pharyngienne elle-même, dont un développement anormal forme le substratum de tant de tumeurs adénoïdes, semble diminuer de volume depuis l'enfance, jusqu'à l'âge avancé (Voir v. Teutleben.) (1).

Toutes ces analogies appuient l'hypothèse de la régression spontanée des tumeurs adénoïdes, mais, nous le répétons, aucun fait positif n'est encore venu en faire une certitude.

Ce que nous avons dit de la prédilection des tumeurs adénoïdes pour le jeune âge ne s'applique strictement qu'à l'époque de leur *origine*, car on peut les rencontrer chez les personnes beaucoup plus avancées dans la vie. On trouvera une preuve de cette assertion dans notre observation n° 4, où nous avons découvert ces végétations en 1865, le malade ayant alors quarante et un ans. Il a refusé tout traitement opératoire, efficace comme nous l'avons dit (loc. cit.), et nous avons pu encore dernièrement constater l'existence de ces tumeurs, le malade étant âgé maintenant de cinquante-trois ans. D'après ce que nous avons observé dans d'autres cas, la maladie, venant à être traitée chez un individu âgé, semble être infiniment plus tenace que lorsqu'on l'attaque chez un sujet jeune.

Tandis que les tumeurs adénoïdes, une fois qu'on les a radicalement détruites par un des procédés curatifs dont nous traiterons plus bas, ne récidivent plus (d'après ce qu'il nous a été donné d'observer jusqu'à ce jour), l'opération qui constitue la condition *sine quâ non* de tout traitement ne suffit pas pour remédier en même temps aux *effets délétères* de la maladie. Pour remplir cette dernière indication, il faut recourir à des soins spéciaux dont nous parlerons bientôt.

Quant au pronostic que donnent les *divers groupes d'affections consécutives*, nous avons d'abord à considérer les *troubles auriculaires* qui guérissent souvent complètement, lorsqu'ils sont convenablement traités.

Pour ce qui est ensuite de l'autre groupe pathologique, des désordres provoqués par l'abolition du passage de l'air par le nez, on arrive bien quelquefois, en enlevant les tumeurs de *très-bonne heure*, à empêcher que la respiration buccale ne devienne habituelle avec toutes ses conséquences déjà décrites. Mais, après une certaine durée de la maladie, on a beau rétablir les conditions physiques normales par une opération radicale, les fonctions ne récupèrent que lentement et péniblement leur exercice physiologique, pareillement à ce qui a lieu, surtout dans l'enfance, pour toute fonction qui a été entravée pendant longtemps. Rappelons à ce propos ce qui s'observe pour la fissure congénitale du palais et ses conséquences qui, elles aussi, survivent longtemps, sinon toujours, à l'opération la mieux réussie.

De même ici, quand les tumeurs adénoïdes ont eu pour effet de

(1) Lorrain. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1860, 260.

(2) Voir, entre autres, le Compte-rendu de la séance du 28 octobre 1874.

(1) Archives d'otologie, XII, 160.

rendre habituelle la respiration buccale, le rétablissement du passage nasal dans son intégrité primitive par une opération ne suffit plus pour que la respiration redevienne nasale : les muscles du voile du palais semblent ne plus pouvoir exécuter certains mouvements combinés, nécessaires aux fonctions normales de cette région si importante. Plusieurs auteurs pensent que ce défaut est dû à un état subparétique des muscles du voile du palais, mais il nous semble plus rationnel de supposer plutôt un état *spastique*. Nous pensons que l'habitude de tenir le voile du palais levé, condition indispensable pour respirer par la bouche, doit communiquer aux muscles intéressés un état de contraction permanente qui, lorsqu'elle a duré pendant un certain laps de temps, ne cède plus, bien qu'on réussisse à dégager la voie normale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 août 1878. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'intérieur adresse à l'Académie un exemplaire du rapport général sur le service des aliénés, publié par les soins de l'administration.

M. le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie : 1° ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Parrot à la place d'académicien titulaire, devenue vacante dans la section d'anatomie pathologique par suite du décès de M. Barth ; 2° le premier volume de l'*Inventaire des Archives du Calvados*, et les deux volumes, série E, tome II, et série B, C, D. de l'*Inventaire des Archives de l'Aveyron.*

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Surmay qui, offrant en hommage à l'Académie un travail sur l'*entérotomie*, rappelle sa candidature au titre de membre correspondant.

LECTURE

M. Maurice Raynaud lit un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur l'injection et l'immunité vaccinales.*

Voici en résumé les points principaux qui se dégagent de ce mémoire.

1° En ce qui concerne le bouton vaccinal nécessaire pour que l'immunité ait lieu ;

Celle-ci se produit même lorsqu'après l'inoculation sous-épidermique on empêche par un artifice expérimental la naissance du bouton de vaccin.

2° En ce qui concerne le système nerveux :

A. — Le système nerveux reste complètement étranger à l'accomplissement des phénomènes vaccinaux. La section préalable des nerfs qui se distribuent à la région inoculée n'empêche pas l'infection de se produire avec tous ses effets.

B. — Cette interruption du courant nerveux ne modifie même pas sensiblement la marche de la pustule vaccinale ;

3° En ce qui concerne le sang :

A. — L'inoculation sous-épidermique de sang vaccinal ne donne jamais la vaccine ; cette opération n'est donc susceptible d'aucune application pratique.

B. — La transfusion, même à doses excessives, de sang vaccinal, n'est le plus souvent suivie d'aucun effet remarquable ; après comme avant, l'animal reste apte à contracter la vaccine.

C. — Il est possible cependant que, dans quelques circonstances, la transfusion produise chez l'animal récepteur l'immunité vaccinale seule, sans aucun phénomène extérieur ;

D. — Mais, alors même, l'immunité, ainsi acquise, ne serait pas transmissible par une seconde transfusion.

E. — D'après tous ces faits, il est infiniment peu probable que ce soit par le sang, en tant que véhicule direct, que le virus vaccinal se généralise dans l'économie tout entière.

4° En ce qui concerne les vaisseaux lymphatiques :

A. — L'inoculation sous-épidermique de lymphe provenant d'une région vaccinée et prise en deçà du ganglion plus proche a donné les mêmes résultats négatifs que l'inoculation sous-épidermique du sang vaccinal.

B. — Par contre, en injectant quelques grammes de cette lymphe dans le sang d'un cheval, j'ai réussi à déterminer l'apparition du *horse pox.*

C. — Cette lymphe paraît donc susceptible de virulence, pourvu qu'elle soit employée à dose un peu forte.

5° En ce qui concerne les ganglions lymphatiques :

A. — Après les vaccinations normales, l'engorgement du ganglion le plus voisin de la région vaccinée est un fait constant, quoique jusqu'ici méconnu, et justifie le nom de *bubon vaccinal* dont je me suis servi. Le bubon est indolent et sans réaction inflammatoire.

B. — Cependant l'inoculation du suc de ce ganglion, à quelque époque qu'elle soit faite, ne donne pas la vaccine.

C. — Il est donc possible, en définitive, de surprendre des traces de virulence dans le système lymphatique, entre le lieu d'inoculation et le ganglion le plus proche. A partir de ce ganglion, on n'en retrouve plus.

D. — Cette circonstance semble de nature à faire attribuer aux ganglions lymphatiques un rôle élaborateur se traduisant par la disparition de la virulence et l'apparition de l'immunité : deux faits simultanés et corrélatifs. Mais ce ne pourrait être affirmé qu'autant que l'intervention des ganglions serait démontrée indispensable. Or cette affirmation est difficile en présence des faits de réussite obtenus par l'injection directe du virus vaccin dans les vaisseaux sanguins.

E. — Ce qui est certain, c'est que le virus vaccin, en passant par les ganglions lymphatiques, y perd son inoculabilité, ce qui établit entre lui et la matière inoculable du charbon une différence fondamentale très-importante à signaler au point de vue de la théorie générale des virus.

Aucun des lecteurs inscrits à l'ordre du jour n'étant présent, la séance est levée à quatre heures dix minutes.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD.

(Seizième liste.)

Listes précédentes.	8,686 fr. 50 c.
M. Félix Martin, étudiant en médecine. . .	10 »
Total.	8,696 fr. 50 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 août 1878, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. Vauvray, médecin principal.

Au grade de médecin principal : MM. Foiret et Normand, médecins de 1re classe.

— Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts arrête :

Art. 1er. — Les facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie délivreront les certificats d'aptitude ou diplômes nécessaires pour exercer les professions d'officiers de santé, de sages-femmes, de pharmaciens de seconde classe et d'herboristes dans les départements qui sont le siège de ces facultés ou de ces écoles supérieures.

Art. 2. — Les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie délivreront les certificats d'aptitude ou diplômes nécessaires pour exercer les professions d'officiers de santé, de sages-femmes, de pharmaciens de 2e classe et d'herboristes dans les départements ci-après indiqués :

L'école préparatoire d'Amiens : Somme, Aisne, Oise.

L'école préparatoire d'Angers : Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe.

L'école préparatoire d'Arras : Pas-de-Calais.

L'école préparatoire de Besançon : Doubs, Jura, Haute-Saône, territoire de Belfort, Vosges.

L'école préparatoire de Caen : Calvados, Manche, Orne, Eure-et-Loir.

L'école préparatoire de Clermont : Puy-de-Dôme, Cantal, Haute-Loire, Allier, Loire, Lorèze, Aveyron.

L'école préparatoire de Dijon : Côte-d'Or, Haute-Marne, Nièvre, Yonne, Saône-et-Loire.

L'école préparatoire de Grenoble : Isère, Hautes-Alpes, Ardèche, Drôme, Savoie, Haute-Savoie, Ain.

L'école préparatoire de Limoges: Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne.

L'école de plein exercice de Marseille : Bouches-du-Rhône, Corse, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Var, Vaucluse, Gard, Aude, Pyrénées-Orientales.

L'école de plein exercice de Nantes : Loire-Inférieure, Vendée, Deux-Sèvres, Charente, Charente-Inférieure.

L'école préparatoire de Poitiers : Vienne, Indre, Creuse.

L'école préparatoire de Reims : Marne, Seine-et-Marne, Ardennes, Aube, Meuse.

L'école préparatoire de Rennes : Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Finistère, Morbihan.

L'école préparatoire de Rouen : Seine-Inférieure, Eure, Seine-et-Oise.

L'école préparatoire de Toulouse : Haute-Garonne, Ariège, Gers, Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Landes, Lot-et-Garonne.

L'école préparatoire de Tours : Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret, Cher.

Art. 3. — Les sessions d'examens dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires sont présidées :

Pour les écoles de Caen, Rouen, Rennes, Nantes, Angers, Poitiers, Limoges et Tours, par des professeurs de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

Pour les écoles d'Arras et d'Amiens, par des professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille ;

Pour les écoles de Besançon et de Reims, par des professeurs de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Nancy ;

Pour les écoles de Dijon et de Grenoble, par des professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon ;

Pour les écoles de Toulouse et de Clermont, par des professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux ;

Pour les écoles de Marseille et d'Alger, par des professeurs de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

Fait à Paris, le 22 juillet 1878.

— Par arrêté, en date du 17 août 1878, sont institués agrégés des Facultés de médecine (section des sciences anatomiques, physiques et naturelles) pour en exercer les fonctions du 1er novembre 1878 au 1er novembre 1886, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Amagat (Louis-Armand).
Bimar (Jean-Marie-Théodore-Auguste).
Cazeneuve (Jean-Baptiste-Paul).
Charpentier (Pierre-Marie-Augustin).
Couty (François-Paul-Marie-Louis).
Henninger (Rodolphe-Arthur-Marie).
Lannegrâce (Jean-Justinien).
Richet (Robert-Charles).

— *Hôpitaux de Paris. — Concours de l'externat.* — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 8 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 2 septembre jusqu'au mardi 24 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an, à partir du 1er novembre prochain, seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires qui doivent être libres le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 10 novembre.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 98. — SAMEDI 24 AOUT 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 24 AOUT 1878. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement [illegible] que mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémichorée.

Parmi les maladies qui sont encore loin d'être parfaitement connues et classées, on peut citer celles qui ont pour effet de produire dans les fonctions locomotrices des troubles autres que la pure et simple paralysie.

On sait bien peu de chose, par exemple, en ce qui touche les chorées des adultes, bien qu'on ait appris à en distinguer au point de vue symptomatique les mouvements choréiformes dépendant de certaines affections médullaires, sclérose des cordons postérieurs, sclérose en plaques, etc.

Dans ces derniers temps on a voulu en séparer également, sous le nom d'athétose, une certaine forme de mouvements involontaires, lents, réguliers, exagérés, continuels, qui occupent presque exclusivement les mains et les pieds.

Mais cette distinction n'a pas l'importance de la précédente, car, au point de vue étiologique, au point de vue des lésions trouvées à l'autopsie, quand on en a trouvé, rien ne sépare le groupe des athétoses de celui des chorées vulgaires.

Les athétoses, comme les chorées, peuvent être unilatérales, et alors souvent elles se rattachent à des hémiplégies, auxquelles elles succèdent. M. Oulmont, dans une excellente thèse, soutenue cette année devant la Faculté de médecine de Paris, a rapporté plusieurs exemples d'athétoses de cette espèce.

Mais toutes les hémichorées ne sont pas hémiplégiques, tant s'en faut.

Il y a d'abord celles que M. Charcot propose de nommer pré-hémiplégiques et qui, commençant subitement par une perte de connaissance, par ce qu'on nomme vulgairement une attaque d'apoplexie, précèdent parfois de quelques jours le développement de la paralysie dans la moitié du corps.

Comme les post-hémiplégiques, celles-là tiennent aussi à la présence, dans la substance cérébrale, d'un foyer de ramollissement ou d'un foyer d'hémorrhagie.

Voilà à peu près quelles sont les seules qui, jusqu'ici, aient été nettement déterminées. Les autres espèces restent dans le vague.

Il est donc utile de recueillir toutes les observations qui se présentent, même celles qui ne sont pas terminées par une autopsie, car la seule étude des symptômes a souvent fait connaître des entités morbides dont l'anatomie pathologique est venue seulement beaucoup plus tard confirmer l'existence réelle; c'est ce qui est arrivé, par exemple, pour l'ataxie locomotrice, décrite par Duchenne, de Boulogne, bien des années avant que M. Bourdon en trouvât le siège anatomique dans les cordons postérieurs de la moelle.

Au n° 23 de la salle Saint-Ferdinand, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Delpech, se trouve un malade atteint depuis une quinzaine de jours d'une hémichorée qui l'a pris d'une manière subite, mais non pas en pleine santé.

En effet, cet homme est tuberculeux. Il l'est devenu accidentellement, à ce qu'il raconte, il y a une dizaine d'années, en travaillant dans une usine où il avait à plonger des objets de métal dans des acides dont les vapeurs irritaient vivement ses poumons. Il avait persisté à exercer ce métier durant quatre ans, bien qu'il toussât habituellement et eût eu plusieurs vomissements de sang.

Antérieurement il se portait bien. Il ne croit avoir eu qu'une seule maladie, et celle-là encore accidentelle. Vers l'âge de quatorze ans, étant *pipier*, c'est-à-dire employé dans la fabrication des pipes de terre, il fut battu si violemment par un de ses camarades et reçut de tels coups sur la tête qu'il en eut une fièvre cérébrale de quelques semaines de durée.

A vingt-cinq ans, il se maria; il eut cinq enfants, dont deux moururent en très-bas âge, il ne sait pas de quoi; sur les trois autres, un vit encore, deux moururent vers l'âge de vingt-cinq ans, de bronchite, à ce qu'il raconte, c'est-à-dire très-probablement de phthisie pulmonaire.

Il ne serait donc pas le seul tuberculeux de sa famille. Du reste, chez lui, la phthisie suivit une marche lente. Il a maintenant cinquante-huit ans, et, ainsi que nous le disions plus haut, ses premiers vomissements de sang remontent à une dizaine d'années.

En sortant de l'usine où il maniait les acides, il était encore assez fort pour pouvoir entrer comme manœuvre à l'usine Cail, où il avait un travail très-pénible. Il y resta trois ans environ, puis il se vit obligé d'en sortir pour se faire soigner, et, n'allant pas mieux, il dut chercher une occupation moins fatigante; il sollicita une place de balayeur, et, au bout de deux ans, il l'obtint.

C'est pendant que, comme balayeur, il faisait son service, qu'un jour, tout à coup, sans aucun malaise, sans perte de connaissance, sans le moindre vertige, sans mal de tête, il fut pris de l'hémichorée gauche dont il se plaint encore aujourd'hui.

Cette hémichorée n'a pas chez lui la physionomie habituelle de l'hémichorée post-hémiplégique.

D'abord elle ne s'accompagne d'aucun affaiblissement dans les membres qui en sont affectés. Le malade serre énergiquement de la main gauche, un peu moins fort que de la droite ; mais, à ce qu'il rapporte, cela a toujours été le cas, même lorqu'il jouissait de la meilleure santé.

Ensuite elle ne s'accentue pas pendant le mouvement volontaire *dans les muscles qui ont à agir*. Ainsi, quand le malade marche, les mouvements de sa jambe sont mieux coordonnés, moins irréguliers, moins continuels que lorsqu'il est assis, ou debout, immobile. Il peut encore, sans trop de difficulté, tirer parti de sa main gauche pour porter à la bouche des aliments ou même des boissons, tandis qu'au contraire, dans l'hémichorée post-hémiplégique, telle que l'a décrite M. Charcot, comme dans la sclérose en plaques, les mouvements désordonnés ont une amplitude d'autant plus grande que le malade fait plus d'efforts pour les réprimer, bien qu'ils ne cessent pas complètement quand le malade ne cherche plus à exécuter des mouvements intentionnels, comme cessent dans ce cas les saccades de la sclérose en plaques.

D'ailleurs, malgré la soudaineté du début, on ne peut pas dire que ce soit là une hémichorée apoplectique.

Le malade prétend n'avoir jamais fait aucun excès de boisson. Il peut maintenir longtemps sa main droite étendue sans qu'elle soit le siège de trémulence; il n'éprouve pas de fourmillements dans les doigts, la mémoire n'est pas affectée, l'impressionnabilité morale n'a rien d'excessif; en un mot, cette maladie que j'ai décrite sous le nom de *trémulence parétique à redoublement*, et qui est si fréquemment l'apanage des buveurs, n'existe certainement pas chez lui. Pourtant il dort mal, il a souvent des rêves effrayants ayant rapport à ses occupations habituelles. Enfin, le matin, quand il s'éveille, il fait des efforts pour vomir et rend parfois une certaine quantité d'un liquide clair, filant. Mais, comme il est phthisique, comme il tousse beaucoup au moment où il s'éveille, ces phénomènes n'ont pas chez lui la valeur symptomatique qu'ils pourraient avoir chez un autre.

Ainsi ce n'est pas à l'alcoolisme qu'on peut attribuer son hémichorée. Je tiens d'autant plus à préciser ce point que, chez un autre malade, dont j'ai rapporté l'observation l'année dernière, l'hémichorée, survenue à la suite d'abus excessifs de boisson, pouvait bien tenir à cette cause.

Chorée chez un adulte.

Ce n'est pas non plus à l'alcoolisme qu'on peut attribuer la maladie d'un autre homme, âgé de trente-quatre ans, qui se trouve dans le même hôpital, non loin du précédent, au n° 15 de la salle Saint-Louis, service de M. Blachez.

Celui-ci n'a pas seulement une hémichorée, mais bien une chorée occupant également les deux moitiés du corps.

Il n'a jamais joui de la bonne santé dont l'autre se vante. Né d'un père qui a été enfermé durant quelque temps dans un asile d'aliénés, et d'une mère assez délicate, il a toujours été délicat lui-même et a toujours eu le cerveau faible. Pour le moindre froid, il avait les mains et les pieds couverts d'engelures.

Les orteils présentent une conformation assez singulière et qu'il dit être congénitale. Le gros orteil, très-écarté des autres, est fortement porté en dedans; les quatre autres, relevés sur le métatarse, sont au contraire fléchis dans chacune des articulations phalangiennes, de manière à représenter une sorte de griffe.

Jamais cette homme n'a pu trouver de souliers assez larges pour ne pas le blesser, et cela se conçoit. Du reste, toutes les fois qu'il avait travaillé avec un peu d'assiduité, ses pieds enflaient vers les chevilles.

A l'âge de treize ans, il vint à Paris comme garçon boucher; quatre ans plus tard, il y fut pris d'un rhumatisme articulaire qui occupa toutes les articulations des mains et des pieds, mais aucune autre, à ce qu'il raconte, et qui amena sans doute la lésion cardiaque que l'on constate actuellement. Ce rhumatisme articulaire dura encore deux ans, à ce que croit se rappeler ce malade, dont la mémoire a toujours été des moins sûres. Après cela, se trouvant parfaitement remis et ne se doutant pas d'avoir le cœur atteint, cet homme reprit son travail comme garçon boucher. Il se maria, à l'âge de vingt-quatre ans, mais il n'eut jamais la moindre tendance à faire des excès vénériens. Les rapports conjugaux furent toujours assez rares dès le début de cette union, et ils le devinrent de plus en plus par la suite.

Les émotions du siège de Paris et de la Commune, et peut-être encore le mauvais régime, eurent pour effet de troubler complètement la raison de cet homme. On le mit d'abord dans une maison d'aliénés, et, comme le trouble cérébral durait trop longtemps pour que la famille pût supporter jusqu'au bout la dépense, on le fit passer de là à Sainte-Anne. Ce n'était pas qu'il fût dangereux; il a très-bien gardé, dit-il, le souvenir de ce qu'il éprouvait alors, et jamais il n'eut la pensée de faire du mal à quelqu'un; mais il était dans un état d'agitation continuelle, il voulait sans cesse faire quelque chose, ne fût-ce que planter un clou, et il ne savait pas comment s'y prendre. Il resta ainsi plus d'un an, puis il redevint peu à peu ce qu'il avait toujours été. La moindre application, le moindre effort de mémoire, le fatiguait tellement qu'il avait pris le parti de ne plus chercher à se rappeler quoi que ce fût. Du reste il avait bon appétit, digérait bien et dormait bien.

Assez souvent, dans ces derniers temps, il était pris de maux de tête, qui s'accompagnaient de nausées et qui amenèrent même, à deux ou trois reprises, des vomissements. Mais ces maux de tête ne duraient pas. Il lui suffisait de se coucher et de dormir durant quelques heures pour en être débarrassé. Le métier de garçon boucher le fatiguant beaucoup, il était entré depuis quelques mois dans une maison où on l'employait à casser du sucre. Il s'y trouvait bien, pouvant rester assis durant toute la journée.

Pourtant, il y a six ou sept semaines, il commença à s'apercevoir que ses mouvements devenaient moins réguliers ; la main gauche, qui avait à diriger les morceaux de sucre qu'il coupait de la droite, ne remplissait plus aussi bien son office. Enfin les mouvements choréiques s'étendirent au corps entier, en s'accentuant chaque jour davantage, et, le 20 de ce mois, le malade entra dans le service de M. Blachez.

Ce qui frappe surtout quand on étudie la chorée, à grands mouvements très-désordonnés, dont il est atteint, c'est qu'elle ne met nullement obstacle à l'exécution des mouvements volontaires, même les plus précis.

Ainsi, tandis que dans le lit les membres inférieurs, comme les supérieurs, sont sans cesse agités, fléchis, puis étendus, jetés à droite ou à gauche, quand cet homme marche, il le

fait avec la plus grande régularité; quand il veut boire, il peut porter son verre à la bouche sans en rien répandre; quand on lui dit d'étendre le bras et la main à la hauteur de l'épaule, il peut maintenir cette position, assez fatigante, sans secousses et sans tremblement, durant un espace de temps relativement assez long.

Ainsi cette chorée ressemble à certains tremblements que la volonté maîtrise quand elle s'y applique, et chez cet homme on ne voit pas alors, comme chez le malade de M. Delpech, la tension de volonté, l'effort cérébral se traduire par une agitation générale de ceux des membres qui n'ont point à concourir au mouvement voulu.

Il est curieux de faire marcher parallèlement ces deux malades. Celui de M. Delpech y parvient, mais il boite; il dirige sa jambe gauche généralement assez bien, mais de temps à autre un écart vient traduire l'hémichorée. Celui de M. Blachez ne paraît éprouver aucune difficulté à conduire ses jambes; il marche comme un homme qui se porterait bien. Quant à l'agitation des mains, elle a chez ce dernier quelque chose de fantasque, pour ainsi dire. Tandis que cet homme peut exécuter à merveille les mouvements qu'on lui commande, s'il prend son repas sans prêter à ce qu'il fait une grande attention, sa main passera plus d'une fois près de son verre avant de le saisir, elle se refermera trop tôt ou trop tard, elle se portera à droite ou à gauche; en un mot, dans ces mouvements préliminaires, l'incoordination sera des plus évidentes. Une fois le verre saisi, au contraire, comme il s'agit de ne rien renverser de ce qu'il contient, toute cette agitation se calme.

J'ai déjà dit que ce malade n'avait jamais fait d'excès vénériens; il n'a jamais eu de mauvaises habitudes; il a toujours été très-sobre; seulement il était prédisposé dès sa naissance aux affections nerveuses.

Il avait héréditairement le cerveau faible, le système nerveux sans résistance.

Un rien a suffi pour en faire un fou agité, un rien également pouvait suffire pour le plonger dans l'agitation choréique.

Or, son dernier métier était de casser du sucre ; depuis le matin jusqu'au soir, il faisait tous les jours, sans quitter sa chaise, les mêmes mouvements automatiques.

C'est dans des conditions semblables que l'on voit survenir la crampe des écrivains, laquelle bien souvent s'accompagne de grands mouvements de projection choréiformes.

Je ne veux pas soutenir que ce soit là l'unique cause de la chorée dont cet homme est atteint. Il faudrait un groupe de faits considérable pour faire admettre comme nouvelle espèce nosologique, un genre de chorée qui se rattacherait étiologiquement à un simple spasme fonctionnel.

D'ailleurs, chez cet homme, on peut invoquer une cause devenue banale en quelque sorte, tant on l'a fait intervenir souvent dans la chorée, le rhumatisme.

N'a-t-il pas eu dans sa jeunesse un rhumatisme aigu qui a duré deux ans et qui a laissé au cœur des traces persistantes?

N'est-il pas plus simple de se contenter de cette analogie que tout le monde admettrait?

Eh bien! non, il ne me semble pas que ce soit là une affection aussi active pour ainsi dire dans ses diverses manifestations que le rhumatisme.

Dans les chorées rhumatismales, l'incoordination doit avoir un caractère plus continu, plus indépendant de la volonté, plus *organiquement cérébral* pour ainsi dire.

En effet, l'organe, ou la portion d'organe qui devient le siège d'une fluxion rhumatismale, est activement affecté; si sa souffrance est passagère, elle est vive, et il réagit en conséquence.

Tandis que, dans ces tremblements qui peuvent durer des années et qui tendent plutôt à s'accroître, mais que la volonté domine, il n'y a rien de vraiment actif. Or c'est à ce genre de tremblement que la chorée de ce malade de M. Blachez me paraît surtout comparable.

Tout autre serait mon sentiment sur la nature de l'hémichorée du malade de M. Delpech.

Comme nous l'avons vu, cet homme peut encore, par un effort de volonté, diminuer l'amplitude des mouvements choréiques dans le membre qu'il fait agir; mais l'agitation du reste du corps vient aussitôt révéler la dépense de force nerveuse qu'il a fallu mettre en jeu pour cela.

Évidemment les organes qui transmettent les ordres de la volonté ne sont pas dans leur état normal. Il doit exister sur leur parcours un obstacle qu'il est difficile de vaincre.

Quel est cet obstacle?

Dans les cas d'hémichorée post-choréique rapportés par M. Charcot, c'était la cicatrice d'un foyer d'hémorrhagie ou un foyer de ramollissement occupant: 1° l'extrémité postérieure de la couche optique; 2° la partie la plus postérieure du noyau coudé; 3° la partie la plus postérieure du pied de la couronne rayonnante. Telle est du moins la localisation résultant de trois autopsies.

Chez ce malade, tout ce qu'on peut dire avec un degré de probabilité approchant de la certitude, c'est qu'il doit avoir quelque tubercule développé sur un point du cerveau et qui provoque par sa présence une congestion de voisinage.

Il y a dix ans qu'il est tuberculeux, et, bien qu'il mette l'origine de sa maladie sur le compte d'un accident, il ne faudrait pas oublier qu'il a eu deux de ses enfants morts de phthisie.

C'est une raison pour penser au tubercule cérébral.

Une autre raison, c'est que l'hémichorée, bien que se développant tout à coup, débute à petit bruit, tandis que le choc, ce qu'on a nommé proprement l'attaque, est la règle dans les hémichorées pré-hémiplégiques.

En effet, une congestion de voisinage, bien qu'ayant quelquefois, quand elle est étendue et violente, un retentissement aussi considérable qu'une dilacération subite d'un point de la pulpe cérébrale, peut, dans d'autres cas, en avoir un moindre.

Enfin, dans les hémichorées pré-hémiplégiques, la paralysie ne tarde pas, en général, aussi longtemps.

Dr Victor Revillout.

NOTE

SUR LES EFFETS DE L'EXCITATION DU BOUT SUPÉRIEUR DU SYMPATHIQUE CERVICAL D'UN CÔTÉ SUR LA CIRCULATION CAROTIDIENNE DU MÊME CÔTÉ ET SUR CELLE DU CÔTÉ OPPOSÉ. — MODIFICATIONS DE LA CIRCULATION CÉRÉBRALE ET INFLUENCES DE CES MODIFICATIONS SUR L'EXCITABILITÉ DES ZONES MOTRICES CERVICALES,

Par M. François Franck.

M. François Franck donne seulement les conclusions de ses recherches, se réservant de développer chaque point dans des communications ultérieures :

1° L'excitation du bout supérieur du sympathique cervical d'un côté produit, comme on le sait, un resserrement des vaisseaux fournis par la carotide correspondante : cet effet vaso-moteur direct se traduit par l'élévation de la pression dans le bout péri-

phérique de la carotide mis en rapport avec un manomètre enregistreur;

2° La pression s'élève aussi, *mais plus tardivement,* dans le bout périphérique de la carotide opposée : il ne s'agit plus ici d'un resserrement vasculaire produit par une influence nerveuse, mais bien de l'afflux collatéral d'une plus grande quantité de sang dans le département carotidien opposé au département carotidien resserré. En raison même de ce mécanisme de l'élévation, de la pression dans les vaisseaux du côté opposé aux vaisseaux excités, cette élévation ne se produit dans le bout supérieur de la carotide droite que consécutivement à l'élévation de la pression dans le bout supérieur de la carotide gauche, si c'est le sympathique du côté gauche qui a été excité.

3° En tenant compte de ces phénomènes, on est amené à considérer comme anémié l'hémisphère correspondant au sympathique excité et comme hyperémié l'hémisphère opposé.

Dans cette hypothèse, M. Franck a étudié comparativement l'excitabilité de points symétriques de la zone motrice corticale à droite et à gauche. Il a constaté que l'excitation corticale, faite en même temps que l'excitation du sympathique cervical et du même côté, n'était suivie des mouvements localisés dans les membres qu'à la condition d'être plus interne que dans les conditions de circulation normale; en second lieu, il a vu qu'il devenait très-difficile de provoquer l'attaque épileptique par l'excitation soutenue et énergique de la zone motrice du même côté, alors que les attaques n'exigent normalement pour se produire que des excitations beaucoup moins prolongées et beaucoup moins intenses. L'excitabilité corticale diminue donc très-notablement pendant l'excitation du sympathique cervical et vraisemblablement sous l'influence du resserrement vasculaire intracrânien, qui est du reste directement démontré dans certaines expériences de l'auteur par l'exploration du volume du cerveau.

A côté de ce fait il convient de mentionner celui-ci, qui n'a pas moins d'importance : quand on a produit une attaque épileptique par l'excitation corticale, on ne modifie en rien les caractères de l'attaque, son intensité, sa durée, la succession de ses périodes en excitant le sympathique au cou. « Il semble, dit M. Franck, que la substance grise excitée ait été le point de départ de l'attaque, mais que celle-ci, une fois mise en train, ne dépende plus du tout du cerveau proprement dit. Les modifications circulatoires produites dans le réseau carotidien correspondant à l'hémisphère excité restent sans effet sur l'attaque, étude qui sera développée parallèlement à celle de la compression carotidienne. »

Ces points spéciaux des variations de l'excitabilité corticale font une suite naturelle aux recherches de MM. Franck et Pitres déjà soumises à la Société de biologie et seront exposés avec détail par les deux auteurs dans des communications prochaines.

SUR LA THÉORIE PHYSIQUE DE LA MÉTALLOSCOPIE

Par M. le docteur R. Vigouroux.

Pour expliquer l'action des métaux dans les faits découverts par M. Burq, on suppose assez généralement que la sécrétion cutanée attaque le métal; que de cette action chimique résulte un courant, et que ce courant agit comme pourrait le faire celui d'une pile. Et l'on voit la confirmation de cette vue dans le fait que le courant d'une pile peut produire les mêmes effets qu'une application métallique.

Un examen attentif ne permet pas d'affirmer cette théorie. Nous avons rapporté, l'an dernier, des expériences dans lesquelles les phénomènes de l'application métallique pouvaient être empêchés à volonté, sans que l'on intervînt en rien dans l'action chimique (réelle d'ailleurs) de la peau sur le métal. Il suffit de superposer au métal appliqué un second métal convenablement choisi. Il faut, pour que le but soit atteint, que le malade ne soit pas sensible à ce second métal. Évidemment, cela n'a rien à faire avec l'action chimique.

De plus, on peut reproduire tous les effets des métaux au moyen de procédés électriques autres que le courant. Par exemple, avec la machine électrique, dont les effets sont même plus puissants sous ce rapport que ceux de n'importe quel autre agent.

Ainsi, d'une part l'action chimique n'est pas la condition essentielle du phénomène électrique, et d'autre part ce phénomène électrique n'est pas nécessairement un courant.

L'expérience suivante peut servir de base à une autre explication. Supposons une pile parfaitement isolée; l'application *d'un seul* de ses pôles produit aussi bien que le courant lui-même les phénomènes métalloscopiques. Dans cette excitation, *unipolaire* par excellence, ce qui agit, c'est la *tension* électrique du pôle. C'est à un simple phénomène de tension, à un fait d'électricité statique et non dynamique, que nous rapportons l'action des plaques métalliques.

Pour nous rendre compte de la présence de cette tension dans les applications, nous recourons à la théorie de Volta, que l'on peut voir exposée dans tous ses détails dans l'ouvrage de M. Mascart sur l'électricité statique. Nous avons d'ailleurs constaté que plusieurs métaux se chargent d'électricité négative au contact de la peau. La condition première des phénomènes métalloscopiques est donc *une variation en plus ou en moins, d'une durée différente suivant les sujets, de la tension électrique sur un point de l'organisme.*

M. Onimus, dans la courte note qu'il a lue dans une des dernières séances de la Société de biologie, semble faire une place à part au platine. Nous avons toujours vu que ce métal ne diffère pas des autres au point de vue métalloscopique; il y a des individus sensibles au platine, comme d'autres, plus nombreux, le sont au fer ou au zinc. Nous avons signalé autrefois les propriétés nouvelles qu'acquiert le platine (toujours au point de vue métalloscopique) après avoir été traversé par un courant *très-faible.*

Nous avons eu l'occasion récemment de répéter et de varier toutes les expériences relatives à notre manière de voir (car le mot de théorie serait prématuré) sur une malade du service de M. le professeur Charcot. Chez cette malade, le phénomène réactif était la production d'une contracture. Nous aurons à revenir sur ce fait aussi intéressant pour la physiologie que pour la thérapeutique. A ce propos, M. Onimus nous semble restreindre outre mesure l'intérêt pratique des recherches de ce genre. Cet intérêt fût-il limité à l'hystérie, il ne serait pas à dédaigner; mais nous pouvons affirmer, d'après une expérience déjà étendue, que la métalloscopie et ses analogues ont une valeur thérapeutique dans une foule de cas en dehors de l'hystérie, ainsi d'ailleurs que l'avait annoncé M. Burq.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Dictionnaire de botanique,** par M. H. Baillon. Gr. in-4°. Prix : 5 fr. Paris, Hachette et C°. — II. **Pratique de la chirurgie des voies urinaires,** par M. le docteur Delefosse. In-12. Prix : 6 fr. Paris, J.-B. Baillière et fils. — III. **Étude sur les conditions de présence ou d'absence de la déformation caractéristique dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius,** par M. le docteur C. Schmidt. In-8°. Prix : 4 fr. Paris, Octave Doin. — IV. **Étude sur les rapports de la congestion pulmonaire et de la pleurésie aiguë avec épanchement,** par M. le docteur R. Serrand. In-8°. Prix : 2 fr. 50. Paris, V. Adrien Delahaye et C°. — V. **Traité d'anatomie topographique, avec application à la chirurgie,** par P. Tillaux, directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, etc. In-8°. Prix : 25 fr. l'ouvrage complet. Paris, P. Asselin. — VI. **Traité élémentaire d'ophthalmoscopie, d'optométrie et de réfraction oculaire,** par M. le docteur Armaignac. In-12. Prix : 6 francs. Paris, V.-A. Delahaye et C°.

I. Le neuvième fascicule (carv. — chai.) vient de paraître. A cette livraison est jointe une très-belle planche lithographiée représentant l'*Anemone pulsatilla*, peinte par A. Faguet et chromolithographiée par Portail.

Si nous parcourons les divers articles insérés dans ce fascicule, nous trouvons d'abord le Carvi, l'une des quatre semences chaudes

des anciennes pharmacopées; puis le Caryocar, dont une espèce donne le beurre de noix de Saouari; les Caryophyllées; le Caryota, que l'auteur nous présente non-seulement au point de vue de l'inflorescence, mais comme port, ce qui nous vaut un joli paysage. Voici l'écorce de Cascarille; les Casses; des notices sur Cassini, Catesby, Cavanilles, Césalpin, etc., dues à notre savant confrère le docteur Eugène Fournier; le Castilloa, le Casuarina. Les *Cedrela* d'Amérique, en groupes, arrêtent le lecteur par une charmante illustration. Il en est de même des divers Cèdres. Signalons un article magistral de M. de Lanessan sur la membrane cellulaire, et une vraie monographie de M. Dutailly consacrée à la cellule. M. de Seynes continue ses articles de cryptogamie; ils sont tous à citer. Encore un point d'arrêt aux Ceroxylon: car il est impossible d'analyser de plus près un fascicule de dictionnaire dont l'utilité se fait surtout sentir par la netteté et la concision très-bien entendue des renseignements qu'on leur demande.

II. M. le docteur Delefosse est professeur libre de pathologie des voies urinaires. Il a pris pour devise *être utile*. On va voir, par la courte analyse de son livre, comment il s'acquitte de son programme.

Le praticien demande toujours ce qu'il lui est indispensable de connaître pour le bien de ses malades; de là l'importance, à ses yeux, du diagnostic et du traitement. M. Delefosse a voulu lui donner satisfaction en lui présentant la chirurgie des voies urinaires.

Dans une première partie, il donne sommairement toutes les notions anatomiques qu'il est essentiel d'avoir présentes à l'esprit si l'on veut bien comprendre le mécanisme de l'introduction des instruments, soit dans le canal à l'état sain, soit dans le canal à l'état pathologique. L'auteur s'occupe ensuite du cathétérisme envisagé sous toutes ses formes avec les trois espèces de sondes les plus employées (sonde droite, sonde courbe, sonde coudée), soit rigides, soit flexibles.

Le tact et la subtilité des perceptions obtenues par des doigts exercés servent de base au manuel opératoire en ce qui concerne les opérations à pratiquer dans l'intérieur des organes.

Dans la seconde partie, M. Delefosse traite des opérations pratiquées sur l'urèthre, en comprenant sous cette dénomination la partie du canal urinaire qui s'étend du méat externe au ligament de Carcassonne ou aponévrose moyenne du périnée.

Dans la troisième partie, il étudie les opérations pratiquées sur le col de la vessie, en comprenant sous cette dénomination la partie du canal qui s'étend du ligament de Carcassonne au méat interne de la vessie (portions musculeuse et prostatique des anatomistes).

La quatrième partie est consacrée aux opérations pratiquées dans la vessie; la cinquième partie traite des troubles fonctionnels de la miction; enfin les opérations pratiquées chez la femme font l'objet de la sixième et dernière partie.

Ce plan est celui que M. Delefosse suit dans ses cours de l'École pratique: huit années d'enseignement lui en ont prouvé l'excellence. Élève de M. Caudmont, M. Delefosse ne peut se défendre de reporter son souvenir vers son ancien maître et de lui rendre l'hommage, si fréquent jadis, si rare aujourd'hui.

En résumé, bon livre, et digne d'être recommandé.

III. Pendant deux années passées dans le service du professeur Trélat, M. le docteur Schmidt eut l'occasion d'observer un certain nombre de fractures de l'extrémité inférieure du radius, le plus souvent chez des femmes âgées. Frappé de ne pas trouver, dans les auteurs, l'indication des circonstances qui déterminent ou empêchent l'apparition de la déformation caractéristique de la fracture, notre confrère a cherché à apporter au diagnostic et à la pathogénie de la lésion quelques éclaircissements utiles. Voici quel a été le résultat de ses recherches.

La déformation caractéristique dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius a des rapports constants avec l'âge des malades. Tant que l'épiphyse n'est pas soudée au corps de l'os, on ne l'observe guère dans plus de la moitié des cas. De vingt à quarante ans, sa fréquence est la règle; à peine cinq exceptions sur cent.

Peu à peu cette fréquence diminue avec les progrès de l'âge. après soixante ans, on ne rencontre plus qu'exceptionnellement la déformation caractéristique, surtout chez la femme, où elle n'est apparente que onze fois sur trente.

La raison des oscillations dans la fréquence de ce signe repose tout entière sur la différence de résistance de l'os suivant l'âge. Ce phénomène explique toutes les données cliniques. C'est une puissance considérable (50 à 60 kilogr. par l'arrachement) qui est nécessaire pour vaincre, chez l'adulte, la cohésion d'une extrémité osseuse presque entièrement formée de tissu compacte. La solution de continuité produite, la force fracturante continue son action et déplace les fragments. C'est là la règle: l'exception se trouve dans les conditions inverses où une force médiocre atteint juste le degré suffisant pour produire un arrachement incomplet sans déplacement. Peut-être cette forme particulière et rare, signalée par A. Cordon, et que l'auteur a retrouvée six fois dans ses expériences, doit-elle entrer en ligne de compte pour expliquer quelques faits de cette catégorie.

Dans l'âge avancé, et surtout chez la femme, ce n'est ni la pénétration primitive (théorie inadmissible), ni la pénétration secondaire, ni le siège particulier ou la forme spéciale de la fracture, qui peut fournir l'explication de l'absence de ce symptôme précieux: mais c'est encore la diminution considérable de la résistance du radius à cet âge (20 kilog. seulement), trois fois moindre que chez l'adulte. Diminution de résistance qu'explique la raréfaction de l'extrémité radiale.

Le clinicien, en conséquence, devra tenir compte de ces prédispositions d'âge, s'attendre à la déformation chez l'adulte, ne plus y compter dans un âge plus avancé et surtout chez la femme; mais, dans les cas d'absence de ce phénomène précieux, les difficultés du diagnostic seront toujours tranchées par trois signes constants et suffisants: 1° la douleur limitée au-dessus de l'interligne articulaire; 2° apophyse styloïde radiale remontée (mais toujours comparer avec le poignet sain, car il n'est pas très-rare que normalement l'apophyse styloïde cubitale soit plus élevée que celle de l'autre côté); 3° cette mobilité anormale particulière qu'a indiquée Malgaigne. Ce procédé ne doit être employé qu'avec réserve.

Quatre planches complètent cette étude et nous présentent diverses formes de fractures.

IV. L'auteur résume son travail de la manière suivante:

La congestion pulmonaire peut précéder et accompagner la pleurésie. L'association de la pleurésie et de la congestion pulmonaire est fréquente. La congestion peut être reconnue malgré l'épanchement qui en masque la plupart des symptômes. La congestion peut persister pendant toute la durée de l'épanchement et au delà. La congestion modifie la répartition du liquide dans la plèvre; par le fait de son augmentation de densité, le poumon plonge dans le liquide, dont le niveau s'élève; il en résulte que l'épanchement paraît plus considérable qu'il n'est en réalité. L'association de la congestion pulmonaire et de la pleurésie donne lieu aux deux indications suivantes: agir dès le début sur l'élément congestif, dont on favorisera la résolution; éviter toute cause de nouvelles poussées congestives, et pour cela spécialement se garder de pratiquer la thoracentèse.

V. La deuxième partie du troisième fascicule, que nous allons analyser, termine le *Traité d'anatomie topographique*, de M. Tillaux.

Voilà donc un excellent traité d'anatomie que l'élève peut consulter en toute confiance et qui mérite les honneurs de la bibliothèque du praticien. En professeur émérite, très-estimé d'un public fin connaisseur en la matière, M. Tillaux a traité son livre avec la plus grande distinction.

Cette dernière partie est consacrée aux organes génito-urinaires de la femme, au périnée et aux membres inférieurs.

Une chose frappe le lecteur: c'est le soin que l'auteur a mis à se tenir au courant des dernières applications de la chirurgie. Sans négliger le côté classique que nos Facultés ont peut-être le tort de placer en première ligne, M. Tillaux fait une part très-large à tous les progrès de la chirurgie.

On serait porté à faire une réserve, si l'auteur n'était venu de lui-même au-devant de la critique. Si, en effet, à chaque page on relève des applications chirurgicales, M. Tillaux n'a pas voulu aborder les applications médicales. Il reconnaît qu'il a négligé cette partie; c'est une question de volonté et non d'oubli, et nous nous unissons à lui pour inviter un médecin à écrire cette anatomie avec application à la médecine. Ces deux œuvres devraient alors un jour se fondre en une seule. Mais nous avouons que M. Tillaux nous a semblé se retrancher derrière un excès de modestie. Seul, n'eût-il pas bien mené à fin cette œuvre, et, au besoin, n'aurait-il pu s'adjoindre ce collaborateur? Il faudra y venir un jour pour le plus grand bien de nos études anatomiques.

Cette deuxième partie du troisième fascicule nous apporte la préface de l'auteur. Nous y trouvons le programme qu'il s'était tracé, et nous devons à la vérité de dire que ce programme a été brillamment rempli.

Ce nous est donc une bonne fortune de posséder ce livre, et nos lecteurs apprendront avec plaisir que l'œuvre est aujourd'hui complète.

VI. Les professeurs de l'École pratique font des cours très-suivis. Leur succès pourrait être éphémère; mais les élèves qui les ont suivis avec intérêt leur forcent souvent un peu la main, et c'est grâce à cette pression que nous voyons paraître des ouvrages d'une utilité incontestable. C'est ce qui vient de se passer pour le traité que nous avons sous les yeux.

M. Armaignac professait en 1876-1877 ; la matière traitée est loin d'être familière au médecin. Pressé par ses amis, il a réuni en un corps d'ouvrage élémentaire les diverses notions d'optique, d'ophthalmoscopie, de réfraction oculaire et d'optométrie, indispensables au praticien. Il faut parcourir, comme nous, les travaux les plus récents en ophthalmologie pour comprendre l'utilité du travail de M. Armaignac. On dirait, en vérité, que ceux qui s'occupent des maladies de l'œil ont voulu se rendre incompréhensibles à plaisir, et Dieu sait s'ils ont réussi, alors qu'il serait si important de présenter ces notions d'une manière nette et intelligible.

M. Armaignac a commencé par réunir dans un premier livre toutes les notions d'optique nécessaires. L'étude de la réfraction est faite pour le praticien et non pour le savant en trigonométrie. A la campagne, en province, que de consultations embarrassantes si on ignore l'optométrie ! Que de déboires pour le médecin dans ce mot qui paraît si simple, les lunettes ! Grâce à M. Armaignac, cette question est mise à notre portée.

L'introduction récente du système métrique dans l'ophthalmologie a comblé une lacune. M. Armaignac n'a pas manqué d'en commencer l'application.

Un dernier mot pour appuyer la protestation de l'auteur contre les dangers de la vente publique des verres de lunettes de qualité inférieure. M. Armaignac voudrait les voir défendus comme nuisibles et dangereux. En cela il a raison ; mais de là à posséder une législation protectrice, il y a loin. M. Armaignac aura l'honneur d'avoir ouvert le feu.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

122. Morer. — Du suicide en France ; étude statistique.

123. Pissot. — Des troubles auditifs dans le mal de Bright.

124. Dupérié. — Globules du sang; variations physiologiques dans l'état anatomique du sang.

125. Planty-Mauxion. — Des kystes de la prostate.

126. — Debord. — Sur quelques modifications de la circulation intra-cardiaque et artérielle dans l'insuffisance aortique; recherches cliniques et expérimentales.

127. Lionet. — Des variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie.

128. Defossez. — Essai sur les troubles des sens et de l'intelligence causés par l'épilepsie.

129. Lahaye. — Essai sur la forme cérébrale de l'insolation.

130. Labitte. — De la colonisation des aliénés.

131. Rouire. — De l'atrophie papillaire tabétique et de son traitement.

132. Belin. — Essai sur la lymphangite superficielle et principalement sur sa forme réticulaire.

133. Colnot. — Étude sur le délire hypocondriaque.

134. Limbo. — Contribution à l'étude des encéphalopathies d'origine cardiaque.

135. Segard. — De l'influence du moral sur le physique, considérée au point de vue de la médecine.

136. Larue. — Appréciation des principaux pansements au point de vue de la chirurgie d'armée.

137. Brémond. — Contribution à l'étude des fractures de la rotule, du col osseux.

138. Serrand. — Étude clinique sur les rapports entre la congestion pulmonaire et la pleurésie aiguë avec épanchement.

139. Cuffer. — Recherches cliniques et expérimentales sur les altérations du sang dans l'urémie et sur la pathogénie.

140. Guillemot. — Du refroidissement cadavérique.

141. Laboubée. — Contribution à l'étude des fractures du membre inférieur; statistique des fractures du membre inférieur observées à l'hôpital de Canton, de 1855 à 1877.

142. Mignon. — Du traitement des kystes de l'ovaire par la voie vaginale.

143. — Khourchid. — Contributions à la syphilis de l'œil ; de l'iritis.

144. Melchior Torres. — Des calculs du rein et de la néphrotomie.

145. Robineaud. — Étude sur la glycosurie alimentaire dans les cirrhoses du foie.

146. Chevallier. — Exposé comparatif des diverses doctrines émises sur les localisations cérébrales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de biologie. — Prix Ernest Godard. — Ce prix n'ayant pas été donné pour l'année 1876, et conformément au texte du testament, le prix pour l'année 1878 sera de mille francs.

Il sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

Les mémoires doivent être adressés au secrétaire général de la Société de biologie avant le 1er septembre 1878.

— Lundi prochain, 26 août, à deux heures, M. le docteur A. Desprès, médecin de l'hôpital Cochin, fera, au palais du Trocadéro, une conférence sur les causes de la dépopulation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'Action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine chez la femme en travail. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, section de chirurgie et d'accouchements, par le docteur A. Pinard, ancien chef de clinique de la Faculté. In 8° de 200 pages et tableaux. — Prix : 6 fr. — Paris, Octave Doin.

Des Maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement, thèse présentée au concours pour l'agrégation, section de chirurgie et d'accouchements, par le docteur Alph. Hergott (de Nancy). In-8° de 280 pages avec figures dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, Octave Doin.

Des Ruptures de l'urèthre, thèse présentée au concours d'agrégation, section de chirurgie et d'accouchements, par le docteur Terrillon, chirurgien des hôpitaux de Paris. In-8° de 228 pages avec une planche hors texte et tableaux. — Prix : 6 francs. — Paris, Octave Doin.

Leçons de clinique thérapeutique, professées à l'hôpital Saint-Antoine, par le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, recueillies par le docteur Eug. Carpentier-Méricourt, et revues par le professeur. — Premier fascicule : *Traitement des maladies du cœur et de l'aorte*, gr. in-8° de 260 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, Octave Doin.

Des Lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels, thèse présentée au concours pour l'agrégation, section de chirurgie et d'accouchements, par le docteur Budin, chef de clinique adjoint de la Faculté. In-8° de 170 pages et tableaux. — Prix : 5 francs. — Paris, Octave Doin.

Notices et portraits. Éloges lus à l'Académie de médecine, par J. Béclard, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, etc. In-8° de VIII-323 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Du Traitement des névralgies par l'électricité et l'hydrothérapie, ou Guide pratique d'électro-hydrothérapie, appliquée au traitement de ces maladies, par le docteur S. Dubois, externe des hôpitaux. In-8° de 80 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Octave Doin.

Terminaisons nerveuses dans les muscles de la langue et dans sa membrane muqueuse (anatomie et physiologie), par le docteur Paul Lannegrace, prosecteur à la faculté de Montpellier. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1878, J.-B. Baillière et fils.

Étude sur les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde et spécialement sur les plus rares d'entre elles, par le docteur Guillermet. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Rava et de ses propriétés blennostatiques, par le docteur Dupouy. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

De la Suture médio-frontale ou métopique, par le docteur Calmettes. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Mémoire sur les kystes du vagin, par le docteur Eustache. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 99. — MARDI 27 AOUT 1878. 51e ANNÉE. MARDI 27 AOUT 1878. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Hypertrophie de la rate et fièvre intermittente dans l'enfance.

(Leçon recueillie par M. J.-B. GAUCHÉ, interne du service.)

Je désire vous parler de certains accidents dus à l'intoxication palustre chez les jeunes enfants, et vous faire remarquer tout d'abord qu'il est des impressions dont on ne peut se défendre pour le diagnostic. Toutes les maladies ont, en effet, leur physionomie propre et leur faciès : il appartient à l'observateur exercé de ne pas négliger ces premières impressions, tant au lit du malade que dans le cabinet, sans leur accorder cependant une importance exclusive. Or, les notions résultant de la figure, de l'attitude, de la démarche, de la parole d'un malade, se peignent bien plutôt qu'elles ne se racontent ou s'écrivent. Aussi les descriptions par portrait, dans les livres, possibles pour quelques maladies, comme j'ai essayé de le faire, ne pourraient-elles pas se généraliser.

Voici une petite fille de quatre ans et demi (salle Sainte-Catherine, n° 35) qui se présente dans les conditions suivantes : 1° on lui voit une figure pâle, jaunâtre, terreuse, cachectique, ce qui signifie une mauvaise manière d'être. Nous connaissons beaucoup de cachexies : la cachexie anémique, leucocythémique, la cachexie cardiaque, qui possèdent leur faciès propre ; la cachexie scrofuleuse, qui offre une teinte pâle et blafarde. Entre elles, c'est la cachexie hépatique qui approche le plus de celle que nous avons sous les yeux. Nous avons affaire ici à la cachexie splénique, dont le faciès est caractéristique. Serait-ce le hâle des gens de la campagne? Non. C'est le teint des habitants des pays marécageux : Sologne, environs de la Rochelle, Algérie, etc., pour ne pas sortir de notre territoire. Aussi, en province, rencontre-t-on cette couleur de visage bien plus souvent qu'à Paris, où les manifestations paludéennes n'ont eu lieu que par hasard, coïncidant avec de grands terrassements ; 2° c'est encore en province qu'on appelle les enfants ainsi atteints de *petits rateleux* ou de *petites rateleuses*. Pourquoi donc ? Il est à peine nécessaire de le dire. C'est à cause du développement énorme de la rate. Chez ces enfants, un seul coup d'œil sur la figure révélait la maladie. Sans avoir examiné l'enfant, je vous ai dit : Le diagnostic se lit sur la figure de l'enfant : c'est *une rate hypertrophiée*, et le palper seul de l'hypochondre gauche, sans avoir recours à d'autres signes physiques, a confirmé ce pressentiment.

Si nous ne connaissons pas bien positivement les lieux de séjour de cette dernière malade, il n'en est pas de même d'une autre enfant de deux ans (n° 39). Celle-ci vient d'arriver, il y a trois semaines, directement de la Sologne, où elle était en nourrice. Ici encore, même faciès pâle, subictérique, terreux même, hypertrophie splénique, apparente à l'inspection. Outre l'amaigrissement, voyez ce teint anémique avec conjonctives perlées; il y a à la fois l'anémie et l'état cachectique. J'ai voulu, par ces exemples, mettre en relief sous vos yeux les deux termes : ictère de la face, hypertrophie de la rate, et cela, moins pour faire ressortir mes recherches personnelles que pour vous amener à constater vous-mêmes les faits à l'appui de ces remarques.

Les enfants sont, comme les adultes, sujets à la fièvre intermittente, mais plus facilement et plus dangereusement. Ainsi s'explique la dépopulation énorme des pays à marais, dès lors plus malheureux que les autres. Pas d'enfants, pas d'assainissement ; puis les paysans s'expatrient, dès qu'ils le peuvent.

Cette fièvre commence de très-bonne heure, et l'on a prétendu qu'une femme atteinte de fièvre intermittente engendre un enfant impaludé.

Le docteur Burdel, à Vierzon, après trente-cinq ans, n'a jamais vu de femme mettre au monde un enfant qui ait la fièvre intermittente. Mais, si les nouveau-nés en sont exempts, les nourrissons n'y échappent pas. Les petits commerçants sont obligés, en effet, de mettre leurs enfants en nourrice n'importe où. Or, dans le Loiret, par exemple, si la région nord paraît saine, la région sud ne l'est pas, et les enfants en reviennent souvent tels que ceux que vous venez de voir.

Quand les enfants tombent malades par l'influence palustre, le début est très-insidieux : pas de frisson violent, comme chez les adultes qui grelottent tous les deux ou trois jours à la même heure ; mais, à six mois, il n'y a pas le même aspect : ainsi le claquement des dents ne saurait exister. Au lieu de frissonner, les petits enfants bleuissent, ont un peu froid; mais ce phénomène ne va jamais jusqu'au tremblement ; du reste, il échappe à la nourrice, occupée au travail des champs, qui n'observerait pas le grand drame des convulsions : tout se borne donc tout au plus à une sensation de froid, observée par des parents attentifs.

La fièvre a commencé par du malaise et de la chaleur; il n'y aura même pas de sueur. L'âge imprime, en effet, une perversion considérable à l'accès; les stades en sont bouleversés et méconnaissables; pas de frisson, parfois chaleur, jamais de sueur. Or, fausse indigestion, éruption dentaire, rhume, diarrhée, etc., donnent lieu à de la fièvre qu'on ne saurait diagnostiquer, n'était le gonflement de la rate qu'amène l'accumulation des accès fébriles.

Mais, dans nos deux cas, s'il y a cachexie palustre, on ne peut affirmer la fièvre; depuis que nous les observons, il n'a jamais été trouvé d'accès, ni de température axillaire exagérée (la plus haute a été de 38); donc, provisoirement impaludisme, sans fièvre ni même troubles digestifs. L'observation ultérieure nous apprendra si les deux enfants ont des accès plus éloignés, la fièvre s'accusant dès l'âge de trois ans. Jusqu'à présent, c'est une lésion sans maladie ni désordres fonctionnels.

Le cœur ne présente qu'un léger bruit de souffle d'anémie. Quant à celle-ci, depuis qu'on peut compter les globules sanguins avec un peu plus de compétence, nous l'avons recherchée chez les rateleux. Avec Virchow, on a distingué trois modes de leucocythémie : splénique, ganglionnaire, hépatique; l'expérience n'a pas justifié ces distinctions. Or, l'année dernière, j'ai observé deux faits semblables, et le résultat de la mensuration globulaire du sang est consigné dans la septième édition de mon *Traité des maladies de l'enfance :* il est, par millimètre cube, de 3,000,000 globules rouges et 15,000 globules blancs, soit $\frac{1 \text{ blanc}}{\text{pour } 200 \text{ rouges}}$, au lieu de $\frac{1}{600}$, qui serait la proportion normale. Mais celle-ci est relative; en effet, sur l'un des enfants que je viens de vous montrer, nous avons trouvé, avec M. Dubrisay,

$\frac{1{,}200{,}000 \text{ rouges}}{4{,}030 \text{ blancs}} = \frac{320 \text{ rouges}}{1 \text{ blanc}}$ (au colorimètre, ce serait 1,359,000),

et sur l'autre enfant $\frac{2{,}232{,}000 \text{ rouges}}{930 \text{ blancs}} = \frac{240 \text{ rouges}}{1 \text{ blanc}}$ par millimètre cube, c'est-à-dire que, le chiffre absolu des globules diminuant, celui des globules blancs reste normal ou augmente.

En résumé, *hypertrophie de la rate, anémie globulaire, leucocythémie*, souvent des accès mal caractérisés, tel est le symptôme clinique de l'intoxication paludéenne chez les enfants du premier âge.

Les accès, déjà si éloignés des modes typiques, sont encore modifiés dans leur retour. Donc irrégularités dans la forme, dans le type, dans la reproduction, voilà le trait de la fièvre intermittente infantile.

Graves enfin sont surtout les complications résultant de la fièvre prolongée : l'anémie chez les enfants à la mamelle va jusqu'à la suffusion séreuse des membres et l'hydropisie. Citons encore le purpura. Durant mon internat, on apporta à l'hôpital une enfant qui en était atteinte; dans mon service, je lui trouvai une rate hypertrophiée, confirmant le diagnostic d'impaludisme.

Traitement. — La guérison de l'hypertrophie de la rate est-elle possible? Oui. Comme exemple, je vous citerai le cas de la petite fille d'un ancien chef d'orchestre à l'Opéra, dont la fille était mariée en Algérie. Je fus mandé auprès de cette enfant ramenée à Paris : la rate mesurait 15 centimètres de long sur 20 de large; elle revint bientôt à ses dimensions normales. L'enfant a guéri sous l'influence du sulfate de quinine et par le changement de climat. Parfois, la guérison de la fièvre a lieu, mais le gonflement de la rate persiste : c'est lorsque l'hypertrophie a atteint la charpente fibreuse, qui peut même devenir cartilagineuse.

Un moment l'on a dit, et j'étais de ce nombre, que les enfants ne pouvaient prendre le sulfate de quinine à cause des vomissements et de l'amertume du médicament. Alors on a beaucoup vanté la *quinine brute*, amas résineux renfermant tous les principes des quinquinas. Cette résine n'est pas très-soluble, ni par suite amère dans la bouche. On a pensé à en fabriquer des granules qu'on ferait prendre aux enfants en guise de semoule. La quinine brute est facile à administrer dans le potage, mais la dose de 15 à 20 centigrammes est peut-être trop volumineuse. De plus, il n'est pas facile de se procurer le médicament dans toutes les pharmacies, à moins que la préparation ne soit faite d'avance, comme dans les bonnes maisons de Paris.

Le *sulfate de quinine* l'a donc emporté sur la quinine brute à cause des difficultés de la pratique : il offre cet avantage qu'il y a moins de substance matérielle à ingérer. On ne peut le donner ni en pilules, ni en granules, mais seulement en poudre, et alors son administration dans l'eau sucrée, comme véhicule, n'est pas des plus faciles. Un bon moyen, c'est de le donner dans un peu de café noir, dont l'amertume atténue celle du médicament, sans lui enlever ses propriétés actives. Les doses respectives seront :

Café noir. . . . . 10 à 15 grammes.
Sulfate de quinine. . . 5 à 15 centigrammes,

selon l'âge de l'enfant et l'intensité de la maladie. Comme il faut toujours ruser avec les enfants, on devra leur administrer le médicament sans qu'ils s'en aperçoivent.

Mais, si ce mode est impossible, on a recours à la voie rectale, et le sel est mis dans 100 grammes d'eau légèrement acidulée.

Reste enfin la voie endermique ou cutanée. J'ai cru longtemps que la quinine n'était pas absorbée par la peau; mais, frictionne-t-on les aines ou les aisselles avec ce sel incorporé à dix fois son poids d'axonge, on le retrouve dans l'urine. Les médecins grecs (docteur Alexandre, de Sparte) n'ont recours qu'aux frictions pour combattre les fièvres pernicieuses, endémiques chez eux.

Quant aux doses, selon l'âge du sujet ou l'affection, on peut donner, à un an, 5 à 10 centigrammes; à deux ans, 15 centigrammes de sel par les voies naturelles, tous les jours, jusqu'à décroissance des phénomènes; le temps varie de dix à douze jours. Puis on ne donne que cinq centigrammes jusqu'à la fin du premier mois, et c'est ainsi qu'on guérit à la fois fièvre, hypertrophie de la rate et cachexie palustre.

Les succédanés à employer, surtout en cas de récidives, sont des combinaisons d'arsenic, si efficace contre la cachexie. Je vous en indiquerai les trois formes les plus usitées :

Arséniate de soude, 5 grammes;

Sirop simple, sirop de quinquina ou eau sucrée, 300 grammes.

Une demi-cuillerée à une cuillerée à soupe, selon l'âge de l'enfant, ce qui équivaut à 2, 3, 4 milligrammes de principe actif.

L'arséniate de fer étant insoluble, je ne vous le conseillerai pas.

L'arséniate de quinine, qui se donne aux mêmes doses que l'arséniate de soude, est préférable, si les enfants sont un peu plus grands. Du reste, il agira bien moins par la quinine que par l'arsenic.

Quant aux adjuvants, tels que douches, bains de sel marin, etc., n'oubliez pas que chez les enfants il faut aller droit au but. Ici l'impaludisme, sous plusieurs manifestations différentes, est particulièrement justiciable du sulfate de quinine. C'est lui qu'il faut employer. Quant aux auxiliaires, c'est au déplacement et, au besoin, à l'expatriation qu'il convient de recourir.

HOPITAL COCHIN. — M. DESPRÈS.

Plaie pénétrante de l'abdomen par instrument contondant. Hernie de l'intestin grêle (1 mètre). Guérison.

(Observation recueillie par M. Ozenne, interne du service.)

Le 21 mai 1878, la jeune B... (Élise) s'amusait avec plusieurs de ses camarades à se laisser glisser à califourchon sur la rampe d'un escalier. Dans une de ces périlleuses descentes, la tige de fer qui supporte la pomme cuivrée, ornement fréquent du premier barreau de beaucoup de rampes, ne put être évitée; elle s'enfonça violemment et obliquement dans l'abdomen de notre jeune malade, qui resta enclouée et suspendue jusqu'à l'arrivée de ses parents, attirés par ses cris.

Cet accident avait lieu vers midi et demi, le 21 mai. La malade était aussitôt dirigée sur l'hôpital Cochin, et y arrivait à une heure et demie, salle Cochin n° 21.

L'interne de garde, après avoir constaté une plaie pénétrante de l'abdomen avec issue des intestins, et apparition d'un premier vomissement, faisait immédiatement prévenir le chirurgien de Cochin : à deux heures et demie, M. Després voyait la malade dans l'état suivant :

A 1 centimètre au-dessus de la moitié externe du ligament de Fallope, du côté gauche, plaie pénétrante de l'abdomen, offrant une longueur de 4 centimètres et une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Issue entre les lèvres, légèrement contuses, d'une anse de *un mètre environ* d'intestin grêle avec le mésentère. Pas de perforation de cet intestin, qui ne présente d'autre lésion apparente qu'un peu de congestion au niveau de l'anse étranglée, et çà et là quelques fausses membranes blanchâtres peu épaisses et peu adhérentes. L'état violacé de l'intestin indiquait nettement qu'il y avait un étranglement relatif de ce viscère.

Traitement. — M. Després procède immédiatement à la réduction, dont le début est marqué par un deuxième vomissement de matières jaunes verdâtres, sans odeur spéciale. Les anses intestinales soigneusement lavées avec de l'eau tiède, leur réduction se fait assez facilement en faisant rentrer peu à peu les premières les parties sorties les dernières.

La dernière portion sortie (celle sur laquelle portent d'abord les pressions réductives) offre quelques résistances ; mais, après cinq minutes de douces manipulations, elle rentre dans l'abdomen. Puis, après un deuxième lavage, fait sur la portion d'intestin étranglée, la réduction totale a lieu, sauf une petite masse d'épiploon, de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui est laissée au dehors entre les lèvres de la plaie.

Bien que légèrement contuses, les lèvres de la plaie sont rapprochées par cinq points de suture entortillée : un linge fenêtré, enduit de cérat, de la charpie alcoolisée, et de l'eau glacée constituent le pansement.

21 *mai soir.* — T = 37 2/10. P = 115. Pas de vomissements.

22 *mai.* — Nuit relativement bonne. Pas d'agitation. Pas de douleurs. Pas de chaleur cutanée. Pas de vomissements.

Même traitement.

24 *mai.* — Pendant deux jours, aucun accident qu'un nouveau vomissement de même nature réflexe que les premiers. Ventre légèrement ballonné. Pas de selles. Pas de gaz. État général bon. Pas de fièvre. Rétention d'urine.

25 *mai.* — Dans la journée d'hier la malade rend quelques gaz par le rectum. Nouveau cathétérisme. Aujourd'hui première garde-robe. Le pouls oscille entre 100 et 115 ; la température entre 36 et 37; chiffres que l'un et l'autre conservent durant les huit premiers jours. La plaie, qui présente un bon aspect, ne s'est réunie par première intention que dans un tiers de son étendue ; dans un second tiers (celui qui confine à l'épiploon) elle suppure ; dans le troisième tiers, il y a une portion de peau sphacélée, mais il y a réunion profonde.

26 *mai.* — Nuit moins bonne que les précédentes. Un peu d'agitation. Ballonnement du ventre. Élévation de la température. Accélération du pouls (125), accidents rapportés à l'ingestion de quelques fruits. Miction.

27 *mai.* — Mieux notable. Cependant pas de nouvelles garde-robes. Seuls des gaz sont rendus. Le ventre est encore gonflé, mais nullement douloureux. État général bon. Plaie belle, un peu douloureuse, ce qu'il faut attribuer à une légère aréole érythémateuse. Miction.

Même traitement de la plaie. Continuation des lavements. Bouillons.

5 *juin.* — Pendant une huitaine de jours, le mieux s'accentue. Les selles sont redevenues régulières ; la malade est sans aucune souffrance. La plaie se couvre de bourgeons charnus, et l'épiploon disparaît peu à peu.

10 *juin.* — Cautérisation des bourgeons charnus. Diminution d'étendue de la plaie. Rien de nouveau.

15 *juin.* — Cicatrisation marche régulièrement,

28 *juin.* — Malade est portée au jardin. Bain quotidien.

5 *juillet.* — Permission de marcher est accordée. Plaie complètement cicatrisée. Exeat. La malade ne présente pas de points de hernie, quoique cet accident la menace.

Cette observation démontre que la réunion immédiate des plaies contuses de l'abdomen peut être obtenue. La peau peut ne pas se réunir tout d'abord, mais les parties profondes, toujours moins contuses, reprennent; le péritoine se cicatrise rapidement. Le lecteur a vu que l'épiploon a été laissé dans la plaie, suivant ce que l'expérience a démontré devoir être le meilleur.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur LŒWENBERG.

De la thérapeutique des tumeurs adénoïdes pharyngiennes. — La thérapeutique de l'affection adénoïde pharyngienne se divise en trois parties :

A) Les soins que peut réclamer l'état général;

B) Le traitement chirurgical des tumeurs adénoïdes, et finalement

C) Les mesures à prendre contre les affections concomitantes ou consécutives.

A. *Le traitement général.* — Bien que le traitement local joue ici un rôle tout à fait prépondérant, il est bien rare qu'il ne soit pas nécessaire de donner, en même temps, des soins à la santé générale des malades. Ainsi, pour notre part, nous n'avons vu qu'un nombre très-restreint de personnes exemptes de tout *lymphatisme* parmi les très-nombreux malades atteints de végétations adénoïdes pharyngiennes qui ont passé sous nos yeux. Nous combattons cette diathèse par la médication usuelle : bonne hygiène, beaucoup d'exercice en plein air et gymnastique rationnelle destinée à activer la respiration et la circulation, et en dernier lieu la nutrition générale. De plus, nous ordonnons un régime tonifiant, des ablutions froides (*sponging-bath* ou *tub* des Anglais), l'huile de foie de morue, les amers, les préparations iodées, le fer, les bains de mer et les eaux minérales salines et sulfureuses. Un régime doux est nécessaire

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 août.

pour éviter toute irritation du pharynx; il faut prohiber les boissons ou les mets trop chauds ou trop irritants, les alcooliques, le tabac, les excès de la voix, la respiration d'un air vicié, etc.

Même dans les cas où les individus ne présentaient aucun signe d'une diathèse quelconque, nous avons souvent eu recours à ces mesures générales pour relever la santé affaiblie par la respiration vicieuse et ses conséquences pour l'hématose et la nutrition.

B. *Le traitement local.* — Point de guérison sans la destruction radicale des tumeurs adénoïdes; c'est dire que le traitement local occupe la place d'honneur dans l'ensemble des moyens par lesquels nous devons combattre la maladie. Il peut se faire de deux façons :

1) Par la cautérisation,

2) Par l'ablation.

1) *La cautérisation.* — Des cautérisations répétées suffisent dans certains cas pour faire disparaître les tumeurs adénoïdes. Il est vrai qu'il faut infiniment plus de temps pour obtenir la guérison de cette manière que par l'ablation instrumentale, mais il est des circonstances où réellement la cautérisation est le meilleur mode de guérir; c'est le cas pour les végétations plates ou sessiles, tumeurs implantées à base large qui n'offrent que peu de prise à un instrument tranchant ou étranglant.

Elle nous est encore indispensable là où le malade ou ses parents, — car ceci arrive surtout pour les enfants, — refusent absolument toute « opération » et ne permettent que des cautérisations.

Nous allons exposer quels sont les instruments et les substances nécessaires à la cautérisation, et décrire en détail les procédés qui nous ont souvent été de la plus grande utilité.

L'instrument qui nous sert de porte-caustique consiste en un bâtonnet en argent de forme cylindrique, long de 0,23 centimètres et d'un diamètre de 0,004 millimètres.

La partie qui doit être introduite par la bouche jusque dans le pharynx nasal, de façon à pouvoir en toucher tout l'intérieur, possède une courbure correspondant à l'axe longitudinal de cette cavité et lui permettant, lorsqu'il s'agit d'atteindre le sommet du pharynx, de le faire sans entrer en contact avec les autres parois. Cette partie forme avec la tige de l'instrument un angle analogue à celui que font ensemble l'axe de la bouche et celui du pharynx; à son extrémité, ce bout porte un renflement affectant la forme d'un prisme quadrangulaire, long de 0,017 millimètres, large de 0,004 millimètres, et muni sur toutes ses faces de petites aspérités qui sont destinées à faciliter l'adhérence du caustique.

M. Meyer fait faire ce porte-caustique en maillechort et se sert d'instruments de différentes formes et rugueux sur différentes faces, selon que les végétations se trouvent à des endroits différents du pharynx ; mais on a proposé avec raison de se contenter d'un seul instrument construit comme nous l'avons exposé ci-dessus, et rayé sur tous les côtés. On se borne alors à munir du caustique la seule face qui correspond à la position des tumeurs dans chaque cas.

Le porte-caustique possède une seconde courbure au bout opposé à celui qui porte le prisme. Comme le premier bout doit être tenu par la main qui se trouve devant la bouche du malade, on lui donne une courbure regardant en bas de façon à débarrasser le champ d'opération.

Le *nitrate d'argent* fondu est la seule substance employée jusqu'ici; lorsqu'il s'agit de tout petits enfants, ou de malades très-turbulents, où il serait difficile de limiter exactement l'action du caustique, nous nous servons d'un *nitrate mitigé* (d'après l'exemple des oculistes) par l'addition d'une certaine quantité de nitrate de potasse, substance absolument inoffensive : nous faisons fondre ensemble par exemple une partie du sel d'argent avec deux parties d'azotate de potasse (selon M. Desmarres). Comme le nitrate pur, ce mélange fond très bien dans une capsule en porcelaine chauffée sur la flamme d'une lampe à esprit de vin.

Une fois la position des tumeurs exactement reconnue, nous faisons fondre le caustique, et nous y plongeons tout ou partie de l'instrument, selon que l'un ou l'autre est nécessaire pour que l'enduit nitraté corresponde aux végétations, une fois l'instrument porté à destination. Gardons-nous surtout de plonger le prisme entier dans le sel en fusion, excepté dans les cas où tout l'intérieur du pharynx nasal est occupé par les végétations ; autrement on risquerait de cautériser, malgré soi, des endroits qui n'en auraient nul besoin.

On *pratique la cautérisation* en s'aidant par la vue au moyen de la rhinoscopie. Chez des malades où cela est impossible parce qu'ils ne tolèrent pas, ou pas assez longtemps, le miroir pharyngoscopique, il faut avoir recours à la palpation. L'index gauche porté dans le pharynx nasal dirige et limite localement l'action de l'instrument; il presse la partie nitratée de l'instrument contre la végétation que l'on cautérise en appuyant le prisme, ou bien en frottant légèrement par un mouvement de va-et-vient.

Aussitôt qu'on juge l'action du caustique suffisante, ou que le malade devance impatiemment cette appréciation du chirurgien, on retire rapidement l'instrument, en ayant soin de faire passer son bout dans le milieu et selon l'axe du pharynx pour éviter tout contact inutile.

Souvent le malade lève le voile du palais, et rend de cette façon l'opération impossible; nous procédons alors comme nous l'avons exposé à la page 652, et cette manœuvre écarte généralement l'entrave restée insurmontable jusqu'alors. Ceci s'applique aussi bien à la cautérisation qu'aux autres procédés opératoires que nous allons décrire.

Voilà la manière ordinaire de procéder, mais elle n'est pas toujours facile à suivre : beaucoup de malades, des enfants surtout, soit par pusillanimité, soit par irritabilité du pharynx, ne tolèrent que tout juste une très-rapide application du porte-caustique, sans qu'on ait le temps d'introduire le doigt préalablement.

Si l'on insistait quand même, on risquerait de voir le pharynx entrer en contraction et on s'exposerait à cautériser indifféremment le tout, parties malades et parties saines. Cette difficulté, que nous avons rencontrée assez fréquemment, ne paraît pas avoir frappé les auteurs, car ils n'en font mention nulle part, que nous sachions.

Nous nous y arrêtons néanmoins, parce que ce travail a pour but de prémunir nos lecteurs contre tout accident, qui pourrait devenir très-fâcheux, vu l'importance de la région qui nous occupe. Nous nous sommes donc ingénié à tourner la difficulté de la manière suivante :

Nous coiffons le prisme nitraté d'un bout de tube en caoutchouc, de 0,02 centimètres de longueur et de 0,006 à 0,007 millimètres de diamètre; arrivé au contact de la partie malade, nous y appuyons le bout de l'instrument : alors le tube recule et découvre le caustique.

C'est exactement le même procédé que nous avons proposé pour la *méthode de Politzer;* au lieu de l'embout allongé proposé par notre savant ami, nous nous servons d'un petit bout de tube en caoutchouc. On change ce tube pour chaque personne, et on combine ainsi la douceur de l'application avec l'absence de tout danger (1).

La cautérisation terminée, nous retirons l'instrument, et ce mouvement fait généralement que le caoutchouc, se heurtant à une saillie quelconque du pharynx, recouvre de nouveau, en glissant, la face cautérisante du prisme, ou bien qu'au moins les bords saillants du tube protègent le pharynx de tout contact nuisible.

Notre procédé est facile à appliquer, surtout dans les cas où les tumeurs occupent la voûte du pharynx (tonsille pharyngienne hypertrophiée) ou des parties voisines, cas qui constituent la grande majorité, d'après ce que nous avons observé.

Un autre point nous semble important à signaler à cause des inconvénients, des dangers même qu'il y aurait à le négliger. Tant que la couche de nitrate d'argent (pur ou mitigé) reste en contact avec les végétations dont la surface donne lieu à une sécrétion très-abondante, celle-ci en dissout toujours une portion plus ou moins grande. Cette solution finit par descendre selon les lois de la pesanteur, et il peut parfaitement se faire qu'on cautérise ainsi, après coup, et très-involontairement, le tractus digestif à des profondeurs sur-

(1) On trouve la relation de notre petite modification dans un article de feu M. Cousin : *Mémoire sur un nouveau procédé pour injecter de l'air, etc., dans les trompes d'Eustache, etc.* (*Bulletin général de thérapeutique,* 29 février 1868.)

prenantes. Il arrive même, ce qui est bien plus inquiétant, que cette action s'exerce sur l'entrée, quelquefois jusque sur l'intérieur du larynx. Ces accidents, pour être rares, n'en sont pas moins fâcheux, d'autant plus qu'ils se manifestent quelquefois seulement après que le malade a déjà quitté le domicile du médecin ou *vice versâ*, et que, par conséquent, tout secours immédiat est impossible.

Nous avons pris l'habitude de prévenir tout accident de cette nature, en nous servant, après chaque cautérisation un peu prolongée, de deux manipulations destinées à enlever tout excès de nitrate d'argent, l'une agissant par la voie du nez, l'autre par la bouche : ce sont *a*) la douche naso-pharyngienne et *b*) le gargarisme, d'après une méthode particulière ; ces deux procédés se pratiquent avec de l'eau salée qui précipite immédiatement l'argent sous forme de chlorure insoluble, rejeté par le malade en flocons d'un blanc caséux.

Vu l'importance de ce point, nous allons nous arrêter un instant à la description de ces deux méthodes :

A) *La douche naso-pharyngienne* est un procédé d'une utilité très-grande et très-générale, et dont il serait à désirer de voir se répandre l'usage de plus en plus. Cette méthode a été décrite si bien et avec tant de concision par l'auteur d'un résumé critique de notre mémoire de 1865, résumé paru dans l'*Union médicale*, que nous ne saurions mieux faire que de citer textuellement ses paroles :

« Cette douche sert à nettoyer les fosses nasales, les arrière-narines, les pavillons des trompes, et permet de faire arriver sur toutes ces parties certaines substances médicamenteuses. De là, grande utilité de cet appareil dans les affections du nez et du pharynx. Cette douche diffère des moyens employés jusqu'à ce jour, parce qu'elle fait passer un courant doux et continu à travers la cavité nasale et pharyngienne. L'instrument est muni d'une extrémité qui a exactement le calibre de la narine ; le liquide ne peut donc s'écouler au dehors. En injectant doucement le liquide, celui-ci remplit la cavité nasale, passe ensuite dans la partie supérieure du pharynx, où il baigne les pavillons des trompes, remplit la cavité nasale opposée, et ressort par la narine restée ouverte de ce côté. L'injection peut se faire à l'aide d'une seringue.

« Cette méthode est basée sur une expérience du grand physiologiste E.-H. Weber, qui a prouvé que, lorsqu'on remplit la cavité nasale de liquide, le voile du palais se relève et transforme ainsi la partie supérieure du pharynx en une cavité close par en bas. Le liquide circule donc d'une narine à l'autre sans tomber dans la partie inférieure du pharynx, à moins que le malade n'exécute un mouvement de déglutition; pendant l'injection, il respire par la bouche.

« Quand on veut simplement laver les parties, on se sert d'eau tiède salée, mélange qui est mieux supporté que l'eau pure. On se sert de solutions de sulfate de zinc et d'alun dans les catarrhes chroniques; dans l'ozène, on fait des injections avec des solutions de chlorure de chaux ou de permanganate de potasse pour enlever la mauvaise odeur ». Voyez aussi Cousin, loc. cit.

Cette douche nous est également d'un secours précieux dans la thérapeutique des tumeurs adénoïdes, et, de plus, pendant le traitement chirurgical, que ce soit pour préparer le champ d'opération, en enlevant les sécrétions du nez et du pharynx, généralement très-abondantes, ou bien pour y employer des hémostatiques ou des substances destinées à limiter l'action du caustique, en neutralisant ce qui pourrait en rester en excès après l'application.

Comme l'emploi de cette méthode ne réussit pas toujours du premier coup, il faut commencer par habituer le malade à son usage, ce qui demande quelquefois une certaine dose de « patience et de longueur de temps » ; on ne saurait toutefois passer outre, *et nous considérons comme très-imprudent* de procéder à l'intervention chirurgicale, sans avoir préalablement familiarisé le malade avec la pratique de cette douche : nous n'avons pas trouvé cette précaution mentionnée par d'autres auteurs.

Malheureusement, l'emploi de cette douche est souvent extrêmement difficile, sinon impossible, justement là où il existe de très-grosses végétations, attendu que ces obstacles s'opposent absolument au passage du liquide d'une fosse nasale à l'autre; nous nous contentons, dans ces cas, d'habituer le sujet à supporter tout au moins que l'injection puisse pénétrer jusque dans le pharynx nasal et y séjourner, ne fût-ce que peu de temps.

Mais, nous le répétons, nous regardons comme *conditio sine quâ non* d'avoir obtenu au moins ce minimum avant de pratiquer une opération quelconque dans cette région, et cela en vue des cas où il surgirait une hémorrhagie un peu abondante, ou bien où il y aurait simplement excès de caustique; sans la douche naso-pharyngienne, il pourrait devenir très-difficile de parer à ces deux accidents.

Il est utile de la combiner avec l'action du gargarisme :

B) *Le gargarisme d'après une méthode particulière.* — Nous faisons employer le gargarisme de la manière suivante. Le malade penche la tête horizontalement en arrière et fait des mouvements que nous appellerions de quasi-déglutition, ne comprenant pas le dernier temps de cet acte physiologique : l'avalement définitif.

On réussit ainsi à pousser le liquide beaucoup plus haut derrière le voile du palais que ne le permet la manière ordinaire de se gargariser; quelques personnes se servent même si bien de cette manœuvre qu'elles parviennent à rejeter par le nez le liquide ingurgité par la bouche. De plus, les contractions musculaires violentes, qu'on exécute ainsi, font que les produits sécrétés se détachent complètement et puissent facilement être expulsés, ce qui soulage les malades d'une façon remarquable. (Voyez aussi Wendt, loc. cit., page 254.)

Avant de procéder à la cautérisation, nous faisons préparer de l'eau salée tiède pour avoir sous la main de quoi neutraliser immédiatement un excès de nitrate d'argent en cas de besoin.

Si la douleur est trop intense ou trop prolongée, il y a lieu d'admettre que l'action du sel caustique menace de devenir trop profonde ou trop étendue; c'est alors que nous supprimons toute action ultérieure du nitrate d'argent par l'emploi successif de la douche nasale et du gargarisme. La première, pratiquée avec de l'eau salée tiède, neutralise tout caustique qui existerait encore dans le pharynx nasal; la même solution, prise à la température ambiante, sert pour le gargarisme qui évitera que l'action ne se propage plus bas qu'il ne faut.

Il peut arriver qu'un fragment de nitrate d'argent se détache de l'instrument et demeure enclavé entre les aspérités multiples de certaines formes d'excroissances adénoïdes; nous sommes obligé d'avouer que pareil accident est arrivé jusqu'ici trois fois chez nos malades, malgré toutes nos précautions. On s'en aperçoit d'abord à l'inspection du porte-caustique où il manque une partie ou le tout du sel azotique qu'il portait, puis à une douleur persistante et croissante que le malade accuse et qu'on distingue aisément de celle qui est le fait de la cautérisation voulue par le chirurgien. Outre un effet trop violent, il pourrait alors arriver que le nitrate, en substance ou dissous, descende et provoque des désordres jusque dans l'estomac ou dans les voies respiratoires.

Nous avons évité tout cela, dans nos trois cas, par le procédé suivant que nous regardons comme aussi indispensable qu'efficace en pareille occurrence: Nous faisons pratiquer la douche naso-pharyngienne et le gargarisme salés, et même avaler quelques gorgées d'eau contenant du sel marin en dissolution; ensuite, nous ne quittons le malade qu'après être absolument sûr que la substance toxique soit entièrement neutralisée, ou qu'elle ait été expulsée sous nos yeux.

On répète la cautérisation, après que l'eschare qu'elle crée et l'inflammation qu'elle provoque sont tombées. Chez quelques malades cela a déjà lieu dans l'espace de vingt-quatre heures, chez d'autres bien plus lentement. On constate la disparition de l'eschare au moyen du rhinoscope où cela se peut, et la cessation de l'irritation consécutive par le même moyen ou bien par la sensation que le malade accuse.

Le nombre de séances nécessaire pour une cure complète varie naturellement d'après la grosseur et la consistance des végétations, comme également selon la tolérance des individus; il faut quelquefois un laps de temps assez long pour triompher définitivement.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. **Traité élémentaire de chirurgie gynécologique**, par le docteur A. LEBLOND. Paris, Lauwereyns, 1878. — II. **Essai sur le diagnostic des phlegmasies péri-utérines et leur pronostic**, par le docteur D'ORTICOS. Paris, 1878. — III. **Contribution à l'étude des kystes de la glande vulvo-vaginale**, par le docteur LEROUX. Paris, 1878.

I. Depuis quelque temps déjà, les traités ou les mémoires de gynécologie se succèdent en France avec une rapidité relative.

Encouragés, sans doute, par l'exemple des pays étrangers, où de magnifiques recueils sont rédigés et publiés avec le plus grand soin, les médecins français se sont mis à l'œuvre.

D'importants travaux sont en préparation ou sous presse. On nous promet la traduction prochaine d'ouvrages anglais. Enfin, M. Leblond vient de publier son traité élémentaire de chirurgie gynécologique, annoncé depuis quelque temps.

Il est peu de médecins qui ne soignent les affections de l'utérus ou de ses annexes. Il était donc utile de rappeler, tout au moins, les règles et les soins que nécessite la pratique de cette délicate partie de la chirurgie qu'on appelle gynécologie, car ici les opérations les plus simples, faites par des mains inhabiles ou inexpérimentées, peuvent donner lieu à des résultats de la plus haute gravité.

Les études et la situation particulière de M. Leblond lui ont permis, mieux qu'à tout autre, de remplir cette tâche avec succès.

Non-seulement il a écrit un bon livre, mais encore un livre utile, presque indispensable. Nous ne pouvons en faire une analyse complète, nous nous bornerons à donner de courtes indications.

L'ouvrage est divisé en trois parties: la première est consacrée à l'exploration des organes génitaux. On y trouve deux chapitres très-complets sur la dilatation du col et le cathétérisme de l'utérus. Dans la deuxième partie, l'auteur étudie les procédés thérapeutiques qui relèvent de la petite chirurgie. Non-seulement les opérations les plus simples y sont décrites avec soin, mais encore les indications et les contre-indications y sont nettement formulées. Cette partie du livre de M. Leblond est sans contredit celle qui rendra le plus de services aux praticiens; car, s'il est vrai, comme nous le faisons remarquer plus haut, que la plupart des médecins traitent les affections de l'utérus, il est également certain que la majeure partie d'entre eux n'abordent pas les grandes opérations. Ces grandes opérations sont assez longuement étudiées dans la troisième et dernière division de l'ouvrage. Quelques opérations, celles par exemple qui se pratiquent sur la vulve, comme l'ouverture des abcès de la glande vulvo-vaginale, l'excision des végétations vulvaires, etc., sont rangées par l'auteur parmi les grandes opérations. A notre avis, elles relèvent bien plus de la petite chirurgie que des opérations proprement dites. Toutefois il est juste de dire que le classement adopté par M. Leblond facilite singulièrement une étude d'ensemble.

Ajoutons, en terminant, que 281 figures fort claires et fort bien faites sont intercalées dans le texte.

II. — Une inflammation péri-utérine étant donnée, quel diagnostic anatomique doit-on porter? Faut-il admettre avec M. Nonat que c'est le tissu cellulaire péri-utérin qui est le siège de l'inflammation et que la phlegmasie péritonéale n'est que secondaire; ou bien doit-on croire avec M. Bernutz qu'il n'y a pas de phlegmon péri-utérin, mais inflammation partielle du péritoine? Une troisième opinion mixte, basée sur l'anatomie pathologique, admettant et la fréquence de la pelvi-péritonite et l'existence des phlegmons, nous paraît être l'expression de la vérité. S'il est vrai que les phlegmons péri-utérins sont rares, leur existence est indéniable. M. d'Orticos le prouve en publiant dans sa thèse des observations dues, l'une à M. E. Simon, l'autre à M. Guérin. (Obs. XV et XVI.) Admettant l'opinion mixte qui précède, l'auteur s'est proposé surtout de chercher dans les phlegmasies péri-utérines des caractères distinctifs qui puissent permettre d'établir un diagnostic anatomique certain. Après avoir étudié dans un premier chapitre la genèse et l'étiologie de ces phlegmasies, M. d'Orticos aborde ce point intéressant. Trois questions doivent être résolues, étant donnée une affection présentant les symptômes d'une inflammation péri-utérine. La maladie dont il s'agit est-elle bien une phlegmasie péri-utérine? La métrite aiguë parenchymateuse, l'hématocèle péri-utérine, les kystes de l'ovaire spontanément enflammés, le phlegmon des fosses iliaques, enfin la péritonite généralisée, parmi les maladies aiguës; la métrite à marche chronique, certaines déviations utérines, les tumeurs fibreuses, parmi les maladies chroniques, pourraient en imposer. On devra donc procéder par exclusion, et généralement cela sera facile, la plupart des affections précitées ayant une ou plusieurs caractéristiques symptomatiques qui leur sont propres.

Cette première question affirmativement résolue, il s'agit de rechercher quel est l'annexe malade. Dans l'ovarite, la douleur est limitée; il faut déprimer la peau de la région pour la réveiller. Dans le phlegmon, elle est plus étendue, pulsatile et profonde. Dans la pelvi-péritonite, au contraire, elle est très-vive, généralisée le plus souvent et superficielle. Les symptômes généraux ont une intensité directement croissante suivant qu'il s'agit d'une ovarite, d'un phlegmon ou d'une pelvi-péritonite. Joignez les signes objectifs, et le diagnostic deviendra facile.

Quant à la salpingite, les bases sur lesquelles s'appuie son diagnostic sont sa fréquence, son début généralement insidieux, ses causes qu'on doit rattacher soit à un accouchement laborieux, soit à des grossesses successives, soit à la blennorrhagie, et ses signes physiques qu'il est inutile de rappeler ici.

Il restera enfin un troisième point à élucider: quelle est la cause de l'inflammation? L'importance de cette dernière question est moindre, quoiqu'elle ne doive pas cependant être négligée.

L'auteur ajoute quelques mots sur le pronostic et le traitement. Nous rentrons ici sur un terrain plus facile et plus connu. Aussi nous arrêterons-nous en regrettant que l'auteur n'ait pas résumé dans un tableau bien distribué les signes distinctifs des maladies qu'il a si bien présentés dans le cours de son mémoire.

III. Les travaux les plus remarquables qui ont été écrits sur les tumeurs kystiques de la vulve sont les mémoires de Boys de Loury, d'Aimé Martin et Léger, et surtout le travail si complet d'Huguier.

Depuis l'apparition de ce dernier mémoire, il reste peu de choses à dire sur les kystes de la glande vulvo-vaginale. Néanmoins M. Leroux a su faire une excellente thèse sur ce sujet. Le chapitre qui traite de l'anatomie pathologique est surtout très-bien développé, mais la partie la plus intéressante du travail de notre confrère est celle qui est consacrée au traitement de l'affection qu'il étudie. Elle est d'autant plus intéressante qu'elle tend à préconiser une méthode curative due à M. T. Anger. Nous ignorons quelle est la pensée exacte de M. Leroux sur la valeur de cette méthode. Il appuie sur elle, mais il néglige de formuler des conclusions. Indépendamment des antiphlogistiques et des émollients qui, le plus souvent, ne donnent aucun résultat, les moyens curatifs proposés sont au nombre de six.

En première ligne nous trouvons la ponction simple, soit avec l'appareil Potain, soit avec la lancette ou le bistouri. Cette opération réussit rarement, et presque toujours il y a récidive.

L'incision nous paraît de beaucoup préférable. Elle a été recommandée par Velpeau, Boys de Loury et Huguier. Le procédé employé par M. Boureau a, dans la majorité des cas, donné d'excellents résultats. Il consiste à faire une incision sur le côté interne de la lèvre, à ponctionner profondément le kyste à sa partie supérieure, en terminant par une incision de 5 à 6 centimètres qui va en diminuant de profondeur de façon à éviter la stagnation du pus dans le cul-de-sac inévitablement formé par la partie inférieure de l'incision. On promène ensuite le crayon de nitrate d'argent dans la plaie, puis on place de la charpie sèche de façon à écarter ses bords et à en faire cicatriser le fond. On a encore proposé l'énucléation, la ponction suivie d'injection avec de la teinture d'iode iodurée ou avec l'alcool (Monod), le drainage et enfin l'injection de chlorure de zinc dont M. T. Anger a eu l'idée le premier. Voici la formule: chlorure de zinc, 10 centigrammes; eau distillée, 5 gram-

mes. On injecte de quatre à cinq gouttes. Malgré le rapport favorable de M. Ledentu, à la Société de chirurgie, il est impossible de déterminer exactement la valeur de ce traitement. M. Leroux ne nous donne pas un assez grand nombre d'observations. Il n'y en a que trois, dont une exige quelques réflexions. C'est l'observation III, communiquée par M. le docteur Legroux. Il s'agit de deux kystes de la glande vulvo-vaginale, l'un à droite, l'autre à gauche. Celui de droite est incisé par M. Legroux. En peu de jours, dit-il, la *petite plaie* est cicatrisée et le kyste se reproduit. Plus tard on procède à une injection de deux gouttes de solution de chlorure de zinc dans chacun des deux kystes. Le kyste de gauche guérit, mais il fallut « ouvrir largement le kyste de droite et exciter avec la pince et le bistouri la totalité de ses parois ». Cette dernière opération fut suivie de succès. Si M. Legroux avait dès l'abord, au lieu de faire une *petite plaie*, incisé largement, d'après le procédé du docteur Boureau, nous sommes convaincus qu'il aurait réussi. La preuve en est dans l'incision dernière avec excitation des parois, qui fut suivie de guérison.

En résumé, la thèse de M. Leroux est des plus honorables et sera utile à consulter. Dr V. de Fourcauld.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 août 1878, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

1° A deux emplois de médecins principaux de 2e classe : M. le professeur Vallin et M. Hattute.

2° A quatre emplois de médecins-majors de 2e classe : MM. Semanne, Chassagne, Féron et Mutin.

— *Société de biologie*. — Prix Ernest Godard. — Ce prix n'ayant pas été donné pour l'année 1876, et conformément au texte du testament, le prix pour l'année 1878 sera de mille francs.

Il sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

Les mémoires doivent être adressés au secrétaire général de la Société de biologie avant le 1er septembre 1878.

— *Hygiène de l'enfance*. — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histoire des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. — 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 100. — JEUDI 29 AOUT 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 29 AOUT 1878. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Allons-nous voir se renouveler sous un prétexte anthropologique la fameuse querelle des anciens et des modernes qui avait tant passionné les esprits vers le commencement du siècle dernier ?

M. Jules Guérin annonce un grand ouvrage ayant pour but de démontrer que le cerveau s'est accru par le fonctionnement de la pensée humaine, conformément à cette loi posée par lui : *la fonction fait l'organe*, et inversement de démontrer, par les produits de l'intelligence aux diverses époques de l'humanité, que de nos jours le cerveau fonctionne infiniment mieux qu'autrefois, ce qui prouverait qu'il est plus gros.

Comme preuve directe, il s'appuie sur la mensuration des crânes conservés dans divers musées.

Notons d'abord que les résultats de cette mensuration des crânes sont loin d'être aussi favorables à la théorie de M. Jules Guérin qu'il semble le penser.

Voici ce que disait dernièrement sur ce point, dans un grand discours, à Munich, le célèbre Virchow, qui fait autorité en anthropologie :

« Il y a un peu plus de dix ans, si on trouvait un crâne dans la tourbe, dans les stations lacustres ou dans les anciennes cavernes, on croyait voir en lui des caractères singuliers témoignant d'un état sauvage, incomplètement développé. On était sur le point de lui donner l'air singe. Mais tout cela s'est dissipé toujours de plus en plus. Les anciens Troglodytes, les habitants des palafittes, les hommes de la tourbe se présentent comme une société tout à fait respectable. Ils ont la tête d'une grosseur telle que beaucoup d'individus, actuellement vivants, s'estimeraient heureux d'en avoir une pareille.

« Nos collègues français ont avancé qu'il ne fallait pas trop inférer des dimensions de ces têtes ; il pourrait se faire qu'elles ne continssent pas seulement de la substance nerveuse, que les cerveaux eussent, néanmoins, plus de tissu interstitiel qu'ils n'en ont aujourd'hui, et que, malgré la grosseur du crâne, la substance nerveuse fût restée à un point de développement inférieur. Mais cela s'est dit simplement en conversation amicale, tenue en quelque sorte pour rassurer les âmes craintives. En somme, nous devons réellement reconnaître qu'aucun des types fossiles ne présente le caractère marqué d'un développement inférieur. Et même, si nous comparons la somme des fossiles humains connus jusqu'ici avec ce que nous offre l'époque actuelle, nous pouvons hardiment prétendre que, parmi les hommes actuellement vivants, il existe un beaucoup plus grand nombre d'individus relativement inférieurs que parmi les fossiles en question. Je n'ose pas supposer que ce soient les plus grands génies de l'époque quaternaire qui seuls aient eu le bonheur de nous être conservés. »

Ainsi même en remontant jusqu'à l'homme fossile, on ne saurait prouver par la forme des crânes que les cerveaux se soient accrus.

Restent donc les preuves indirectes, que M. Jules Guérin résume ainsi :

« Par cela même que je considérais le fonctionnement intellectuel comme l'élément générateur primordial du développement organique, sans méconnaître l'action réciproque de celui-ci sur celui-là, j'ai dû chercher dans les produits de l'intelligence aux différentes époques de l'histoire les caractères de l'originalité et des progrès de ces produits. Mon observation s'est portée sur les œuvres de l'art considérées sous ses diverses formes, peinture, sculpture, musique et poésie, et sur les éléments de la science considérée dans sa philosophie et ses méthodes. Or partout j'ai cru découvrir non-seulement des témoignagnes d'un perfectionnement cérébral de ce qui était à l'origine, mais j'ai cru trouver, dans les sentiments et les idées, comme des éclosions absolument nouvelles n'ayant pour ainsi dire aucun rapport direct avec les sentiments et les idées qui les avaient précédées. »

Certes, on est bien embarrassé devant une opinion pareille.

Ceux qui ont étudié l'antiquité et qui en sont devenus les admirateurs, — je suis du nombre, — sont convaincus que la sculpture, soit sous les premières dynasties de la haute Égypte, il y a quelques milliers d'années, soit à l'époque classique en Grèce, valait bien, au moins, celle d'aujourd'hui ; que la poésie la plus admirable nous est conservée dans les monuments les plus anciens de l'écriture ; que, comme puissance cérébrale, vigueur d'intelligence, facilité de comprendre et de s'assimiler les connaissances les plus diverses et de les classer à mesure, c'est-à-dire esprit philosophique appliqué aux sciences, faculté de pénétration et d'intuition vraiment miraculeuse, quelquefois tellement étonnante qu'elle ressemble presque à une révélation prophétique de faits scientifiques connus seulement beaucoup plus tard, le siècle d'Alexandre,

celui qui produisit Aristote et tant d'autres, n'a rien à nous envier.

Il n'est pas une de nos idées, pas une de nos théories que l'antiquité n'ait pressentie et formulée, au moins en germe ; de même qu'il n'est pas une seule de nos institutions qu'on ne puisse retrouver chez quelque peuple d'autrefois.

L'organisation même de la famille, telle qu'elle existe de nos jours en France, avec l'égalité complète de la femme, la succession assurée aux enfants par égale part, etc., de même le cadastre, la transcription des ventes immobilières, le notariat, l'enregistrement, l'hypothèque, tout ce que nous croyons nous être propre parce que cela ne nous vient pas de Rome, existait déjà en Égypte. Les contrats égyptiens, que mon frère a maintenant complètement déchiffrés, ne permettent pas de se faire illusion sur ce point.

Où donc trouver ces éclosions nouvelles, ces sentiments et ces idées n'ayant, pour ainsi dire, aucun rapport direct avec tout ce qui précédait, dont M. Jules Guérin nous parle?

Serait-ce en philosophie pure? Non, sans doute, car c'est là surtout le cas de dire : *Nil novi sub sole*.

Quant à la somme des connaissances acquises dans le domaine scientifique, et des découvertes du jour, qui viennent constamment se joindre aux découvertes de la veille et préparer celles du lendemain, M. Jules Guérin a l'esprit trop juste pour y chercher la preuve d'un agrandissement de l'intelligence ou du cerveau de tout autre que des inventeurs. C'est une richesse considérable, mais qui représente le travail des ancêtres, comme celui des contemporains.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Hémorrhagie cérébrale; diagnostic entre l'hémorrhagie et le ramollissement cérébral.

Au n° 3 de la salle Saint-Charles est couché un homme, âgé de quatre-vingt-huit ans et demi, dont la maladie présente des considérations de diagnostic intéressantes. Cet homme se portait bien, malgré son âge avancé, et n'avait depuis très-longtemps ressenti aucune espèce de maladie; il n'a jamais eu de troubles des fonctions cérébrales, jamais de vertiges.

Le 30 juin, il était aux vêpres à l'église Saint-Sulpice, vers trois heures de l'après-midi. Tout à coup il perdit connaissance et tomba à terre, sans mouvement, sans connaissance, ses membres étant dans la résolution complète ; il ne répondait à aucune question, etc. ; la respiration et la circulation étaient, en un mot, les seules fonctions qui persistaient dans cet organisme. Il fut apporté dans cet état à l'hôpital de la Charité.

Le lendemain, au moment de la visite, il avait repris connaissance, entendant ce que l'on disait et y répondant fort mal, tant par défaut d'intelligence que par troubles du côté des mouvements de la langue. Il était atteint d'hémiplégie du côté droit, comprenant le mouvement, mais n'ayant pas éteint complètement la sensibilité; l'intelligence était obtuse. La face n'était pas le siège d'une hémiplégie marquée, car il ne faut pas confondre la déviation des traits, produite par l'absence des dents, avec la déviation paralytique.

Les urines s'écoulaient involontairement.

La circulation était remarquable par la disposition flexueuse des artères qui étaient athéromateuses. Le pouls était fort, le cœur ne présentait guère d'anomalie; la systole était cependant un peu rude avec un bruit de souffle se prolongeant le long du trajet de l'aorte. L'athérome existait donc à l'aorte, de même qu'aux artères où l'on pouvait sentir les cordes dures formées par les vaisseaux, telles que l'humérale et les radiales, etc. Sans doute, la même lésion devait exister aussi aux artères cérébrales qui sont les premières ordinairement envahies par la dégénérescence athéromateuse.

Cet homme avait donc été frappé « d'apoplexie » comme on appelle ordinairement la perte subite de connaissance et de sentiment, accompagnée de perte de mouvement plus ou moins généralisée avec persistance de la respiration et de la circulation. C'est dans ces cas que les anciens disaient que les morts sont vivants, *mortui vivunt*.

Les anciens ne connaissaient l'apoplexie que comme symptôme: ils n'avaient pas cherché à la rattacher à une lésion déterminée; ce progrès ne fut fait que sous l'influence de Laennec, etc., qui, ayant remarqué la coïncidence habituelle qui existait entre l'apoplexie et l'hémorrhagie cérébrale, en firent deux affections absolument identiques. On avait conclu de la fréquence à la constance. Cette opinion régna jusqu'à il y a vingt ans environ. C'est alors que les travaux de Rostan, Lallemant, Cruveilhier, Andral, firent voir que le ramollissement pouvait simuler l'hémorrhagie cérébrale.

Sous l'influence de Trousseau, Charcot, on a dit que l'apoplexie n'est qu'un syndrome clinique pouvant se rapporter à des lésions distinctes et variées, telles que la congestion, l'hémorrhagie, l'altération des vaisseaux et quelques autres encore.

Nous nous trouvons donc ici en présence d'un ictus apoplectique véritable; il faut étudier avec plus de précision à quelle lésion se rattachent ces symptômes. Est-ce à une hémorrhagie cérébrale ou à une lésion dépendant de l'obstruction de la circulation, embolie ou thrombose, ou obstruction subite, ou coagulation au point où a lieu l'obstruction?

La rapidité des accidents pourrait faire croire à une embolie; mais il faut remarquer que l'embolie ne se rencontre que rarement chez les gens bien portants. Elle vient chez des sujets déjà malades, ou chez des individus cachectiques dont la circulation est lente et faible et subit facilement des coagulations; elle est plutôt consécutive à une maladie du cœur ou des vaisseaux dans laquelle un caillot de sang, un débris de membrane peut être lancé dans le torrent circulatoire; mais avec l'athérome l'embolie est assez rare. Il faut noter que notre malade n'avait pas d'affection cardiaque antérieure. Mais, dans une des branches artérielles du cerveau, nous pouvions avoir une thrombose; l'athérome existe probablement dans ces artères cérébrales; elles deviennent inégales, anfractueuses, diminuent de volume et s'obstruent facilement; dès qu'un caillot se forme, il se produit tout d'un coup une brusque anémie, une asphyxie momentanée du cerveau. La perte de connaissance n'est pas le résultat de l'absence de sang, mais de la congestion des organes voisins où se reporte le sang qui devait passer ailleurs.

Dans la thrombose, cependant, les accidents surviennent progressivement, ils vont en s'accroissant; on observe rarement le véritable *ictus* apoplectique. Toutefois, en certains cas, cette apoplexie franche, subite, existe avec ces caractères: néanmoins, elle est précédée ordinairement par quelques phénomènes précurseurs, des troubles de la vue, des vertiges, des éblouissements, etc. C'est, d'après Rostan, par cette distinction que l'on sépare le ramollissemeut de l'hémorrhagie cérébrale.

Lorsqu'un département cérébral est privé de vie, voyons ce

qui arrive: ou bien il retrouvera la circulation, soit parce que l'obstruction n'est que momentanée par suite de la dissolution du caillot, soit parce que la circulation collatérale se rétablit et suffit à la nutrition, c'est le cas le plus fréquent. Les fonctions alors se rétablissent assez vite; en quelques jours, huit, quinze jours après les accidents, les phénomènes se dissipent. Mais, lorsqu'il s'agit d'une artère assez volumineuse, la circulation collatérale n'y suffira plus; la partie anémiée meurt. Ce n'est pas la gangrène, sèche ou humide, qu'on observe dans les autres parties du corps, parce que cette gangrène, pour se développer, a besoin de l'influence de l'air, mais c'est une manifestation spéciale de la mort du cerveau, c'est le ramollissement, la nécrobiose de cet organe qui tombe en déliquium.

Je ne parle pas ici des obstructions veineuses, qui sont rares et sont le résultat de phénomènes cachectiques.

Pour déterminer si nous avons bien affaire ici à une hémorrhagie ou à un ramollissement, il faut remarquer que les phénomènes propres de l'hémorrhagie, ictus, résolution complète, hémiplégie, ont une identité absolue avec ceux qui caractérisent le ramollissement.

Une fois l'apoplexie survenue, c'est plutôt la marche ultérieure de la maladie qui donnera les moyens de faire le diagnostic, car le début est le même. Au moment où le vaisseau s'est rompu, l'anévrysme miliaire dilacère les fibres cérébrales; il y a un trouble, une compression, une congestion concomitante qui explique les phénomènes du début. Mais, dans la suite, deux alternatives peuvent se présenter: ou bien le malade ne revient pas à lui et ne reprend pas connaissance; alors, en quarante-huit heures, ou en trois jours au plus, il succombe fatalement; c'est l'hémorrhagie avec épanchement de sang dans les ventricules; ou bien la lésion n'est pas assez diffuse pour donner la mort; alors on observe une amélioration graduelle; tous les jours le malade reprend un peu de force musculaire, il remue successivement le pied, la jambe, tout le membre inférieur; enfin le bras lui-même présente quelques mouvements, mais c'est beaucoup plus tard.

Lorsqu'il y a eu obstruction artérielle, les vertiges disparaissent vite, ou, s'il se fait une nécrobiose, elle marche progressivement, tandis que dans l'hémorrhagie, à partir de l'apparition des accidents, tout diminue successivement de gravité, sans oscillations des symptômes, tantôt en mieux, tantôt en pis; avec l'obstruction artérielle, au contraire, on voit le malade amélioré un jour, et le lendemain atteint de paralysie plus grande et ainsi de suite.

C'est d'après cette marche que se fait le diagnostic entre l'hémorrhagie et l'oblitération artérielle.

Or, chez notre vieillard, l'amélioration est progressive; il revient lentement à lui. Sans doute, l'athérome a pu le disposer à une thrombose artérielle, mais il est aussi une cause prédisposante de l'hémorrhagie, de la rupture des parois artérielles. Plus je vois ce malade, plus je crois qu'il est atteint d'hémorrhagie cérébrale; depuis qu'il a repris connaissance, il nous a bien rendu compte de son état antérieur; il n'a jamais eu, auparavant, ni étourdissements, ni céphalalgie, ni vertiges. Or, c'est bien là le propre de l'hémorrhagie cérébrale de frapper un homme sans qu'il ait eu des troubles intellectuels, visuels, etc., qui sont le plus souvent (pas toujours) observés dans la thrombose et le ramollissement. Puis, si ce malade avait eu une thrombose, aujourd'hui, six jours après son accident, il serait plus avancé, soit vers la guérison, soit vers la terminaison fatale. Nous le voyons, au contraire, reprendre progressivement les fonctions de ses membres paralysés et la possession de son intelligence: aujourd'hui, par exemple, il remue mieux le pied droit qu'hier.

Reste à localiser la lésion cérébrale; c'est l'examen des symptômes qui nous permet de déterminer à quels points du cerveau s'est faite l'hémorrhagie. La paralysie étant du côté droit, c'est dans l'hémisphère cérébral gauche que nous devons placer le siège de la lésion. Or, deux grandes divisions cliniques peuvent être établies: les lésions centrales et les lésions corticales. Dans la plupart des lésions centrales, la capsule interne est atteinte, soit directement, soit par voisinage; alors l'hémiplégie est accompagnée de troubles de la sensibilité, d'hémianesthésie.

Si la sensibilité est conservée, on a affaire à des lésions corticales; c'est le cas de notre malade dont la sensibilité est émoussée, mais non détruite. Cherchons donc la lésion dans les centres moteurs de la couche corticale; or, l'hémiplégie affecte nettement le membre supérieur et le membre inférieur; l'hémorrhagie a donc atteint celui des trois centres moteurs qui est le plus supérieur et qui est le centre des mouvements des deux membres, supérieur et inférieur, du même côté. On sait que le moyen est le centre des mouvements du membre supérieur seul, et que le plus inférieur est le centre des mouvements de la face et du membre inférieur. On peut affirmer ici que ces deux dernières régions motrices sont respectées, puisque le malade n'a pas de paralysie faciale, et qu'il n'est pas atteint d'aphasie. Telle est, d'après les données actuelles de la science, la localisation que nous pouvons attribuer à la lésion de notre hémiplégique.

Quant au pronostic, si le diagnostic est exact, il est probable que cet homme va se rétablir, mais d'une façon très-incomplète. Arrivé au septième jour de l'hémorrhagie, il ne retrouvera guère ce qu'il ne possède pas aujourd'hui. Il fera quelques mouvements du pied, etc., mais ce sera tout. Il ne retrouvera plus la force musculaire et il restera paralysé, surtout au membre supérieur, qui est toujours plus compromis que le membre inférieur. S'il peut arriver à se tenir sur sa jambe, ce serait un beau résultat que je n'espère guère. Je ne serais pas étonné, d'un autre côté, qu'une récidive ultérieure ne se fasse guère attendre, car il ne faut pas oublier que cet homme est presque nonagénaire.

Le traitement se borne évidemment à faire la médecine des symptômes; nous avons prescrit les stimulants, l'éther et l'acétate d'ammoniaque que l'on pourrait donner en potion: éther, 20 gouttes, et acétate d'ammoniaque, 4 grammes.

Je n'ai pas fait de saignée chez cet homme parce que je n'étais pas sûr, au début, de mon diagnostic; or, dans le ramollissement, surtout chez les gens âgés, la saignée est inutile ou nuisible; elle n'est indiquée que chez les individus jeunes et vigoureux. Mais, dans l'hémorrhagie cérébrale, je suis partisan de la saignée qui diminue la congestion concomitante; il faut, pour la faire, attendre que le malade soit revenu à lui, quelques heures après l'accident. En cette occasion, je ne partage pas l'avis de Trousseau, qui condamnait la saignée dans tous les cas d'hémorrhagie cérébrale.

Il nous faut laisser à la nature le soin de guérir notre malade et de résorber le sang de l'hémorahagie; bornons-nous à soutenir les forces du malade. Facilitons les selles et rendons-les régulières par l'emploi de lavements purgatifs afin d'empêcher la congestion cérébrale. Les vésicatoires, les cautères à la nuque, sont de très-peu d'effet. Il ne sert à rien non plus de faire des frictions sur les membres paralysés, puisque leur paralysie n'est pas due à une cause locale. Il ne nous reste donc, ensuite, que l'expectation comme moyen de trai-

tement. Si l'on a affaire à un individu jeune, on pourra, après plusieurs mois, l'envoyer aux eaux minérales qui agissent le mieux sur la force musculaire et sur le système nerveux (Bourbon-l'Archambault, Wiesbaden, Kreuznach, etc., etc.).

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Vidal.

Lichen planus et lichen ruber.

Deux malades, couchés à la salle Saint Jean, nous offrent l'occasion d'étudier cette affection: je n'insiste pas sur l'histoire de chacun d'eux; elle se trouvera faite par l'étude même de la maladie. Le premier de ces malades, couché au n° 36, est un homme âgé de cinquante-huit ans, d'apparence chétive, et qui a éprouvé depuis longtemps des troubles dyspeptiques. Son affection a commencé, il y a quinze ans, par des démangeaisons à la partie externe des deux jambes, par l'apparition de papules qui ont persisté: il est entré cinq ou six fois à cet hôpital pour se faire traiter sans qu'on ait obtenu des résultats satisfaisants. Malgré sa longue durée, sa maladie est restée circonscrite et limitée à la portion externe des jambes, et à la région inférieure du bras, vers l'épicondyle. Actuellement, elle est en voie de guérison assez rapide.

Le second malade, couché au n° 39, est aussi un homme âgé de cinquante ans, malade depuis une dizaine d'années. Son affection a débuté, il y a une dizaine d'années, par des symptômes analogues à ceux du cas précédent: démangeaisons, papules, ayant formé des plaques un peu brunâtres, recouvertes de desquamations grisâtres. On aperçoit ensuite des petits cônes épidermiques, dont quelques-uns ont près d'un millimètre de largeur, pénétrant dans l'orifice des follicules pileux; la main passant sur la peau éprouve la sensation d'une surface chagrinée. Ce malade est d'apparence assez robuste.

A propos de ces deux malades, je voudrais rappeler les faits principaux se rattachant à l'histoire des deux maladies décrites séparément sous le nom de *lichen planus* et de *lichen ruber*, et montrer que ces deux affections ne sont que des degrés divers, des modalités particulières d'une seule et même maladie, que nous trouvons réunis chez un même individu. Toutefois elles peuvent exister isolément et présenter des types complètement distincts. L'étude de leur anatomie pathologique nous ramènera sur un même terrain, et nous confirmera la nature identique de ces deux formes du lichen.

Le *lichen planus* est la forme la moins rare, la mieux caractérisée, dans ses types discrets surtout.

J'ai pu en observer huit cas bien nets, tandis que je n'en ai observé que trois de *lichen ruber*. Le lichen planus commence à l'orifice d'un follicule pileux, qui s'injecte, devient rougeâtre; une petite saillie apparaît, une induration, une papule de un à trois millimètres, aplatie, quelquefois ombiliquée et isolée. D'autres se forment autour de la première, dans le voisinage, puis successivement des éruptions analogues se forment dans les intervalles encore sains. D'où l'on a la forme de plaques faisant une légère saillie; le tissu sous-jacent s'infiltre, ou bien la plaque se déprime à son centre, devient pigmentée, avec ses bords restant saillants, margineux. La surface paraît lisse, brillante, comme vitreuse; mais, à la loupe surtout, en l'examinant attentivement on y voit une réunion de points blancs, agglomération d'épiderme, siégeant sur l'orifice même des follicules. On voit le poil qui les traverse: plus tard, le poil disparaît. On observera quelquefois des symptômes généraux, des troubles dyspeptiques, etc., mais ils sont moins fréquents que dans le *lichen ruber*.

Le lichen planus a son siège surtout à la portion antérieure des poignets, de l'avant-bras; puis principalement à la région externe des jambes. On l'observe aussi au bras, à la région interne des cuisses, autour du bassin, à la partie antérieure de la poitrine, quelquefois à la nuque, rarement sur le dos, jamais à la face. Il se développe assez rapidement; mais, localisé aux membres inférieurs surtout, il persiste indéfiniment, y formant des plaques fortement colorées.

Plus tard on aperçoit les cônes épidermiques qui donnent à cette surface une apparence cornée. Suivant les caractères qu'il affecte, on en a décrit des variétés diverses sous les noms de lichen planus *diffusus*, *discretus*, *annulatus*, *marginatus*, *pruriginosus*, toutes variétés qui peuvent se compliquer réciproquement et qui ne méritent pas de servir de base à une classification.

Le lichen ruber, étudié dans son type classique le mieux caractérisé, commence aussi par une hyperémie papillaire, par un petit point rougeâtre qui apparaît à l'orifice des follicules pileux; ce petit point grossit, et fait une saillie. Une petite desquamation grisâtre se fait sur ces papules qui se multiplient dans la même région et, devenant confluentes, forment des plaques. Ces plaques présentent une peau épaissie et recouverte de cette desquamation. Hebra la comparait à du papier grisâtre collé sur la peau et s'exfoliant progressivement. L'affection peut gagner toute la superficie de la peau en deux ou trois mois; cette peau, à la teinte rouge vineuse, est le siège de vives démangeaisons. En même temps surviennent des troubles dyspeptiques qui peuvent être suivis d'un amaigrissement considérable et conduire le malade au marasme. Toutefois la guérison est possible, j'en ai observé deux cas; cependant je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer ces formes exceptionnellement graves, où toute la peau est couverte de papules, même la paume des mains dont l'épiderme s'exfolie, même les ongles qui se fissurent et s'altèrent tout à fait comme dans la dermatite exfoliatrice.

Ordinairement le corps est envahi progressivement, la face n'est pas épargnée; ce processus dure plusieurs années; d'autres fois, la maladie prend une marche plus rapide, forme que je soupçonne un peu de se rattacher à la dermatite exfoliatrice elle-même.

Le siège de la lésion anatomique est le follicule pileux: d'abord le réseau vasculaire qui l'enveloppe s'injecte; on observe une prolifération des cellules épidermiques du follicule, qui est distendu par ces nouvelles productions; en certains points, même, de petits diverticulum se forment sous cette pression, et sont remplis de cellules épidermiques. Ayant débuté au fond du follicule pileux, la lésion s'étend le long du follicule et gagne son orifice supérieur. A la surface des plaques, les points blancs que l'on observe à l'ouverture du follicule pileux sont précisément formés par le collier d'épiderme qui enveloppe le poil à sa sortie, et fait saillie au dehors. Ainsi comprimé par les cellules épidermiques abondantes qui se forment, le poil est séparé de sa papille; il se casse à l'extérieur, ou à l'intérieur même de son follicule; Les glandes sébacées qui sont annexes du poil s'atrophient; les glandes sudoripares restent intactes.

Quand de nombreux follicules voisins ont subi ces altérations, la peau est enflammée à son tour; les vaisseaux, voisins des follicules, se dilatent, et participent au mouvement de prolifération, à leur pourtour: ce qui amène une induration de la base des plaques.

A la superficie, la couche épidermique s'exfolie; le tissu conjonctif est exubérant dans les papilles; les cellules épidermiques deviennent graisseuses. En même temps on constate une hypertrophie des muscles *erectores pilorum*.

Tout ce processus est le même dans le lichen planus et dans le lichen ruber: les variations ne viennent qu'aux époques plus avancées de la maladie.

Les causes sont peu nettement établies: cependant on a remarqué que les sujets atteints étaient presque exclusivement des hommes, surtout pour le lichen ruber. Sur quatorze cas, Hebra ne trouva qu'une femme. Moi-même, sur trois cas de lichen ruber, je n'ai pas trouvé de femme; et, sur huit cas de lichen planus, j'ai rencontré deux femmes. Certains auteurs ont avancé que l'état nerveux était une cause prédisposante: à ce titre, les femmes devraient être plus atteintes que le sexe masculin. Je pense que les diathèses ne peuvent guère plus intervenir dans la production de cette maladie; il est plus simple de reconnaître que l'étiologie en est encore complètement inconnue.

Le diagnostic différentiel a été fait minutieusement par Hebra: il faut distinguer les formes que nous venons de décrire du lichen scrofulosorum, du psoriasis, de l'eczéma, du pityriasis rubra.

Le pityriasis rubra présente une desquamation sur de larges surfaces, mais il n'est pas précédé par l'état papuleux de la peau; c'est là un caractère essentiel et suffisant. La forme généralisée du pityriasis rubra (dermatite exfoliatrice) est plus difficile à distinguer. La desquamation se fait par de larges écailles, feuilletées, abondantes, avec fissuration et chute des ongles; formes plus rares dans le lichen.

On distinguera le lichen du psoriasis parce que les papules, dans le psoriasis, sont beaucoup plus larges, et ne conservent pas toujours le même volume, tandis que la papule du lichen ruber ne s'élargit pas par elle-même; si la plaque se forme, c'est par agglomération de papules voisines, et non par extension de la même papule. Enfin les squames du psoriasis sont plus épaisses et offrent un aspect argenté.

On ne s'arrêtera guère à l'eczéma, qui a débuté par des vésicules, et non par une papule, comme le lichen; les squames de l'eczéma se reproduisent rapidement.

Quant au diagnostic différentiel avec le lichen scrofulosorum, la distribution, le siège de cette dernière affection, ainsi que l'existence de cicatrices adénopathiques (90 fois sur 100), aideront à faire un diagnostic certain. L'âge, quinze à trente ans, auquel se développe ordinairement le lichen scrofulosorum, diffère aussi de celui du lichen planus ou ruber, qu'on observe plutôt de trente à soixante ans. Enfin la localisation n'est pas sur les mêmes points: c'est au tronc surtout, rarement sur les membres, ou seulement consécutivement, qu'il se développe généralement; son mode de groupement, en forme de corymbe, le différencie encore des plaques du lichen planus. Il débute par la pointe des follicules, et non par leur fond; sa papule est plus saillante, et d'un rouge jaunâtre. S'il restait un doute, le traitement suffirait à l'éclaircir: l'huile de foie de morue, même en frictions locales, réussit très-souvent dans les cas de lichen scrofuleux ce traitement serait impuissant dans le lichen planus.

J'ajouterai une dernière affection à cette étude du diagnostic différentiel; quoiqu'elle soit omise par les divers auteurs, je la crois importante: c'est la papule syphilitique. Elle peut, en effet, être isolée au début, et exister indépendamment de la roséole, comme première manifestation secondaire. On la trouve à la partie interne des cuisses, au front, etc.; alors, elle ressemble beaucoup au lichen que nous étudions: à la loupe, on voit dans ces cas des points blanchâtres qui se trouvent à l'orifice des follicules pileux; la confusion pourrait donc être facile au début. Quand elle a duré longtemps, la distinction devient plus facile. Lorsqu'il reste une syphilide pigmentée, on la distinguera de la plaque pigmentée du lichen planus, parce que celle-ci se déclare lentement dans l'espace de cinq à six mois, et à partir du centre de la plaque vers les bords.

Le pronostic est sérieux en raison de la longue durée de cette maladie; le lichen planus est cependant bénin, tandis que le lichen ruber peut être grave par le seul fait de son interminable durée et par sa généralisation qui produit, inévitablement, une influence désastreuse sur l'organisme. Hebra a même cité un cas de mort, en quelques mois.

Traitement. D'après les auteurs, la médication arsenicale aurait amené une amélioration passagère, mais n'aurait pas empêché les rechutes. Ils ont ensuite prescrit les toniques, le quinquina, les ferrugineux: surtout, pour le lichen planus, le perchlorure de fer administré à l'intérieur, avec les amers et l'huile de foie de morue, aurait donné de bons résultats. Il ne faut pas oublier les troubles dyspeptiques qui accompagnent ces formes de lichen, particulièrement le lichen ruber; il y a là une indication du traitement par les alcalins, qu'il ne faut pas négliger. J'ai prescrit sans le moindre succès les arsenicaux. Il est toujours utile d'employer les amers, les toniques. Mais c'est surtout par le traitement externe qu'on obtient des améliorations: on l'a préconisé sous des formes très-variées, bains de vapeur, pommades avec l'huile de lin et diachylon, etc. Je me suis très-bien trouvé du traitement suivant, qui, après cinq mois, employé chez un homme âgé de trente ans, a donné une guérison qu'il est permis de signaler, puisque, trois ans après, le malade n'avait encore revu aucune trace de récidive de son lichen ruber, qui était généralisé. Il avait fait des onctions, matin et soir, avec un glycérole d'amidon (20 grammes), additionné d'acide tartrique (1 gramme), puis je lui faisais prendre des bains vinaigrés. Dans un bain à l'eau de son, on ajoute un litre de vinaigre.

Dans toutes les formes de lichen, d'ailleurs, j'ai été très-satisfait de l'emploi des bains vinaigrés. Il est évident que le traitement tonique est institué en même temps que la médication externe. Ces moyens m'ont réussi, alors que l'arsenic, prescrit seul, n'avait donné aucun résultat pendant un espace de deux mois. Dans le lichen planus, j'ai aussi obtenu des résultats relativement rapides. Il ne faut pas omettre le traitement de la dyspepsie et des symptômes gastralgiques.

Quant aux bains de vapeur, ils ne me paraissent pas être bien indiqués par les considérations théoriques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 août 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend un travail sur l'urticaire gigantesque, *giant urticaria*, par G.-L. Milton, professeur de dermatologie et chirurgien de Saint-John's hospital, à Londres.

COMMUNICATION

M. Jules Guérin prend occasion d'une brochure de MM. Lacassagne et Cliquet, intitulée: *De l'influence du travail intellectuel sur le volume et la forme de la rate*, pour rappeler ses propres travaux relatifs aux mêmes recherches.

MM. Lacassagne et Cliquet sont arrivés aux conclusions suivantes, par la mensuration du crâne d'un certain nombre d'individus à l'aide de l'instrument que les chapeliers nomment le *conformateur* :

1° La tête est plus développée chez les gens instruits qui ont fait travailler leur cerveau que chez les illettrés ou les gens dont l'intelligence est restée inactive ;

2° Chez les gens instruits, la région frontale est relativement plus développée que la région occipitale, et, si la différence entre ces deux régions existe au profit de la dernière, cette différence est minime, alors que chez les illettrés elle est plus notable.

M. Jules Guérin, à ce propos, rappelle que, dès l'année 1843, dans un travail intitulé : *Essai de pathologie générale*, qui a eu trois éditions, il avait cherché à établir la propriété organogénique de la fonction et l'avait traduite par cette formule : « La fonction fait l'organe. »

Appliquant aux cerveaux les bénéfices de cette loi, il s'était exprimé ainsi à ce sujet :

« Il est un point de vue dans l'histoire de l'humanité qui n'a pas été abordé jusqu'ici : c'est l'étude des changements qui se sont opérés par la succession des âges dans l'organisme et les facultés de l'homme. L'anthropologie, qui ne date pour ainsi dire que d'hier, s'est surtout occupée des origines, des races, des espèces, considérées dans leurs caractères actuels ; mais elle n'a pas admis que l'homme ait été susceptible d'offrir, aux différentes époques de son évolution, des modifications organiques et fonctionnelles en rapport avec ces époques. Cependant les recherches et les observations auxquelles je me suis livré, depuis bien des années, m'ont démontré que l'homme a subi successivement et graduellement des modifications qu'il ne faut pas confondre avec celles qui résultent des progrès, de l'éducation, de l'instruction et de la civilisation, mais *de véritables modifications dans les instruments de son intelligence*, comme dans son intelligence elle-même. »

Depuis lors, M. Jules Guérin n'a pas cessé de se préoccuper de ce sujet et d'en étudier les divers côtés.

Tout en portant plus spécialement son attention sur les preuves résultant des productions de l'art sous ses diverses formes, peinture, sculpture, musique et poésie, qui témoignent de si grands progrès de l'esprit humain, de même que les éléments de la science considérée dans sa philosophie et dans ses méthodes, M. Jules Guérin n'a pas négligé les preuves directes résultant de la comparaison des crânes, et, en étudiant ceux qu'il a vus dans les musées, il a constaté qu'il existe un certain accroissement de la capacité crânienne en rapport avec les progrès de la civilisation.

La comparaison entre les différents peuples d'aujourd'hui, d'une part, et, d'une autre part, entre les différentes classes de la population, l'a conduit aux mêmes conclusions.

Ces deux grandes catégories de faits lui ont paru confirmer, tout à la fois, par une différence dans la forme du crâne et principalement de la région frontale, l'existence d'une forme caractéristique propre à chaque population et le fait d'un accroissement d'étendue et de capacité correspondant au fonctionnement intellectuel le plus avancé.

Mais ce sont là des recherches très-délicates qui demandent beaucoup de temps, et c'est pourquoi M. Guérin n'a pas encore publié l'ouvrage qu'il médite sur ce sujet. Les observations qu'il a présentées aujourd'hui à l'Académie ont eu pour but de conserver aux travaux sérieux qu'il se propose de communiquer ultérieurement la priorité et l'originalité qui leur appartiennent.

LECTURE

M. Auguste Voisin lit un travail intitulé : *Structure du cerveau de certains idiots; arrêt de développement de la cellule cérébrale; comparaison avec le cerveau du fœtus et de l'enfant en bas âge.*

Voici les conclusions de ce travail :

En résumé l'idiotie peut être le résultat d'un arrêt de développement, qui a laissé le cerveau dans l'état où il était dans les derniers mois de la vie fœtale ou dans les premiers temps de la naissance; les études morphologiques et histologiques permettent de préciser la nature de la lésion et d'indiquer ses caractères et ses causes. Des circonvolutions présentent alors la simplicité des circonvolutions du fœtus, ou du nouveau-né, ou de l'enfant en bas âge, et au microscope on observe presque uniquement des myélocites, ou noyaux, ou une très-minime quantité de cellules incomplètement formées, absolument analogues à celles du fœtus, ou du nouveau-né, ou de l'enfant en bas âge.

RAPPORT

M. PERSONNE, au nom d'une commission composée de MM. Berthelot, Chatin et lui-même, lit un rapport sur un mémoire de M. Bourgoin, intitulé : *Sur la courbe de solubilité de l'acide salycilique dans l'eau.*

L'Académie adopte les conclusions de ce rapport, conçues dans les termes suivants : « Ce travail important, par lequel l'auteur a fait preuve d'une science sérieuse, et qui a nécessité l'exécution d'un grand nombre d'expériences délicates, présente un grand intérêt au point de vue pharmacologique et thérapeutique. Aussi votre commission vous propose-t-elle de voter des remercîments à M. Bourgoin, et de renvoyer son mémoire à la section de pharmacie pour laquelle il a posé sa candidature. »

COMMUNICATION

M. PERSONNE lit ensuite une note *sur la recherche de la quinine éliminée par l'urine.*

Voici les conclusions de cette note :

« Il résulte de ce qui précède :

« 1° que la quinine éliminée par les urines n'a éprouvé aucune altération ou modification intrinsèque;

« 2° que la moitié au moins de la quinine ingérée est complètement détruite dans l'économie.»

LECTURE.

M. Leven lit un travail sur la dilatation de l'estomac.

M. le docteur Brama, de Tours, lit une observation de bronchite capillaire terminée par la guérison.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à quatre heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

147. Leneveux. — De la glycosurie symptomatique.
148. Baron. — Étude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques et les hystéro-épileptiques.
149. Halbedel. — Considérations sur la fièvre et les principes généraux de la thermo thérapie.
150. Mandoul. — Étude sur les eaux minérales de Balaruc.
151. Bergeret. — Contribution à l'étude des contractures qui peuvent simuler la coxalgie.
152. Samondès. — Du temps d'arrêt dans la marche des polypes naso-pharyngiens.
153. Guerlin. — De l'opération de la fistule à l'anus chez les tuberculeux.
154. Brinon. — Recherches sur l'anesthésie chirurgicale obtenue par l'action combinée de la morphine et du chloroforme.
155. Brochier. — Contribution à l'étude de l'insuffisance tricuspide relative.
156. Le Coarer. — Essai clinique sur quelques atrophies musculaires.
157. Olivier. — Contribution à l'étude des éventrations.
158. Grenier. — Recherches statistiques sur le rôle de certaines influences dans le développement de l'hydarthrose.
159. Prouff. — Pathogénie du glaucome, suivie de quelques mots sur le traitement.
160. Fournier. — Des effets généraux du chloroforme en injections hypodermiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de biologie. — Prix Ernest Godard. — Ce prix n'ayant pas été donné pour l'année 1876, et conformément au texte du testament, le prix pour l'année 1878 sera de mille francs.

Il sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

Les mémoires doivent être adressés au secrétaire général de la Société de biologie avant le 1[er] septembre 1878.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3[e] édition revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, V. Delahaye et C[e].

Traité de thérapeutique appliquée, basé sur les indications, suivi d'un précis de thérapeutique et de posologie infantiles et de notions de pharmacologie usuelle sur les médicaments signalés dans le cours de l'ouvrage, par J.-B. Fonssagrives, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la faculté de Montpellier. Tome second, 1 vol. in-8°. — Prix : 12 francs. — Prix de l'ouvrage complet, 2 forts vol. in-8°, 24 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et C[e].

Thérapeutique oculaire, par L. de Wecker. Leçons recueillies et rédigées par le docteur Masselon, revues par le professeur. 1[re] partie, 1 vol. in-8° de 388 pages avec figures dans le texte. (La seconde partie de l'ouvrage paraîtra le 1[er] octobre 1878.) — Prix de l'ouvrage complet : 12 francs. — Paris, 1878, O. Doin.

Manuel d'anatomie. 2[e] édition du Résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et C[e].

Leçons sur la chirurgie clinique des maladies des voies urinaires professées à l'hôpital Saint-Sauveur au dispensaire de la clinique des maladies des voies urinaires par A. Paquet, professeur de médecine opératoire, etc. 1[re] partie : Leçons générales. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et C[e].

Sur la Genèse des ferments figurés. Suite à mes études sur la Mutabilité des germes microscopiques, par Jules Duval. In-8°. 160 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, 1878, J.-B. Baillière et fils.

Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien, par le docteur Ribémont. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et C[e].

Étude sur la syphilis contractée à un âge avancé, par le docteur Dulac. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et C[e].

Des Accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse, par le docteur Heydenreich. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et C[e].

Le Directeur : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

PHTHISIE PULMONAIRE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

A LA CRÉOSOTE VRAIE

et à **l'Huile de Foie de Morue,**

Formule des docteurs BOUCHARD et GIMBERT. (*Gazette hebd. de médecine et de chirurgie* 877.)

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe très-soluble*, d'*odeur agréable*, *à saveur sucrée*, contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigrammes de *créosote vraie* et 2 grammes d'huile de foie de morue.

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE, 4 FRANCS.

Sirop reconstituant

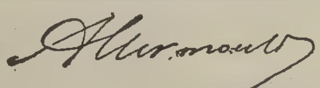
D'Arséniate de fer soluble

de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'emploi de ce produit, d'une absorption sûre et régulière, est indiqué dans les diverses formes de l'anémie, la cachexie paludéenne, la phthisie, les maladies de la peau, les névralgies, le diabète, etc. Prendre de une à quatre cuillerées à café avant les deux principaux repas. Chaque cuillerée à café représente 1 milligr. d'arséniate de fer soluble.

2 fr. 50 le flaçon portant la signature ci-contre :

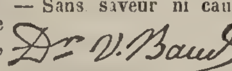


Détail : 25, rue de Grammont, Paris et toutes Phies.
Gros : Grillon, 27, rue de Rambuteau, Paris.

Fer-Diastasé assimilable

du Dr V. BAUD

Sous la forme de granules bien dosés, un sel de FER combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, devient le plus facile et le plus actif des *ferrugineux*. — Sans saveur ni cause d'irritation, il se trouve indiqué contre l'*anémie*, la *chlorose*, etc.



Paris, 22 et 19 r. Drouot.

Anti-goutteux à l'iodure de

LITHIUM FERRUGINEUX du Dr Ate LACOTE

Dragées contenant chacune 0,10 centigrammes de principe actif. — Brochure explicative.

Vente en gros : HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.

Vente en détail : dans toutes les bonnes pharm.

Solution Coirre au

CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

préparation de phosphate de chaux la plus rationnelle et la seule physiologique, puisque c'est la forme que doit prendre ce sel pour être absorbé. — Reconstituant énergique dans PHTHISIES, ANÉMIES, SCROFULES, RACHITISME, etc.

GROS : 79, rue du Cherche-Midi. — DÉTAIL : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

EAU ARSÉNICALE DE LA

Bourboule,

GRANDE SOURCE PERRIÈRE

(*La plus arsénicale connue.*)

Guérison radicale : lymphatisme, scrofule, fièvres intermittentes, maladies de poitrine, de la peau, des os, etc., etc.

Compagnie des eaux minérales de la Bourboule, à Clermont-Ferrand.

Avantages du phosphate de fer

SOLUBLE

De LERAS, pharmacien, docteur ès-Sciences.

1° *Solution, Sirop, Pastilles*, soit trois formes différentes, satisfaisant à toutes les exigences des prescriptions médicales. La *Solution* et le *Sirop* contiennent, par cuillerée à bouche, 20 centigr. de sel ferrique; les *Pastilles*, chacune 10 centigr.

2° *Préparations incolores*, ni goût, ni saveur de fer, action nulle sur les dents et, par conséquent, acceptation parfaite par tous les malades sans distinction.

3° *Pas de constipation*, grâce à une petite quantité de sulfate de soude, qui se produit dans la préparation de ce sel, sans influer, en quoi que ce soit, sur la saveur du médicament.

4° *Réunion des deux principaux éléments des os et du sang*, fer et acide phosphorique, circonstance qui est d'une grande influence sur l'action digestive et respiratoire.

5° *Pas de précipitation en présence du suc gastrique*, par conséquent, sel immédiatement digéré et assimilé, toujours bien supporté par les estomacs les plus délicats, qui ne peuvent tolérer les préparations ferrugineuses les plus estimées.

Dépôt : rue de la Feuillade, 7, et dans les principales pharmacies.

Viande crue et alcool

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement.
- Gros : 20, place des Vosges, Paris.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe,

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Fumouze — Albespeyres

FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe.

Vésicatoire d'Albespeyres.

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière. — Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres*.

Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sûre et régulière. — Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyres*.

Capsules de Raquin

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,

Approuvées par l'Académie de médecine.

Les Capsules Raquin à enveloppes de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine*. — Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin*.

Papier et Cigares ANTI-ASTHMATIQUES

de Bin BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica*.

Cataplasme Jouanique

en feuilles minces, légères, souples, inaltérables.

Sa souplesse et sa légèreté permettent de l'appliquer sur toutes les parties du corps, et dans tous les cas où le poids d'un cataplasme est difficilement supporté par les malades.

Pulvérisateur Marinier,

admis dans les hôpitaux.

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons; — la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

DÉPÔT à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis; vente des pulvérisations chez FUMOUZE frères, 78, faubourg Saint-Denis.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

NÉVRALGIES, MIGRAINES, MAUX DE DENTS

Guéries par les préparations de

Gelsemium sempervirens

PILULES ANTINÉVRALGIQUES

Une à cinq au maximum en vingt-quatre heures

ÉLIXIR ANTINÉVRALGIQUE

Une à cinq cuillerées à café au maximum en vingt-quatre heures.

TEINTURE DE GELSEMIUM

En petits flac. pour l'usage de MM. les médecins. Exiger la signature du **Dr FOURNIER**, *pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux.*

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris

N° 101. — SAMEDI 31 AOUT 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 31 AOUT 1878. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Atrophies musculaires consécutives aux affections du système nerveux.

Parmi les sujets dont l'actualité se manifeste depuis quelque temps par un grand nombre de mémoires et de thèses inaugurales, nous avons signalé les troubles trophiques atteignant les muscles.

Nous avons parlé d'abord de ceux qui résultent d'une affection rhumatismale ou traumatique, soit d'une ou plusieurs articulations, soit des tissus fibreux périarticulaires.

C'est là un premier groupe, cliniquement bien connu, mais qui reste encore inexpliqué au point de vue anatomo-pathologique. Aucune autopsie n'a jusqu'ici montré clairement le trait d'union entre l'affection articulaire et l'affection atrophique des muscles, et, ne sachant pas avec certitude par quelle voie l'influence nocive se transmet, on en est réduit aux hypothèses.

De ces hypothèses, la plus généralement acceptée est celle qui suppose une intervention du système nerveux, non-seulement par ses fibres périphériques, mais par ses cellules centrales.

Il y aurait là ce qu'on appelle aujourd'hui une action réflexe, c'est-à-dire un ébranlement qui serait transmis d'abord vers les centres par le moyen des nerfs centripètes, puis qui s'y trouverait répercuté dans la direction de quelque nerf centrifuge.

On a d'autant plus de tendance à croire qu'il en est ainsi que d'autres groupes, très-importants, d'atrophies musculaires dépendent, sans aucun doute, d'une lésion nerveuse.

En effet, les muscles peuvent être atteints dans leur nutrition et s'atrophier :

1° Quand le nerf qui les anime a été froissé, contus, entamé, écrasé, irrité d'une façon quelconque, soit par un traumatisme, soit par le voisinage d'une tumeur, soit par l'influence d'une maladie, telle que la lèpre, qui fait proliférer son névrilème, etc. En pareil cas, les lésions nutritives peuvent être extrêmement profondes et ne pas s'arrêter aux muscles. Elles peuvent aller jusqu'à l'atrophie d'un membre entier, y compris les os, qui se rapetissent et se raccourcissent (j'en ai cité un curieux exemple que j'avais vu dans le service de M. le professeur Verneuil, sur un jeune homme blessé par un éclat d'obus); ils iraient même jusqu'à la nécrose, si l'on accepte la théorie qui explique par ce mécanisme la chute de segments de membres dans la lèpre.

2° Quand ce ne sont plus seulement les nerfs périphériques, mais certains éléments de la moelle épinière qui sont lésés.

Au point de vue clinique, les affections de la moelle dans lesquelles on peut rencontrer, soit comme symptôme principal et constant, soit comme phénomène accessoire et surajouté, l'atrophie des muscles, assez nombreuses, sont bien distinctes les unes des autres.

Mais, d'après les recherches microscopiques les plus récentes, il paraîtrait que, dans tous ces cas, l'atrophie tiendrait à l'altération d'un même élément anatomique, de ces cellules multipolaires, dites gigantesques, qui se trouvent dans les cornes antérieures de la substance grise de l'axe spinal.

Cette destruction des cellules multipolaires a été nommée *protopathique* dans la maladie caractérisée anatomiquement par une sclérose portant exclusivement sur la substance grise des cornes antérieures; c'est le cas de l'*atrophie musculaire progressive*, décrite par Duchenne de Boulogne.

Au contraire, elle est secondaire, *deutéropathique*, quand la sclérose n'atteint les cornes antérieures qu'après avoir déjà frappé quelque autre partie constitutive de l'axe nerveux, par exemple les cordons latéraux ou les cordons postérieurs de la moelle.

Trois malades du service de M. Dieulafoy, suppléant de M. Vulpian à la Charité, nous permettront de comparer brièvement ces divers types.

Atrophie musculaire progressive.

Au n° 6 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, se trouve un jeune homme de vingt-cinq ans, grand, bien taillé, autrefois très-robuste, qui s'était toujours parfaitement porté jusqu'à l'année dernière.

Il exerçait le métier de charretier et pouvait soulever des poids énormes, lorsque, il y a un an environ, il s'aperçut qu'il devenait beaucoup moins fort de la main droite. Cette main maigrissait et se déformait; bientôt ce fut le tour de l'avant-bras, puis du bras, puis de l'épaule; enfin il se trouva tellement affaibli qu'il dut renoncer définitivement à son travail,

il y a neuf mois environ. Quand il entra à l'hôpital, on constata une atrophie presque complète de tous les muscles de l'éminence thénar. C'était par là que l'affection avait commencé. La main avait pris cette attitude qu'on a désignée sous le nom de *main de singe*, c'est-à-dire que le premier métacarpien, rapproché du second, était sur le même plan; la saillie de l'éminence hypothénar était également très-diminuée; les interosseux n'avaient pas complètement disparu; ils pouvaient encore exécuter quelques petits mouvements, très-faibles, mais ils avaient certainement perdu la plus grande partie de leurs fibres, comme le prouvaient les dépressions qui existaient à leur niveau. L'avant-bras droit avait une circonférence inférieure de 3 centimètres et demi à celle de l'avant-bras gauche, le bras droit était diminué proportionnellement, le deltoïde était réduit à quelques faisceaux, le pectoral du côté droit paraissait plus faible que le gauche. Depuis quelque temps, la main gauche s'est prise à son tour, les saillies des éminences thénar et hypothénar commencent à s'effacer, les reliefs des interosseux sont moins accusés, mais l'avant-bras, le bras et l'épaule paraissent indemnes.

A la mensuration, on trouve une légère différence entre les deux mollets; la circonférence du mollet droit est d'un centimètre plus faible que celle du gauche, mais aucun trouble fonctionnel ne répond encore à cette atrophie relative. Le malade marche parfaitement et sans fatigue; il est aussi solide sur ses jambes qu'autrefois.

Il affirme, du reste, n'avoir jamais ressenti la moindre douleur pendant tout le cours de sa maladie. Le seul symptôme anormal qu'il accuse, ce sont des contractions fibrillaires subites, de petites secousses, qu'il éprouve assez souvent soit dans un muscle soit dans un autre, aussi bien dans les cuisses, les jambes, que dans les bras, les avant-bras et les épaules. Mais ces secousses n'ont rien de douloureux; il ne s'en inquiéterait pas, s'il n'y voyait la preuve que sa maladie marche toujours, prête à envahir un des muscles qu'elle a respectés jusqu'ici.

Toutes les fonctions se font bien, l'appétit est bon, les digestions faciles, le sommeil calme.

Nulle part on ne peut constater de paralysie proprement dite. On s'étonnerait plutôt de voir encore agir des muscles qu'on pourrait croire entièrement disparus tant ils conservent peu de relief.

Dans les régions qui sont envahies, l'atrophie n'est pas régulière et égale sur tous les muscles. Il en est qui sont beaucoup plus atteints que d'autres, voisins; par exemple, au bras, le triceps existe à peine, tandis que le biceps possède encore une certaine puissance.

C'est là un cas, pour ainsi dire classique, de l'affection nommée par Duchenne (de Boulogne) l'*atrophie musculaire graisseuse progressive*.

Pas de douleurs, pas d'anesthésie, pas de paralysie, pas de contractures, pas de troubles des grandes fonctions. Rien absolument que cette atrophie qui atteint successivement plusieurs muscles, l'un après l'autre.

Les muscles deviennent d'autant plus faibles qu'ils se trouvent réduits à un plus petit nombre de fibres; mais ils agissent jusqu'au bout, proportionnellement à leur volume.

La marche de la maladie est celle que l'on observe le plus habituellement. En général l'atrophie commence par l'éminence thénar de la main droite, puis elle atteint les interosseux et l'éminence hypothénar, puis elle remonte successivement à l'avant-bras, au bras, à l'épaule, conservant partout une allure un peu capricieuse, respectant certains muscles et en détruisant d'autres, mais régulièrement ascendante jusqu'à ce qu'elle soit arrivée au tronc. A partir de ce moment elle n'a plus rien de fixe, elle frappe un peu au hasard, sur une région ou sur une autre, creusant des dépressions profondes au milieu de muscles intacts. Quand la mort arrive, c'est par suite de la disparition des muscles qui président aux fonctions de respiration et de déglutition.

Mais Duchenne (de Boulogne) avait déjà noté que le pronostic était moins grave lorsque l'atrophie avait commencé, chez des ouvriers, par des muscles que leur profession leur faisait surmener. Il l'avait vue quelquefois s'arrêter et même rétrograder un peu, en cas pareil, sous l'influence de l'électrisation.

Le malade de M. Dieulafoy se trouve bien dans ces conditions. Comme nous l'avons vu, c'est un charretier qui avait l'habitude de soulever des poids lourds.

Aussi se flatte-t-il d'être déjà mieux, un peu plus fort de la main droite, depuis qu'il est traité par l'électricité, les bains sulfureux, les toniques. Mais, en tous cas, la différence en mieux serait minime.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, cette maladie est anatomiquement caractérisée par une sclérose des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière, sclérose qui débute en général vers la septième vertèbre cervicale, près des origines du nerf médian, particulièrement au voisinage des grandes cellules multipolaires, où l'irritation prendrait naissance, à ce que suppose M. Charcot, pour atteindre secondairement la névroglie. Ainsi, ce ne serait point la prolifération des éléments du tissu conjonctif qui viendrait étouffer les cellules nerveuses, comme dans d'autres cas; ce serait, au contraire, l'irritation des cellules nerveuses qui, par une action du voisinage, provoquerait la prolifération de la névroglie.

Très-limitée à l'origine, n'occupant qu'un groupe circonscrit de cellules motrices, cette irritation gagnerait ensuite, le plus souvent, de proche en proche, le long des cornes antérieures de la substance grise : et ce seraient les cas dans lesquels l'affection mériterait pleinement le nom de progressive. Mais elle pourrait aussi quelquefois s'arrêter et cesser d'être envahissante.

Voilà bien une maladie nettement caractérisée au point de vue de la pratique. Elle ne ressemble à aucune autre. On connaît sa marche habituelle, son siège organique, son pronostic, ses variétés. Elle mérite une place à part dans le cadre nosologique, et, pour Duchenne (de Boulogne), c'est un honneur que de l'avoir découverte et d'en avoir tracé magistralement l'histoire.

Mais pour les autres genres d'atrophie musculaire dont nous allons avoir à parler, nous sommes complètement de l'avis de M. Dieulafoy qui se refuse à y voir des types pathologiques, les considérant simplement comme des complications, purement individuelles, d'autres affections de la moelle.

Sclérose dite amyotrophique des cordons latéraux.

Au n° 9 de cette même salle est actuellement couché un homme âgé de quarante-trois ans, entré le 14 janvier.

Cet homme, cuisinier dans une grande école, couchait depuis quelque temps dans un sous-sol bas et humide lorsque, il y a un an environ, il fut atteint de douleurs continues dans les pieds et dans les épaules, puis dans les bras et les reins. Les pieds enflèrent. En même temps se manifestait une faiblesse de plus en plus grande. Ne pouvant plus se tenir sur ses jambes, le malade dut renoncer à tout travail. Les muscles des jambes avaient

encore pourtant conservé un certain volume. Il ne s'agissait donc point d'atrophie, mais bien de paralysie. A la paralysie vinrent se joindre des contractures. Par intervalle, les membres inférieurs se mettent en extension forcée, indépendamment du malade et quoi qu'il fasse pour les en empêcher. Depuis trois mois environ, il n'y a plus de douleurs, mais des fourmillements presque continuels, surtout dans les bras, et une sensation de pression autour des reins et de l'abdomen, comme s'il y existait une ceinture serrée. Il existe un peu d'incontinence des matières fécales, un peu de difficulté dans la miction, un certain degré d'anesthésie et d'analgésie vers le membre inférieur gauche. Les membres supérieurs participent un peu à la paralysie, mais moins que la jambe. Actuellement la station debout, sans soutien, serait impossible; par intervalles, il y a un peu de contracture des fléchisseurs des doigts; les extenseurs sont extrêmement affaiblis. Enfin l'on remarque, et c'est le point sur lequel nous devons insister, une très-notable atrophie des muscles de la région thénar des deux mains, surtout de la droite.

Voilà un ensemble bien complexe. Rien n'y manque de ce qu'on peut trouver dans les affections de la moelle, paralysies et contractures, fourmillements, douleurs, anesthésie, enfin atrophies musculaires.

Faut-il réunir tout cela sous un même vocable, en faire une entité pathologique?

Dans ce cas, on aurait affaire à la maladie qu'on a nommée *sclérose amyotrophique des cordons latéraux*, maladie sur laquelle M. Gombaud a fait l'année dernière une excellente thèse.

Ce qui caractériserait ce genre de sclérose, c'est précisément sa tendance à envahir en même temps plusieurs des parties constitutives de la moelle épinière.

A l'altération de la substance blanche des cordons latéraux se rapporteraient les contractures et les paralysies.

A celle des cellules gigantesques de la substance grise des cornes antérieures, les atrophies musculaires. A celle des autres parties de la substance grise, les anesthésies, et peut-être aussi les douleurs.

Mais, si M. Gombaud, dans sa thèse, a pu réunir un certain nombre d'observations assez analogues, assez comparables pour avoir l'air de se rapporter à un même type, tel n'est pas le cas le plus ordinaire.

Toutes les combinaisons possibles de symptômes, répondant aux distributions les plus irrégulières de l'affection sclérosique, peuvent se rencontrer chez divers malades.

C'est une myélite disséminée, mais dont la dissémination, très-variable, peut constituer des espèces, non point un genre.

Autrement, pourquoi ne pas faire un genre des cas semblables au suivant?

Atrophies musculaires dans l'ataxie locomotrice.

Avant ce malade, dans le même lit, au 9 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, était un ataxique qui présentait aussi comme complication une atrophie des muscles de l'éminence thénar de la main droite.

L'histoire de cet homme peut être résumée en peu de mots.

Il avait eu la syphilis, il y a huit ans environ, et il avait suivi un traitement assez long par l'iodure de potassium. Depuis lors il se portait bien, lorsque, il y a quatorze mois, il fut pris de douleurs très-vives de la région lombaire, qui le contraignirent à garder le lit pendant une semaine. Il éprouvait aussi par intervalles des douleurs dans la cuisse gauche et dans les mollets.

Lorsque cette crise se fut dissipée, ne souffrant plus, il reprit son travail, mais il allait en s'affaiblissant de plus en plus. Bientôt parurent des douleurs fulgurantes dans les membres. Il y a quatre mois, survinrent une chute de la paupière gauche, de la diplopie et un strabisme qui resta permanent. Depuis deux mois déjà la faiblesse était devenue telle que tout travail eût été impossible.

Le malade s'aperçut d'abord qu'il ne pouvait plus serrer un outil de la main gauche, puis, qu'il ne pouvait pas même le tenir entre le pouce et l'index. Les muscles de l'éminence thénar s'étaient atrophiés, et la main avait pris l'aspect d'une *main de singe*, comme chez le premier malade.

La marche est tout à fait celle d'un ataxique; la jambe s'avance en fauchant, par un mouvement mal coordonné : pour se soutenir, cet homme a besoin d'une canne. Cependant, quand il est dans son lit, il peut tenir élevée sa jambe sans les brusques écarts qu'on voit en pareil cas chez certains ataxiques.

Il n'y a d'anesthésie sur aucun point du corps. Il n'y a pas non plus cette sensation de duvet, de corps mou interposé, qu'accusent beaucoup d'ataxiques quand ils mettent les pieds à terre.

Bref, bien que caractérisée suffisamment, l'ataxie locomotrice n'a pas chez cet homme tous les traits du type classique, si bien décrit par Duchenne (de Boulogne).

C'est une variété; et dans cette variété se trouve surajoutée à la sclérose des cordons postérieurs, sclérose qui constitue essentiellement l'ataxie, une sclérose des cornes antérieures de la même substance grise au point où commence d'ordinaire celle d'où résulte la maladie appelée atrophie musculaire progressive.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Guibout.

Tumeur blanche du genou, traitée par les révulsifs énergiques et répétés, joints à une médication diathésique très-énergique également.

Observation recueillie par M. H. Bastard, interne du service.

Le nommé B..., âgé de quarante-huit ans, charbonnier, entré le 12 octobre 1877, salle Saint-Charles, n° 18.

Cet homme a jusqu'alors toujours joui d'une bonne santé; on ne retrouve dans sa jeunesse aucun antécédent de scrofule, mais il a eu dans sa famille plusieurs personnes tuberculeuses, entre autres une sœur qui est morte phthisique.

Lui-même n'a jamais été malade jusqu'en juin 1877, époque à laquelle il eut un phlegmon large du cou, dû à un traumatisme et pour lequel il a été soigné à l'hôpital Saint-Louis.

Au mois de septembre de la même année, sans qu'il ait jamais fait de chute ni reçu de coup, il commença à souffrir du genou droit, lequel augmente peu à peu de volume.

Néanmoins il continua son travail jusqu'au 8 octobre, époque à laquelle il fut obligé de garder le lit. Enfin, le 12 octobre, il entre à l'hôpital avec un genou volumineux, gonflé, douloureux; les mouvements de l'articulation sont très-limités et ne peuvent être provoqués sans une vive douleur.

Le 13 octobre, un large vésicatoire est appliqué sur l'articulation malade. Néanmoins le genou continue toujours à augmenter de volume, et au bout d'une huitaine de jours il atteint les dimensions et la forme arrondie d'une tête d'enfant. La peau est tendue, luisante, la région est gonflée, empâtée, et l'on perçoit nettement la sensation de fongosités articulaires. Il existe toujours de vives douleurs, et les mouvements sont absolument impossibles.

Le 20 octobre, on fait une première application de pointes de feu sur l'articulation malade, et, dans l'espace de six semaines environ, les pointes de feu sont appliquées à sept reprises différentes. A la suite de cette médication énergique, on constate une amélioration notable dans l'état de l'articulation. Celle-ci a sensiblement diminué de volume et les douleurs ont presque complètement disparu. Les mouvements, quoique encore très-restreints, sont cependant un peu plus étendus.

C'est alors, vers les premiers jours de décembre, que le membre est placé dans une gouttière plâtrée, et les pointes de feu sont pansées avec des cataplasmes de fécule maintenus en permanence sur le genou.

Au bout de trois semaines la gouttière est enlevée, et l'on peut constater encore une amélioration sensible; les douleurs ont totalement disparu et le genou tend de plus en plus à revenir à ses dimensions normales.

Néanmoins, comme les mouvements sont toujours très-limités et qu'il y a encore du gonflement de l'articulation, l'on applique successivement, à intervalle de trois semaines environ, autour de l'articulation malade, une série de vingt larges cautères au moyen de la pâte de Vienne.

A la suite de ce traitement, l'amélioration est considérable, les mouvements reparaissent graduellement, et vers la fin d'avril le malade commence à se lever et à marcher en s'appuyant sur une canne.

A cette époque, la flexion de la jambe s'effectue assez bien pour que celle-ci arrive presque à former un angle droit avec la cuisse.

Enfin, le 17 juin, le malade accusant encore un point douloureux, on fait une nouvelle application de raies de feu.

Actuellement, 29 juillet, on peut considérer le malade comme presque guéri. En effet les douleurs ont complètement disparu, le genou est à peine un peu plus volumineux que celui du côté sain. Les mouvements sont assez étendus pour que la jambe puisse être ramenée au-delà de l'angle droit et le malade marche parfaitement et sans claudication aucune. Actuellement le traitement consiste en douches de vapeur sur l'articulation malade.

Nous n'avons jusqu'à présent parlé que du traitement local, et il nous reste à dire quelques mots du traitement général, qui n'est pas moins important. Dès son entrée à l'hôpital, et pendant tout le temps qu'a duré son séjour dans le service, le malade a été soumis à un traitement antiscrofuleux, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, sirop de phosphate de chaux, vin de gentiane, vin de quinquina. En outre, il a pris pendant longtemps la potion antistrumeuse de M. le docteur Guibout, et dont la formule est la suivante :

Iodure de potassium.	1 gramme.
Teinture d'iode.	15 gouttes.
Tannin	1 gramme.
Sirop de quinquina.	50 grammes.

Voilà donc un cas de tumeur blanche remarquable au triple point de vue de sa gravité, du traitement employé et de la rapidité avec laquelle l'affection a marché vers la guérison.

En effet notre malade, à son entrée à l'hôpital, avait le genou dans un tel état que certains chirurgiens n'auraient pas manqué de lui proposer l'amputation de la cuisse. Au lieu de cela, M. Guibout prescrivit l'immobilisation de l'articulation si gravement compromise et des révulsifs énergiques, variés et répétés en même temps que la médication altérante la plus en rapport avec les exigences d'une constitution scrofuleuse, et c'est ainsi qu'un résultat si remarquable et vraiment inespéré a été obtenu.

En effet, l'on considère en général la terminaison des tumeurs blanches par ankylose comme une heureuse guérison, et le plus souvent, pour arriver à ce résultat, il faut compter des années, tandis que chez notre malade on est arrivé, dans l'espace de dix mois, à rendre à l'articulation les mouvements dans presque toute leur étendue, et le malade marche actuellement sans présenter le moindre degré de claudication.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

La flexion du membre est, de toutes les méthodes de traitement des anévrysmes poplités, la plus simple, la moins pénible et la moins dangereuse. Il ne faut pas s'étonner qu'elle soit aussi la moins sûre. Quand elle réussit, l'absence de toute douleur et de tout danger dans une affection aussi formidable est une chose réellement merveilleuse. Quand elle échoue, elle n'entraîne aucun effet fâcheux (généralement, je crois, elle n'en produit aucun) pour la marche ultérieure de l'affection. Il y a à cela, sans doute, des exceptions comme je ne manquerai pas de vous l'indiquer. Mais je pense que nous pouvons dire, en règle générale, que la flexion réussit souvent, et que, quand elle ne réussit pas, elle est inoffensive.

L'expérience personnelle que j'ai de cette méthode a été singulièrement favorable. Trois cas qui ont été récemment en traitement à l'hôpital Saint-Georges, deux dans mon service et un dans celui de M. Rouse, ont été rapidement guéris par la flexion, bien que dans l'un de ces cas la tumeur fût très-volumineuse, et j'ai vu bien des cas où l'on n'a retiré aucun bénéfice de la flexion, et dans un autre il semble qu'elle était nuisible.

La méthode est généralement et justement attribuée à M. Ernest Hart. J'étais en consultation avec lui pour le premier cas dans lequel elle fut employée, et je n'ai pas le moindre doute au sujet de son titre comme inventeur de la méthode; il l'a imaginée, ignorant absolument que quelqu'un y eût pensé avant lui. Cependant des chirurgiens en avaient déjà eu l'idée qui leur avait été suggérée par l'emploi de la flexion dans les hémorrhagies, et en particulier par la flexion forcée du coude qui est une des ressources ordinaires de la chirurgie dans les blessures de la région palmaire. Lenoir et Velpeau (*Gaz. des hôp.* 1859. 184.) font observer que Monteggia avait parlé de la flexion comme d'une méthode pour guérir les anévrysmes, et Malgaigne est quelquefois cité comme ayant fait la même recommandation ; mais il m'a été impossible de découvrir ces passages, et je crois que souvent le conseil d'essayer la flexion en cas d'hémorrhagie a été interprété comme étant le conseil d'employer le même moyen pour la guérison des anévrysmes. Velpeau cependant est cité pour avoir essayé ce moyen dans un cas d'anévrysme traumatique du pli du coude ; mais, au bout de neuf jours, les douleurs éprouvées par le malade l'obligèrent à y renoncer et à recourir à la ligature.

Dans le journal de chirurgie de Malgaigne (vol. IV, 1846, p. 20), M. Henry, chirurgien de la marine, cite deux cas dans lesquels des blessures d'artères au membre inférieur furent guéries par la compression et la flexion forcée. Il continue en ces termes : « La flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, et l'immobilité du membre maintenue pendant le temps convenable, suffiront à la guérison radicale de toute plaie transversale, par l'aplatissement complet de la brachiale à sa partie inférieure ou de ses branches terminales. Par analogie, nous en pouvons dire autant pour les branches de bi-

(1) Voir le numéro du 15 août.

furcation de la poplitée, puisque la flexion forcée de la jambe sur la cuisse retarde le passage du sang dans la jambe et dans le pied. » Puis, après avoir parlé des plaies incomplètes des mêmes vaisseaux, il ajoute : « Tout anévrysme des artères en question est guérissable par le même moyen. Cela étant donné, leur ligature doit être restreinte à quelques cas rares où l'ankylose, une fracture ou une autre affection s'opposerait à la flexion forcée de l'avant-bras ou de la jambe. »

Mais, si je comprends bien ce passage, il n'envisage la flexion que comme moyen de traitement des anévrysmes du pli du coude, de l'avant-bras ou de la jambe, ces derniers étant fort rares. Il n'est certainement fait aucune mention spéciale des anévrysmes poplités.

Thierry (*Gaz. des hôp.*, 1852, p. 327) rapporte l'observation d'un homme qui avait eu la brachiale blessée dans une saignée, et qui avait une tumeur présentant tous les signes d'un anévrysme traumatique, dont il fut guéri par la flexion forcée, en un mois environ, l'artère devenant perméable. Il fait suivre l'observation des réflexions suivantes : « Sans vouloir discuter, comme on l'a fait souvent, le mode de guérison des piqûres d'artères, pouvons-nous admettre que la position donnée au membre a eu quelque influence sur la guérison, ou celle-ci ne doit-elle être attribuée qu'à la nature seule? Dans la première hypothèse, nous serions en droit de recommander la flexion forcée comme moyen thérapeutique; pour la fémorale, la cuisse devrait être fléchie sur le bassin; pour la poplitée, la jambe doit être fléchie sur la cuisse. Sans aucun doute, un seul cas ne suffit pas pour établir un mode de traitement, mais il peut servir de renseignement et conduire à la généralisation graduelle de la méthode si l'expérience lui donne raison. »

Ce passage renferme la première recommandation précise du traitement en question pour les anévrysmes poplités, sur laquelle j'ai pu mettre la main.

Le cas de Maunoir est bien connu, et précéda le premier cas de Hart d'un an environ. Il est ainsi résumé par Richet, d'après l'*Écho médical de Neufchâtel* de septembre 1878 (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1865, t. II. p. 339). Bien que ce fait soit antérieur à celui de Hart, il n'était pas à ce moment connu en Angleterre, celui de Hart datant du même mois de septembre 1858. Le malade de Maunoir était âgé de soixante et un ans, et l'anévrysme était volumineux. Maunoir, ayant remarqué que la flexion du membre arrêtait instantanément les pulsations de la tumeur, essaya de maintenir la flexion forcée au moyen d'un bandage de cuir. Mais il en résulta des douleurs si vives, qu'après les avoir supportées pendant deux ou trois jours le malade déclara qu'il aimait mieux mourir que de supporter plus longtemps pareille torture. On fit alors, au moyen d'un drap, une sorte de large étrier fixé à l'épaule opposée et maintenant le membre fléchi. Le malade put marcher avec des béquilles, et quitta Genève pour rentrer chez lui. Après avoir porté ce bandage pendant quinze à vingt jours, il remarqua que la tumeur ne présentait plus de battements et qu'elle avait diminué de volume; aussi suspendit-il tout traitement. Un an après, il était tout à fait bien, n'ayant plus qu'une petite tumeur dure dans le jarret.

Le premier cas de Hart est trop bien connu pour nécessiter autre chose qu'une simple mention. Il est rapporté dans le 42e vol. des *Méd. chir. trans.* Le malade était âgé de quarante et un ans, l'anévrysme offrait un petit volume. La flexion du membre faisait cesser les pulsations et le *thrill*. La flexion complète ne déterminait aucune gêne, et soulageait beaucoup les douleurs causées par l'anévrysme. En résumé, toutes les circonstances étaient favorables à la nouvelle méthode. On obtint la guérison définitive par la flexion complète maintenue pendant cinq jours et cinq nuits au moyen d'un bandage, avec un intervalle de changement de position pendant la plus grande partie du troisième jour. Dans ce cas, que, grâce à l'obligeance de Hart, j'ai eu l'occasion d'observer avant et pendant le traitement, le malade n'éprouva absolument aucune gêne, à moins que le séjour au lit ne fût considéré comme une gêne. Il n'est pas étonnant qu'un aussi éclatant succès ait conduit la généralité des chirurgiens à essayer la méthode, surtout dans ce pays.

Il me reste à essayer d'examiner, du mieux que je pourrai, quels ont été les résultats de ces tentatives, à voir s'il est possible d'expliquer la manière d'agir du traitement, et de déterminer les règles qui doivent présider à son application.

La statistique de Fischer (*Prag. Viertel*, 1869) donne les résultats fournis par la flexion dans quarante-huit cas d'anévrysmes poplités, dont trente-six, je crois, sont de source anglaise. Dans dix-huit cas, la flexion employée seule fut suivie de succès, la compression mécanique préalable employée dans quatre cas ayant échoué. La flexion réussit aussi dans cinq autres cas, deux fois combinée avec la compression instrumentale, deux fois avec la compression digitale, une fois avec la compression directe au moyen d'un sac de plomb. La méthode a donc réussi dans la proportion de 49 0/0, c'est-à-dire à peu près la moitié des cas. Parmi les vingt-cinq cas restant, il y en a cinq dont le résultat n'est pas indiqué. Tout le monde fut guéri, sauf un malade qui mourut après la ligature. Mais deux fois il fallut recourir à l'amputation après la ligature de l'artère (Holtbour et docteur Fayrero).

On pourrait ajouter à cette énumération un grand nombre de cas qui se sont présentés, ou qui ont été publiés pendant les cinq années qui se sont écoulées depuis la publication du travail de Fischer. Mais je doute fort que la peine de fouiller toutes les publications périodiques du moment soit récompensée par un résultat quelconque. J'ai réuni un bon nombre de ces faits récents, mais ils n'indiquent pas, en somme, d'autres résultats que ceux de la statistique citée plus haut : un grand nombre de cas ont été guéris d'emblée sans inconvénient ni danger d'aucune sorte; dans un assez grand nombre de cas, le traitement dut être abandonné, soit à cause des douleurs qu'il provoquait, soit parce qu'il semblait n'exercer aucune action avantageuse sur l'anévrysme, mais dans ces cas la marche de l'affection et les résultats du traitement consécutif semblent n'avoir été influencés en aucune manière par l'emploi de la flexion; et finalement un petit nombre de cas dans lesquels le traitement employé semblait menacer de rompre le sac, de déterminer la gangrène, et exerçait par conséquent une influence fâcheuse sur la marche ultérieure de l'affection.

J'examinerai successivement chacune de ces catégories de faits, et je m'efforcerai de déterminer les causes de succès ou d'insuccès de la flexion, et d'en déduire les indications pour ou contre ce mode de traitement, autant que notre expérience actuelle peut le permettre.

Voyons d'abord les cas de succès, et voyons si le succès a été primitif, c'est-à-dire sans aucun traitement antérieur ; ou bien secondaire, c'est-à-dire après l'échec d'une autre méthode de traitement.

Parmi les premiers, nous avons certainement quelques-uns

des cas les plus frappants de guérison que puisse présenter l'histoire de la chirurgie. Rappelez-vous d'abord quelle terrible gravité on attribuait ordinairement aux anévrysmes poplités; rappelez-vous combien ils sont graves, en effet, quand on leur a laissé atteindre un grand volume, ou que, par négligence, on les laisse s'accroître rapidement; rappelez-vous combien nous sommes inquiets en face d'un cas qui a nécessité l'opération de Hunter, malgré notre confiance dans l'opération, confiance qu'expliquent l'expérience de Synn et de Mott et les preuves incontestables de succès que je vous ai présentées dans la pratique hospitalière générale. Malgré tout cela, dis-je, aucun de nous ne peut se présenter auprès du lit d'un malade qui a subi la ligature de la fémorale peu de jours avant, sans éprouver un sentiment de pénible anxiété.

Il y a, au contraire, d'autres cas traités par la flexion dans lesquels nous n'avons pas le moindre motif d'inquiétude, dans lesquels la flexion entraîne si peu de gêne que tout le traitement se réduit, à peu de chose près, à un alitement temporaire, et d'autres dans lesquels le malade ne s'alite même pas et peut aller et venir.

A PROPOS DE L'IMMUNITÉ DES BÊTES A CORNES POUR LA NICOTINE

QUATRE CAS D'EMPOISONNEMENT

Par le docteur Albert René.

Dans ma thèse inaugurale, j'avais exprimé la pensée que l'immunité dont on gratifie certains animaux pour le tabac n'était peut-être pas aussi complète qu'on voulait bien le dire. J'étais amené à cette conclusion, entre autres expériences, par le fait suivant: Un auteur allemand, O. Nasse, qui a beaucoup étudié la nicotine, avait avancé que les chats nouveau-nés et les souris sont insensibles à l'action de la nicotine. De nombreuses expériences, faites sur des chats nouveau-nés, nous avaient confirmé dans l'opinion contraire. De même, avec les souris: un curieux graphique de la respiration d'une souris soumise à l'action de la nicotine nous avait montré les convulsions caractéristiques d'une façon très-remarquable. L'immunité n'existe donc pas pour ces animaux.

A propos de l'opinion que les bêtes à cornes et les chèvres peuvent manger impunément quantité de feuilles de tabac et de belladone, j'avais écrit dans ma thèse que ces faits exceptionnels mériteraient d'être consacrés par une nouvelle expérimentation.

Un de mes amis, très-bon observateur, a été étonné de cette assertion et s'est empressé de me communiquer l'histoire de quatre cas d'empoisonnement de vaches par les feuilles de tabac, faits qui se sont passés dans deux villages voisins.

« Dans le premier cas, il s'agit d'une vache qui, vers neuf heures du matin, arriva à atteindre l'extrémité de feuilles de tabac (pendues en guirlande pour les faire sécher) et rogne tout ce qu'elle peut saisir avec sa langue à cette hauteur, environ une dizaine de feuilles. Elle nourrissait un veau, qu'on a fait teter vers trois heures après midi, et qui a pris le repas comme à l'ordinaire, sans éprouver ultérieurement aucun accident. A quatre heures, lorsqu'on voulut conduire la vache en pâture, elle était étourdie et ne pouvait avancer; ses jambes tremblaient et fléchissaient.

« Elle fit quelques pas hors de son écurie, puis on la fit rentrer, vu son état alarmant. Pendant qu'on attendait le vétérinaire, le propriétaire de la vache la fit tuer pour ne pas perdre la viande. Mais le vétérinaire, craignant des accidents d'empoisonnement par la nicotine, défendit de mettre la viande en vente.

« Peu de temps après, une autre vache périt aussi dans les mêmes circonstances.

« Encore dans le même village, un bœuf, ayant mangé quelques feuilles de tabac pendues dans la cour de la ferme, n'en put atteindre que les extrémités; il ne périt pas, mais il fut très-malade; on remarqua bien qu'il tremblait aussi sur ses jambes. On lui fit prendre aussitôt du lait. Au bout de trois ou quatre jours, il était à peu près guéri.

« Le dernier cas concerne une génisse qui mangea, suivant l'appréciation du propriétaire, quatre ou cinq feuilles de tabac sèches (pendant qu'on le mettait en paquets). Quelques instants après, on s'aperçut que la génisse était très-malade; deux heures après, voyant qu'elle allait périr, on la tua pour ne pas perdre la valeur de la viande. Le ventre n'avait pas gonflé. »

Tels sont ces quatre cas, qui me paraissent prouver que les feuilles de tabac ont une action nuisible sur les bêtes à cornes; sans doute ces faits, qui se sont passés à la campagne, n'ont pas été recueillis avec des renseignements physiologiques; ils ne sont pas aussi probants que l'expérimentation directe, qui consisterait à faire absorber de la nicotine à une vache comme on l'administre, dans les laboratoires, à un lapin ou à un cochon d'Inde; mais les accidents observés me semblent devoir être rapportés à l'absorption des feuilles de tabac. Ce fait, relaté deux fois, que « l'animal tremblait sur ses jambes », est très-important: je l'ai observé très-souvent chez les chats et autres animaux empoisonnés par la nicotine.

Pour le premier cas, le vétérinaire qui a entendu les renseignements au moment même de l'accident a cru à l'empoisonnement par la nicotine, et c'est ce qui l'a déterminé à interdire la mise en vente de la viande. A ce propos, disons que la viande d'animaux intoxiqués par la nicotine n'est pas toxique pour cela: nous avons nourri des chiens pendant plusieurs mois avec la viande de lapins et d'oiseaux empoisonnés par la nicotine, ce qui, d'ailleurs, se reproduit pour la plupart des poisons.

Il m'a paru intéressant de signaler ces faits pour attirer l'attention sur cette question de l'immunité: les médecins et vétérinaires qui exercent dans les départements où l'on cultive le tabac doivent avoir observé nombre de faits de ce genre.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

161. Gaye. — De l'entropion et d'un nouveau procédé opératoire.

162. Barré. — Des déformations du membre inférieur, suite de tumeur blanche du genou.

163. Fesq. — Essai sur les ruptures traumatiques des gros vaisseaux intra-abdominaux, sans lésions de la paroi abdominale et des viscères.

164. Vedel. — De la valeur diagnostique du rêve dans l'alcoolisme chronique.

165. Austruy. — Des causes les plus générales de la calcification des artères.

166. Ledoux. — Des atrophies de la main, consécutives aux lésions du nerf cubital, avec une planche à l'eau-forte.

167. Sauvage. — Du rhumatisme spinal.

168. Chotard. — Essai sur la fièvre bilieuse rémittente.

169. Galbruner. — Symptomatologie de l'empoisonnement par le phosphore; du phosphorisme.

170. Dircks-Dilly. — Étude sur le purpura hæmorrhagica chez l'enfant.

171. Pillière. — De la valeur relative des différents traitements des épanchements pleurétiques.

172. Bouillet. — Contributions à l'étude des kystes hydatiques simples du foie.

173. Courret. — Contribution à l'étude de la dysenterie. Relation d'une épidémie observée à l'Hôpital militaire de Bordeaux, en 1875.

174. Issartier. — Des dégénérations secondaires de la moelle épinière, consécutives aux lésions de la substance corticale du cerveau.

175. Portalier. — Essai sur l'alimentation du soldat.

176. Coste. — De la consanguinité.

177. Morel. — Étude sur le traitement des fractures simples et compliquées du corps de l'humérus.

178. Jourdain. — De l'emphysème traumatique généralisé, consécutif aux fractures de côtes.

179. Joannet. — Le poil humain, ses variétés d'aspect, leur signification en médecine judiciaire.

180. Darré. — Essai sur un point spécial de la pathogénie des parotidites.

181. Ducloux. — De la cicatrisation par dessiccation.

182. Petit. — Traitement de la fissure hémorrhoïdaire par la dilatation forcée du sphincter de l'anus, combinée avec l'extirpation des hémorrhoïdes.

183. Cardot. — Étude sur les phénomènes observés dans l'os, après les amputations de quelques accidents consécutifs.

184. Lebastard. — De quelques accidents de la marche chez le soldat.

185. Bertrand. — Contribution à l'étude des oblitérations mésentériques.

186. Bouthery. — Du traitement du rhumatisme noueux par les bains à haute température.

187. C. Leneveu. — Contribution à l'étude des maladies chirurgicales à urines albumineuses au point de vue de leur siège; leurs causes, leurs symptômes et leurs lésions.

188. Varaillon. — De l'adénopathie iliaque dans la coxalgie chez l'enfant.

189. Paris. — De l'ophthalmomalacie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 août 1878, sont nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Juloux, Michaud, Fonsart et Laurent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Traité élémentaire de chirurgie gynécologique, par le docteur A. Leblond, médecin-adjoint de Saint-Lazare, rédacteur en chef des *Annales de gynécologie*. Un beau volume in-8° de 670 pages avec 281 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, H. Lauwereyns.

Des Ophthalmies sympathiques, par le docteur Paul Reclus. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Des Néoplasmes des ganglions lymphatiques, par le docteur Humbert. In-8°. — Prix : 4 fr. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Rapports du diabète avec l'arthritis et de la dyspepsie avec les maladies constitutionnelles, par le docteur Cornillon. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

De l'Adipose sous-cutanée dans ses rapports avec les atrophies musculaires, valeur séméiologique de ce signe, par J. Vergnes. In-8°. — Prix : 1 fr, 50. — Paris, Alexandre Coccoz.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19

N° 102. — MARDI 3 SEPTEMBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 3 SEPTEMBRE 1878. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. ERNEST BESNIER.

De la syphilis secondaire anomale ou maligne.

I.

Si vous jetez un regard rétrospectif sur les nombreux cas de syphilis cutanée que vous voyez passer en peu de temps sous vos yeux dans ce grand hôpital, vous ne pouvez point ne pas être frappés de leur caractère très-ordinaire de bénignité relative, et cela aussi bien dans la nature des accidents locaux que dans l'intensité des phénomènes généraux.

En effet, s'agit-il de l'accident primitif, du chancre, il est souvent si peu de chose qu'il peut parfois passer inaperçu des malades; le plus ordinairement peu grave en lui-même, et s'effaçant soit spontanément, soit sous l'action médicamenteuse.

Avez-vous affaire aux accidents secondaires communs: syphilides exanthématiques érythémateuses, papuleuses, condylomateuses, papulo-pustuleuses, etc., vous ne les voyez guère acquérir un haut caractère de gravité, et résister au-delà de quelques semaines à l'ensemble des moyens de traitement dont nous disposons. Que si vous vous représentez, enfin, le plus grand nombre des faits de syphilis cutanée tertiaire que nous avons vus ensemble: syphilides tuberculeuses, ulcérantes, gommes ramollies et évacuées, etc., vous reconnaîtrez que rien n'est plus merveilleux que la rapidité avec laquelle ils subissent l'action des traitements locaux ou généraux appropriés.

Bien plus, cette bénignité générale relative, qui est si remarquable dans les affections cutanées de la syphilis commune, vous la retrouverez encore, concurremment, dans l'état général des malades, non moins que dans l'état des organes internes.

La grande majorité des sujets que vous interrogerez à ce sujet n'a rien éprouvé d'appréciable dans la santé, ni pendant l'incubation, ni pendant la germination de l'accident primitif; c'est là, d'ailleurs, un fait commun à la plupart des intoxications virulentes telles que la rage, la vaccine, etc.

Quelques malades, notamment les femmes, présentent, il est vrai, dès le début des accidents secondaires, un état manifeste de chloro-anémie, un abaissement considérable du chiffre des globules, des troubles digestifs, de la fièvre rémittente, une prostration physique et morale plus ou moins accentuée, des troubles névropathiques et dysesthésiques divers, etc.; mais tout ce cortège de symptômes est souvent si léger qu'il faut quelquefois un examen minutieux pour en réunir les éléments; il est rare que les malades l'accusent spontanément: mais, alors même qu'il est complet, il ne faut pas plus de quelques jours ou de quelques semaines, au plus, pour le voir s'effacer sous l'action d'un traitement attentif.

Presque jamais vous n'avez vu ni accidents généraux graves mettant la vie des malades en danger, ni désordres locaux profonds ou mutilants, ni lésions graves des viscères.

Cependant, si je proclame avec tant d'insistance cette bénignité générale de la majorité des cas de syphilis cutanée, c'est surtout pour ajouter que cette bénignité n'est pas constante, et pour vous avertir énergiquement qu'il reste une minorité, trop nombreuse encore, de cas de syphilis graves, très-graves, ou même revêtant un véritable caractère de malignité, tantôt par les accidents locaux, tantôt par les phénomènes généraux, tantôt enfin par les altérations viscérales.

Il ne faudrait pas croire, non plus, que les formes bénignes de la syphilis cutanée aient été ainsi les plus nombreuses à toutes les époques de la syphilis. Au moment de son apparition en Europe, qui répond à la fin du quinzième et au commencement du seizième siècle, apparition qui coïncida exactement avec la disparition de la lèpre en notre pays, les accidents cutanés de la syphilis revêtaient, au contraire, communément un caractère de gravité dont nous ne saurions nous faire aucune idée par l'observation de l'état actuel de la maladie. A la place des lésions élémentaires peu importantes et résolutives, que nous observons aujourd'hui dans les premiers mois qui suivent l'infection, il n'était pas rare de constater sur toute la surface du corps des altérations ulcéro-gangréneuses qui rendaient la maladie bien autrement grave et cruelle.

Plus tard, cette gravité s'atténua au point que les cas très-graves devinrent presque exceptionnels, et furent souvent méconnus ou mal interprétés.

Mais l'analyse clinique plus sévère des contemporains a montré que l'immutabilité des genres morbides était absolue: de même que la lèpre, qui semble être la maladie la plus ancienne de l'humanité, était telle aux premiers temps où l'on en trouve la trace écrite, qu'elle est encore aujourd'hui; de même la syphilis produit encore des exemplaires qui répondent exactement aux tableaux les plus sombres de la maladie du quinzième siècle, et que nous rencontrons encore trop fréquemment.

A côté de la syphilis commune, normale, régulière, classique, il faut donc savoir qu'il existe une syphilis anomale, une syphilis maligne, et ne pas oublier que cette maladie constitutionnelle, la mieux réglée de toutes dans ses phases, présente cependant dans ses diverses périodes de nombreuses et graves irrégularités.

Vous savez que ces phases ou actes classiques, absolument vrais, qui partagent la longue et lente évolution de la syphilis observée chez un même sujet au cours successif des années, sont au nombre de trois :

La première prend naissance avec l'inoculation du virus : elle comprend l'incubation, période latente d'imprégnation de l'économie et de conception par celle-ci du virus, conception qui aboutit à une première manifestation locale, le chancre, au lieu même de l'application première du virus, c'est l'accident primitif ; la période qu'il clôture est appelée période primitive.

Les anomalies de cette période portent surtout sur la durée de l'incubation, sur le nombre, la forme, l'état de simplicité ou de complication de l'accident primitif, lequel, bien que simple et bénin dans la majorité des cas, devient quelquefois gangréneux, phagédénique, circonstance qui est ordinairement du plus mauvais présage au point de vue de la gravité des accidents à venir.

La seconde période, appelée à cause de son rang chronologique période secondaire, naît virtuellement à la constatation véritable du chancre, au moment où débutent l'adénopathie générale, l'anémie, les lésions superficielles communes du foie, de la rate, etc. ; elle commence officiellement à la première apparition des syphilides érythémateuses, papuleuses ou condylomateuses.

Lorsqu'elle est normale, ordinaire, commune, elle est essentiellement caractérisée par deux faits connexes d'une importance capitale : 1° la *généralisation* des phénomènes éruptifs à toute l'étendue du tégument ; 2° la *superficialité*, le caractère résolutif des lésions, lesquelles ne s'ulcèrent pas, et disparaissent sans laisser de cicatrices.

C'est dans la période suivante, troisième période appelée pour cela période tertiaire, que l'on voit au contraire apparaître comme caractéristique des phénomènes absolument inverses, c'est-à-dire : 1° *localisation* des éruptions à certains districts du tégument ; 2° *profondeur* et *caractère ulcératif* des lésions qui ne guérissent que par une cicatrice indélébile.

C'est à la période secondaire que se rapportent les plus fréquentes anomalies qui constituent la syphilis cutanée maligne : les éruptions généralisées prennent d'emblée le caractère ulcératif qui n'appartient qu'à la période tertiaire, et elles le prennent avec une allure rapide et sur une surface considérable qui en aggravent singulièrement la portée.

Les cas de ce genre, que plusieurs syphiligraphes ont laissé de côté, peut-être pour ne pas altérer la netteté des contours classiques de la division mathématique, doivent au contraire être signalés avec force. Cela a été fait ici pour la première fois par l'illustre Bazin et par l'un de ses élèves distingués, le docteur Dubuc, qui ont constitué nettement un groupe auquel ils ont donné le nom de *syphilides malignes précoces*, mais qu'il est plus simple et plus régulier de dénommer, comme je le propose, *syphilides secondaires anomales ou malignes*.

Le malade qui est devant vous présente un exemple remarquable de syphilis secondaire anomale, et son souvenir devra rester gravé dans votre esprit. C'est un homme de vingt-six ans, déménageur, de constitution vigoureuse et presque athlétique. La coloration pigmentaire de la peau et des poils est peu accentuée, mais il ne présente ni n'a présenté aucun indice qui permette d'en faire un scrofuleux.

La profession qu'il exerce est pénible, elle le rend nécessairement alcoolique ; mais travail et excès ne paraissent pas avoir chez lui dépassé la moyenne de ce que l'on observe chez les très-nombreux sujets qui exercent le même métier que lui.

Ce malade est entré pour la première fois dans mon service, au mois de juillet 1877, pour une éruption généralisée qui datait déjà de cinq à six semaines ; il avait reçu en ville les soins éclairés d'un médecin instruit, et cependant l'éruption se développait sans arrêt ; en même temps, une grande pâleur, de l'amaigrissement et une grande faiblesse le déterminèrent à entrer ici. A cette époque, la face, le tronc, les membres étaient littéralement criblés de saillies papuleuses et tuberculeuses, plates ou saillantes, variant du volume d'un pois à celui d'une noisette ; papules et tubercules étaient d'un rouge cuivré intense.

Quelques-uns de ces éléments étaient intacts ; d'autres portaient à leur sommet une croûte adhérente, arrondie, noirâtre, escharifiée en quelques points, en forme de rupia, en d'autres ; d'autres étaient ulcérés à pic avec un fond sanieux et pseudo-membraneux, un bord rouge et induré avec une auréole cuivreuse. La dimension de ces éléments était variable : les plus grands affectaient environ le diamètre d'une pièce de cinq centimes en cuivre (1).

Il fut fait, à cette époque, une recherche très-attentive de l'élément primitif auquel pouvait être rapportée cette affection : il parut manifeste, d'après l'enquête non moins que d'après la constatation directe que cet accident primitif avait son siège *sur la langue*, où le souvenir du malade le plaçait, et où l'on retrouvait une ulcération presque complètement cicatrisée, mais encore manifestement indurée.

Il fallut plusieurs semaines des soins les plus multipliés pour remonter l'état général des forces ; il fallut plusieurs mois du traitement le plus minutieux pour voir se terminer la série des éruptions qui se renouvelaient sans cesse en même temps que les anciens éléments se cicatrisaient.

Longtemps après que les ulcérations avaient cessé de sécréter des croûtes, leur périphérie restait indurée, et toute leur surface desquamait abondamment à la manière du psoriasis. Enfin, l'état général était redevenu satisfaisant, les masses musculaires s'étaient reformées, l'embonpoint avait reparu, quelques tubercules de petite dimension subissaient encore partiellement la dégénération ulcérative centrale, vers la fin de l'année 1877, lorsque le malade réclama sa sortie et reprit son travail.

Ainsi donc ce malade avait eu pour accidents secondaires contemporains du chancre, une éruption généralisée de tubercules donnant lieu à des ulcérations larges et profondes à base indurée, suivies de cicatrices indélébiles et se reproduisant pendant plus de six mois malgré un repos absolu, une surveillance de tous les jours et l'ensemble des moyens d'action dont on peut disposer dans un hôpital spécial.

Cette éruption constituait une anomalie dans la période secondaire de la syphilis ; c'était une syphilide secondaire anomale et maligne, une syphilide tuberculeuse généralisée, ulcérante.

Cette acuité si grande des phénomènes cutanés, coïncidant

(1) La lésion a été moulée par M. Baretta ; elle a été déposée au musée de l'hôpital Saint-Louis par M. Besnier, sous le titre de : *Syphilide tuberculo-ulcérante* (syphilide maligne précoce contemporaire du chancre), n° 472.

avec une durée aussi prolongée, loin d'être un phénomène exceptionnel dans la syphilis secondaire anomale, est au contraire un fait constant de la plus haute importance. Vous ne devrez jamais l'oublier dès le début, en présence d'un cas semblable, et il vous faudra avoir grand soin d'annoncer, dès les premiers accidents, que, quelque soin que vous mettiez dans la direction du traitement, la durée de ce premier acte du drame ne sera pas moindre de cinq ou six mois.

Ce n'est pas tout: après un entr'acte à peu près égal, surviennent de nouvelles poussées éruptives qui reproduiront la maladie selon le même type avec quelques différences que je vais vous indiquer; c'est la première de ces poussées successives qui ramène le malade à l'hôpital, dans l'état que nous allons voir.

Depuis sa sortie de l'hôpital, en décembre 1877, ce malade n'a pas cessé de prendre sans interruption, chaque jour, deux grammes d'iodure de potassium et deux cuillerées à bouche de sirop d'iodure de fer. La situation était à peu près satisfaisante, lorsque, il y a trois semaines (en juin 1878), à l'occasion de quelques-uns des excès alcooliques auxquels il s'adonne, il fut pris de fièvre précédée de frisson, de diarrhée, d'inappétence, d'insomnie, de barre épigastrique, en même temps que se développait l'effroyable éruption que vous pouvez constater.

Cette éruption se retrouve sur la totalité du tégument externe: ses éléments, disséminés ou réunis par groupes, présentent tous, à un degré quelconque, des caractères analogues qui ne varient que par l'intensité ou le degré de leur évolution. Considérée dans son ensemble, elle est d'abord remarquable par son groupement en vastes placards ou districts éruptifs qui laissent entre eux des espaces considérables de tégument dépourvus de toute éruption. Les groupes principaux existent: 1° dans la région lombo-sacrée où l'on trouve une immense plaque de vingt centimètres carrés; 2° dans la région épigastrique; 3° à la partie antérieure de la jambe gauche et des deux cuisses; 4° en dehors de ces points, les groupes sont moins étendus en surface, et l'on rencontre un grand nombre d'éléments isolés, de dimensions colossales, surtout au niveau des fosses sus-épineuses, au sommet du bras gauche, au sommet des coudes.

Trois éléments principaux dominent dans l'éruption; ce sont: des *tubercules*, des *squames et des croûtes*, des *ulcérations*.

a. Les *tubercules* se trouvent partout. Ce sont eux qui, réunis en corymbes, constituent la base des vastes placards: leur volume varie de la dimension d'une petite papule lenticulaire à celle d'un gros pois. Ils sont modérément saillants et assez peu profonds: en plusieurs points, leur confusion complète constitue des infiltrats irréguliers, des plaques.

Leur couleur est rouge cuivré assez clair sur le tronc, rouge sombre presque livide sur les membres inférieurs. Quelques-uns, les plus rares, sont lisses et luisants: d'autres, plus nombreux, présentent à leur surface une légère exfoliation desquamative; sur d'autres, cette exfoliation est plus adhérente, colorée en jaune verdâtre; c'est déjà une croûtelle.

b. Croûtes. Quelques tubercules portent décidément à leur centre une véritable croûte verdâtre ou noirâtre, dépassant en dimensions la surface du tubercule initial, soit que plusieurs tubercules voisins aient pris part à sa constitution, soit que leur base se soit agrandie. Lorsque l'élément tuberculo-croûteux a acquis la dimension d'une pièce de 0,20 à 0,50 centimes en argent, il est constitué par une masse dure, sèche, peu épaisse, noirâtre ou verdâtre, déprimée à son centre, adhérant par sa circonférence à une bordure de téguments rouge cuivré, indurée, un peu saillante au-dessus de son niveau. Si l'on regarde de très-près, on voit, sur une partie ou sur la totalité de cette circonférence, une déhiscence réalisée ou en voie de formation, un sillon encore comblé par une substance analogue à la croûte.

A un degré plus avancé, vous voyez de grandes plaques croûteuses, noires ou verdâtres, composées de zones concentriques, mal accusées bien qu'évidentes, plates et peu épaisses, partiellement adhérentes, séparées, en totalité ou en partie, des bords rouges et indurés qui la cerclent par des sillons d'élimination qui donnent passage à un liquide sanieux, rougeâtre, lequel suinte en longues traînées sur les parties sous-jacentes.

Tantôt ces croûtes sont individualisées, c'est-à-dire uniformément plates et mathématiquement cerclées; tantôt au contraire elles sont limitées par des bords festonnés, et constituées par l'agglomération de croûtes conservant chacune leur forme arrondie et leur cupule centrale individuelle.

c. Ulcérations. Partout où il y a une croûte, il existe au dessous une ulcération à bords taillés à pic, à fond plat, laissant suinter abondamment un liquide sanieux. Aussitôt les croûtes détachées, le liquide suintant se concrète sur place et reconstitue une nouvelle croûte qui ne sera plus comme, la première, déprimée en godet, mais qui reprendra toujours à la périphérie de nouvelles zones concentriques, aussi longtemps que le processus ulcératif ne sera pas terminé.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lasègue.

Conférence sur la métallothérapie (1)

Faite le 13 juin 1878, sur l'invitation de M. le professeur Lasègue, par le Dr V. Burq.

III.

Voyons maintenant si la malade dont il me reste à vous parler peut justifier tout ce que je viens de vous dire.

Je ne vous dirai rien de ses antécédents. Quelque envie que je puisse en avoir, je ne vous montrerai point comment chez elle la maladie a débuté; comment, anesthésique et amyosthénique dès son enfance, elle a eu successivement des convulsions, de l'éclampsie, des névralgies et des spasmes divers; puis, à l'âge de quatorze ans, des attaques d'hystérie qui ont fait taire tous les autres symptômes hypernerviques; à quelle occasion la première attaque a eu lieu et comment, cinq années plus tard, en mars 1874, s'est produite l'affection qui, après toutes ses pérégrinations à la Charité, à Saint-Louis, à l'hôpital Lariboisière par deux fois, à Beaujon, etc., a amené la malade à la Pitié, au n° 22 de la salle Saint-Charles; de quelle façon s'est comportée pendant ce temps la menstruation, et enfin à quel moment il y eut apparition des premiers troubles gastriques et à leur suite invasion de la chlorose. Tout cela me mènerait beaucoup trop loin, et je me vois forcé de vous renvoyer à l'observation, qui sera publiée à part.

Je me bornerai à vous dire où elle en était encore, quant aux principaux symptômes, après quatre annnées de tous les traitements imaginables où l'on n'avait oublié qu'une chose, la métallothérapie; après des tentatives chirurgicales poussées jusqu'à lui appliquer une couronne de trépan sur l'apo-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 août.

physe mastoïde pour une névralgie persistante de cette région, et surtout, retenez-le bien, après l'application des courants continus pendant quatre mois consécutifs, lorsque, en avril, l'un des internes de cet hôpital, gagné à la métallothérapie par tout ce qu'il en avait vu dans le service de son maître, M. Dumontpallier, eut le premier l'idée de la faire intervenir dans ce cas, et, ayant procédé méthodiquement, ainsi que je vous l'ai dit, reconnut qu'elle était extrêmement sensible à l'or.

1° *Symptômes* — ou *hyponerviques.* — Hémi-anesthésie complète à gauche, tactile et sensorielle dans toute la moitié supérieure du corps jusque sur la ligne médiane exactement à partir des premières fausses côtes en avant et des lombes en arrière. Amyosthénie générale mais plus prononcée à gauche, pression de ce côté entre 10 et 15 kilos seulement. Météorisme considérable, grande paresse intestinale. Aménorrhée complète depuis huit mois, par contre leucorrhée abondante, souvent de l'anurie, circulation dans les capillaires des plus défectueuses, piqûres exsangues, teinte subictérique, froid des extrémités.

2° *Symptômes* + ou *hypernerviques.* — Contracture de tout le membre inférieur gauche. La jambe est dans l'extension forcée, toutes les articulations sont comme soudées en ligne droite avec le bassin. Le pied, fortement rétracté en dedans, se présente en varus avec un peu d'équinisme : son bord externe porte seul sur le lit. Les quatre petits orteils sont fortement fléchis vers les chairs au point que leurs angles y pénétreraient, si l'on ne prenait soin de temps en temps de les rogner, tandis que le gros orteil est, lui, recourbé presque en arc en sens contraire. Je signale dès à présent cette *contradiction musculaire* aux amateurs de simulation à tout prix chez les hystériques ; j'y reviendrai tout à l'heure.

Toutes les parties contracturées sont le siège d'une hyperesthésie telle que le seul frôlement de la peau suffit pour faire pousser des cris à la malade.

Aussi est-on obligé de protéger sa jambe contre tout contact à l'aide d'un cerceau. Depuis quatre années, ni le spasme crural ni l'hyperesthésie n'ont cessé un seul jour, et cependant, outre les inhalations de chloroforme, on a dirigé contre eux jusqu'à 8 injections par jour de morphine et d'atropine à pleine seringue, sans compter 6, 8 et même 11 grammes de chloral. Du même côté il y a une ovarie également considérable, mais la sensibilité de l'iodure n'existe que depuis que s'est faite la contracture, et par extension de l'hyperesthésie de la jambe. Antérieurement jamais la malade n'avait souffert du ventre. En outre, les attaques, à l'intensité près qui est moindre, continuent. Il y en a eu quatre encore dans la dernière semaine de mars. Elles ont un caractère franchement hystérique, bien que les prodromes soient en général de très-courte durée, qu'elles s'accompagnent toujours de perte de connaissance, et que la malade se morde parfois la langue jusqu'au sang.

3° *Symptômes* = ou *pondérateurs.* — Anorexie à un très-haut degré. La vue de la viande suffit seule pour *soulever le cœur* à la malade.

Les radis, la salade, les sardines, etc., voilà, en fait d'aliments, ce qu'elle recherche. Cependant elle est loin d'être amaigrie, sa poitrine est au contraire très-abondamment pourvue, ainsi que cela s'observe si souvent chez les hystériques, et elle n'est pas loin de peser les 80 kilos qu'elle dit avoir pesé autrefois, ce qui est assurément un poids fort respectable pour une fille qui n'a encore que vingt-trois ans.

J'ai omis beaucoup de choses dans cette énumération rapide, mais je vous ai dit l'essentiel. Reste à voir d'une part comment s'est comportée en ce cas la métallothérapie externe seule d'abord, puis la métallothérapie interne par la voie stomacale tout au début et plus tard par la méthode endermique, et d'autre part quel a été son mode d'action et quel est le groupe de symptômes qui a dû être le premier influencé pour que son action fût efficace.

Avant de passer outre, il faut, comme je vous l'ai fait pressentir en prononçant ce mot de *simulation*, que je vide une question princeps, *préjudicielle* en quelque sorte : la question de bonne foi chez les hystériques en général et chez notre malade en particulier. A cet effet je détacherai les quelques lignes qui vont suivre d'un chapitre que je médite et qui aura pour titre : *la Réhabilitation des hystériques devant la science.*

« L'hystérie est une affection si bizarre d'allures et si complexe ; il arrive si souvent que les malades sont frappées, au moral comme au physique, d'insensibilité absolue ou bien seulement d'une sorte de *dysesthésie* psychique qui leur fait dire *blanc* quand c'est *noir*, et réciproquement, avec tout autant d'assurance et de *vérité relative* qu'elles répondent *chaud* quand c'est de la glace et *froid* quand c'est, au contraire, de l'eau à les brûler que vous leur appliquez sur les parties qui ne présentent que de l'analgésie, que d'aucuns, n'y comprenant rien, ont été jusqu'à nier cette affection, tandis que d'autres, — et ceux-ci sont nombreux, — sans aller aussi loin, tiennent les hystériques en très-grande suspicion et se montrent plus ou moins enclins à dire de ceux qui s'occupent d'elles qu'ils sont des naïfs ou des dupes, quand ils ne s'en font point les complices ! »

En Angleterre, on a été fort avant dans une telle voie. Parlant des malades sur lesquelles M. Charcot et moi avions opéré à la Salpêtrière, en présence de MM. Ferrier, Reynold's, Wilkinson et de bien d'autres de leurs savants compatriotes, certains médecins anglais auraient été même jusqu'à dire que c'étaient des *malades bien préparées et en tous cas bien habiles.* Habiles à quoi? car je dois dédaigner l'injure qui précède. Oh ! à bien peu de chose. A s'entendre, au nombre d'une dizaine, pour bâtir un roman en conformité parfaite avec une œuvre que j'ai mis, moi, près de trente années à édifier, et à l'agrémenter ensuite de ces deux choses que personnellement je n'avais point su voir encore : le retour des différentes couleurs chez une hystérique achromatopsique dans l'ordre que signalait M. le professeur Charcot, dans sa leçon du 30 décembre dernier, et cette chose, s'il se peut plus inouïe encore, entrevue pour la première fois par M. le docteur Gellé, le *transfert*, c'est-à-dire, comme vous le savez, la perte d'un côté du corps, dans des points absolument symétriques, de tout ce que l'autre côté avait gagné ! Ce sont là des insanités telles, n'est-ce pas? qu'il me suffit de vous les signaler pour en faire bonne justice.

D'autres médecins anglais ont admis les faits, mais ils inclinent à croire qu'ils dérivent de l'*attention expectante*, c'est-à-dire de ce fait que, comme le disait M. Charcot dans sa leçon déjà citée, « il suffit à un observateur de concentrer son attention sur un point de son corps et d'imaginer que tel ou tel phénomène subjectif doit s'y produire, pour que ce phénomède ait, en réalité, quelque chance de s'y manifester ». Les remarques qui vont suivre, les expériences et une petite anecdote que je vous réserve pour la fin vous montreront combien une telle interprétation est erronée.

J'estime, sans pourtant en être autrement sûr, qu'il ne saurait venir à la pensée du contempteur des hystériques le plus endurci d'insinuer que la malade de M. Lasègue a simulé

durant quatre ans, et plus, sa contracture uniquement pour se donner le plaisir, un beau jour, de jeter elle aussi sa béquille au nez de ses médecins, si âpre que soit ce plaisir pour une hystérique qui porte les stigmates indélébiles d'une couronne de trépan dont elle fut gratifiée par la main de l'un d'eux pour une simple névralgie. La sincérité de la malade sur ce point ne pouvant, en tous cas, je l'espère, faire doute pour aucun de vous, voyons maintenant, par la façon dont se sont passées les choses :

1° Si le hasard a été pour quelque chose dans sa guérison;

2° Quel a été ici le rôle des symptômes du groupe — par rapport à tous ceux des groupes + et =.

Le 7 avril, une armature est appliquée sur la jambe contracturée. Dans la même journée, l'hyperesthésie s'en va peu à peu; le soir, elle est déjà remplacée par de l'anesthésie et aussi déjà le genou peut être un peu plié.

Les disques d'or sont laissés à demeure, on les change seulement de place, et, sans autre traitement que cette application locale toute seule, dès les premières nuits, la malade peut se passer du cerceau qui, depuis quatre années, n'avait cessé de protéger sa jambe contre tout contact; le huitième jour elle se fait mettre sur un fauteuil, ce qui ne lui était arrivé que deux fois depuis son entrée; et, à la fin de la deuxième semaine, elle commencait à circuler de lit en lit dans la salle. Entre temps fut faite l'expérience que voici.

Le 19 avril, le douzième jour, ayant appris que le traitement général venait d'être institué, c'est-à-dire qu'on avait ajouté la métallothérapie interne à la métallothérapie externe, je me rends intentionnellement auprès de la malade à l'heure de la visite. Je parle à M. Lasègue de mes espérances, du retour probable, à très-bref délai, des règles absentes depuis si longtemps, de la disparition non moins probable, dans les parties supérieures, de l'anesthésie générale et spéciale et de l'amyosthénie, qui, je le lui fais constater, sont, elles, restées absolument les mêmes. Je prétends que, c'est à ce moment seul que la contracture, les attaques, l'ovarie et tout le reste disparaîtront et qu'il n'y aura plus à redouter de les voir reparaître que si la sensibilité et les forces musculaires reperdent de leur intégrité, et qu'enfin la guérison, entendue dans le sens relatif que peut seulement comporter ce mot, quand il s'agit d'une affection diathésique, me paraît proche. M. le professeur Lasègue, qui pratique très-justement pour son propre compte cette maxime de notre grand physiologiste Cl. Bernard « *que le doute est le véritable oreiller du savant* » n'accueille tous mes dires qu'avec le fin sourire que vous lui connaissez. Il m'objecte que les eaux miraculeuses, les neuvaines, parfois même de simples boulettes de mie de pain en ont fait bien d'autres, et que d'ailleurs la malade a eu déjà une contracture du bras qui s'est dissipée un beau jour comme elle était venue. Je réponds : « Il est très-vrai, cher maître, que l'on a obtenu, par les moyens que vous dites, des guérisons parfaitement authentiques de contractures hystériques non moins rebelles. J'y ai eu recours moi-même avec grand succès dans un cas où la métallothérapie elle-même n'avait rien pu ; mais celle-ci ne fait jamais les choses si bien, je veux dire n'opère point si prestigieusement. Au lieu d'agir comme par un coup de force, au lieu de défaire en un moment ce qui existait depuis des années, il lui faut du temps. Dans les cas où la *pauvrette* se comporte le mieux pour se faire pardonner l'obscurité de sa naissance, c'est d'abord seulement comme le point lumineux d'un fanal très-lointain qui se dirige lentement vers vous avec le véhicule qui le porte; et ce n'est que peu à peu, de proche en proche, et en observant de certaines lois, toujours les mêmes, que la guérison s'opère. D'ailleurs, j'ai en réserve un argument topique, et c'est pour vous l'offrir que je suis venu, tandis qu'il en est encore temps, je veux dire pendant que le traitement interne n'a point encore été censé opérer. Je vais enlever les plaques, et, comme rien n'est changé dans ce qui, pour moi, est la cause immédiate de la contracture, comme le métal n'a agi jusqu'ici que localement, très-certainement la contracture et l'hyperesthésie reparaîtront, et cela peut-être avant qu'il soit vingt-quatre heures. »

Il fut fait sur l'heure comme j'avais dit, et la journée du 19 n'était point encore arrivée à son terme que les désordres ci-dessus avaient reparu, et que la nuit qui suivit fut aussi mauvaise que les précédentes avaient été bonnes. Le lendemain vous vîtes, à la visite, la malade tout en pleurs supplier M. Lasègue de lui faire rendre son armature. Son désir fut satisfait, et le calme se fit le même jour, de la même façon et seulement plus vite qu'il s'était fait déjà le 7.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE.

M. E. Magitot.

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).

Leçons et observations recueillies par M. le docteur Th. David.

XII.

§ 2. De la Gingivite phosphorique.

Nous appliquons le terme de *gingivite phosphorique* à un état inflammatoire de la muqueuse gingivale que peut produire l'usage interne des préparations phosphorées.

Introduit dans la thérapeutique par Kunckel en 1721 (2), le phosphore a été depuis bien souvent employé tantôt avec succès, tantôt sans résultat et contre un grand nombre d'affections. On sait qu'il n'est plus guère prescrit aujourd'hui que dans certaines maladies du système nerveux, notamment les paralysies et l'ataxie locomotrice. En France, dans ces derniers temps, quelques médecins l'ont beaucoup étudié à ce point de vue. Tels sont Tavignot (3), Delpech (4), Galavardin (5), Dujardin-Beaumetz (6), Ranvier (7), Lecorché (8), Lassègue (9)... etc. Il a fait en outre l'objet d'un certain nombre de thèses parmi lesquelles nous citerons celles de MM. Chaumier (1859), Chapuzot (1866), Mauquier (1868), Moris (1868), Landrieux (1868), Serée (1868), Reulos (1868), Poirot (1869), Leboucher (1872), Bordenave (1873), Lemaire (1875).

Mais la plupart de ces auteurs ne mentionnent nullement l'influence nocive du phosphore sur la muqueuse buccale.

Quelques-uns cependant nous paraissent ne l'avoir pas tout à fait méconnue, bien que leurs écrits soient peu explicites à cet égard.

C'est ainsi que M. Delpech, au dire de M. Reulos qui a recueilli dans le service de ce dernier les observations de sa thèse inaugurale, aurait depuis longtemps fait cette remarque qu'à la suite d'une administration un peu prolongée ou sous l'influence de doses élevées, le phosphore détermine certaines lésions buccales et surtout l'ébranlement et le déchaussement des dents, et même, comparant

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 avril.
(2) *Chemische Anmerkungen*, Erfurt, 1721.
(3) *Moniteur des hôpitaux*, 1858.
(4) *Annales d'hygiène publique et privée*, Paris, 1863.
(5) *Gazette médicale*, 1864.
(6) *De l'emploi du phosphore en médecine et en chirurgie*, Paris, 1868.
(7) *Archives générales de médecine*, 1868.
(8) *Archives de physiologie*, 1869.
(9) *Archives de médecine*, 1868.

les effets de cet agent thérapeutique à ceux du mercure, il considère cet ébranlement des dents comme le signe révélateur de l'intensité du traitement phosphoré, de même que l'apparition de la gingivite règle d'ordinaire le cours d'un traitement hydrargyrique. Au reste, dans l'observation de quelques-uns de ses malades traités par le phosphore, M. Reulos signale, en outre de l'ébranlement des dents, un état fongueux, saignant, quelquefois ulcéreux des gencives. Nous sommes porté à croire que, si son attention eût été plus souvent dirigée sur ce point, la gingivite lui eût paru sinon constante du moins très-fréquente.

De leur côté MM. Lebert et Wyss de Breslau (1) font figurer, au nombre des symptômes de l'empoisonnement aigu par le phosphore, la rougeur et l'injection de la gorge, la douleur, la tuméfaction des gencives, la fétidité de l'haleine, état, disent-ils, qui rappelle le scorbut.

Dans ses commentaires thérapeutiques du Codex, M. Gubler (2) signale à différentes reprises les lésions que le phosphore peut déterminer sur la muqueuse gingivale. S'appuyant sur certaines observations de M. A. Voisin, il dit que de petites doses (1 à 10 milligrammes au plus) peuvent provoquer après absorption une légère gingivite avec déchaussement surtout au niveau des incisives. Ailleurs il invoque l'état fongueux des gencives comme une preuve de la friabilité et du ramollissement que le phosphore imprime aux tissus.

D'autre part, on sait que c'est aux travaux de MM. Curie et Vigier (3) qu'est due l'introduction dans la thérapeutique du composé phosphoré le plus ordinairement employé aujourd'hui, le *phosphure de zinc*. Mais, chose surprenante, ces deux auteurs, qui ont fait de cet agent une longue étude physiologique et expérimentale, ne mentionnent pas au nombre des phénomènes observés les lésions gingivales qui avaient frappé l'attention des auteurs précédents et que nous avons nous-même observées d'une manière si nette. C'est pourquoi, désirant nous renseigner plus complètement à cet égard, nous avons consulté directement M. Vigier. Celui-ci, dans une note qu'il a bien voulu nous remettre, nous a répondu qu'il considère comme un fait très-extraordinaire l'accident buccal que nous avons vu se produire sous l'influence du phosphure de zinc, et il ajoute que personnellement il n'a jamais rien constaté d'analogue, ni dans ses expériences physiologiques, ni sur les nombreux malades qu'il a vu traiter par ce médicament.

Nous ne pouvons cependant mettre en doute la réalité de l'existence d'une *gingivite phosphorique*. L'exemple que nous en rapportons plus loin, joint à l'opinion de M. Delpech, aux faits publiés par M. Reulos et aux assertions de Lebert et Wys, de M. Gubler, etc., l'établit, ce nous semble, d'une façon irrécusable.

Il est bien entendu que nous ne voulons parler ici que des effets produits après absorption du poison. L'irritation de la muqueuse buccale par le contact direct des préparations phosphorées, et cet autre accident spécial, la *nécrose des mâchoires*, dite phosphorée, qui reconnaissent pour cause, l'un et l'autre, un certain mode d'action du phosphore, ne rentrent pas dans notre cadre.

Le mécanisme de production de ces phénomènes gingivaux est encore bien peu connu; nous pensons toutefois qu'il ne doit pas différer de celui que nous avons indiqué à propos de la gingivite mercurielle et qui paraît être d'ailleurs commun à toutes les gingivites toxiques.

Il est une autre question dont nous devons dire un mot: c'est celle des doses qu'il faut atteindre pour produire la gingivite. Ici les faits ne sont pas assez nombreux pour répondre; ces considérations ne s'appliqueraient d'ailleurs qu'au phosphure de zinc, le composé à peu près exclusivement employé à l'intérieur depuis les travaux de MM. Vigier et Curie. Il convient, du reste, à cet égard, de tenir compte de la susceptibilité tout individuelle de certains sujets, et c'est probablement cette circonstance qui fait que cet accident du phosphore ne s'est trouvé que rarement signalé.

D'après les derniers auteurs que nous venons de citer, le phosphure de zinc ($PhZn^3$) ne contient que le quart de son poids de phosphore, ce qui ne produirait, dans l'économie, suivant leurs expériences physiologiques, qu'une action égale au huitième de la dose administrée. Or, si l'on en prescrit par jour 4 pilules de 4 milligrammes chacune, cela représente, pour vingt-quatre heures, 2 milligrammes de phosphore actif. Mais d'après Gubler le phosphore aurait cette propriété, commune du reste à divers médicaments, d'être toléré dans l'économie pour produire, à un moment donné, une accumulation d'action qu'il importe de bien connaître quand on prescrit la médication phosphorée. C'est ce qui a dû se produire sans doute chez le malade dont nous donnons plus loin l'histoire.

D'ailleurs, parmi les faits contenus dans la thèse de M. Reulos, nous trouvons à l'égard des doses les renseignements suivants :

Un malade a pris 1 milligramme de phosphore les quatre premiers jours, 2 milligrammes les quatre jours suivants, 3 milligrammes 4 autres jours et enfin 4 milligrammes pendant 18 jours. Alors seulement on s'aperçut de l'ébranlement des dents; le malade avait pris en tout 0,096 milligrammes de phosphore.

Un autre malade a pris, à des doses variées, 0,142 milligrammes de phosphore en 39 jours. Au bout de ce temps il avait de la gingivite et de l'ébranlement des dents.

Un troisième malade eut des accidents buccaux au septième jour de la médication, alors qu'il n'avait absorbé qu'un milligramme par jour de phosphore. Le même, traité un an plus tard pendant deux mois et à des doses quotidiennes très-élevées de phosphore, n'a rien éprouvé du côté de la bouche.

Enfin, voici la relation du fait personnel que nous avons récemment observé :

Observation. — *Gingivite phlegmoneuse et ulcéreuse produite par l'administration à l'intérieur du phosphure de zinc ; traitement sans succès par le chlorate de potasse ; guérison rapide par les applications d'acide chromique monohydraté.*

M. X***, vingt-quatre ans, sans diathèse antérieure ni actuelle, a toujours joui d'une bonne santé et n'a jamais suivi de traitement pour quoi que ce soit.

Se croyant atteint d'impuissance génésique, il va consulter un médecin de Paris qui lui prescrit à titre d'aphrodisiaque l'emploi du phosphure de zinc à la dose de 2 pilules de 0,004 milligrammes le premier jour pour augmenter ensuite d'une pilule tous les deux jours.

Le onzième jour de cette médication restée d'ailleurs sans effet quant au résultat qu'on en attendait, le malade avait ainsi pris 0,188 milligrammes de phosphure de zinc, soit, suivant la proportion établie par MM. Vigier et Curie, 0,047 milligrammes de phosphore *actif* (1).

C'est alors (28 *janvier* 1876) que M. X*** commença à éprouver une sensation douloureuse de tension et de sécheresse à la partie antérieure du bord gingival des deux mâchoires. Il vit, sur ces points, la muqueuse se tuméfier, devenir rouge et prendre, en un mot, les caractères de début d'un état inflammatoire qui gagna rapidement toute l'étendue des deux arcades dentaires.

Le lendemain (29 *janvier* 1876) survient une hypersécrétion salivaire très-abondante qui incommode beaucoup le malade. La mastication est pénible et très-douloureuse.

30 *janvier* 1876. Les gencives saignent au moindre contact et au frottement même des lèvres. La mastication est devenue absolument impossible par les douleurs qu'elle provoque sur toute l'étendue de la muqueuse gingivale et sur les dents elles-mêmes ; un certain malaise général, un léger mouvement fébrile, viennent aggraver cet état pathologique qui, datant de trois jours à peine, devient intolérable.

---

(1) Études cliniques et expérimentales sur l'empoisonnement aigu par le phosphore. — *Archives générales de médecine*. Septembre 1868, t. II, p. 263.

(2) Deuxième édition, Paris, 1874, p. 503, 505, etc.

(3) *Bulletin de thérapeutique*, mars 1868.

(1) Nous avons pu retrouver chez le pharmacien qui avait exécuté l'ordonnance un échantillon de la même préparation qu'il avait livrée, et il a été reconnu composé très-exactement de phosphure de zinc ordinaire.

31 *janvier* 1876. M. X*** vient nous consulter. Nous constatons, à ce moment, une inflammation intense et généralisée de toute la bouche, plus particulièrement vive sur les gencives. Celles-ci sont volumineuses, profondément festonnées au niveau du collet des dents ; elles sont hérissées de fongosités molles, rougeâtres, sanguinolentes, qui occupent de préférence le bord libre et surtout les interstices dentaires ; elles sont bordées d'un liséré blanchâtre formé par l'accumulation de débris épithéliaux qui recouvrent de véritables ulcérations. La sécrétion salivaire est fluide et très-abondante. L'haleine est très-fétide, mais ne rappelle en rien toutefois l'odeur alliacée. Les ganglions sous-maxillaires, sans être augmentés sensiblement de volume, sont cependant très-douloureux au contact.

Dès l'apparition de ces phénomènes, le malade avait cessé de lui-même l'emploi du phosphure de zinc. Voilà donc quatre jours qu'il ne prend plus ce médicament.

Nous prescrivons le chlorate de potasse à l'intérieur, à la dose de 4 grammes les deux premiers jours, et de 8 grammes les jours suivants, que nous faisons prendre en solution au début des repas.

5 *février* 1876. Ce traitement, suivi pendant cinq jours, ne paraît pas avoir eu la moindre influence, car aucune modification n'est survenue dans l'état de la bouche ni dans les symptômes qui l'accompagnent.

Nous suspendons alors l'emploi du chlorate, reconnu inactif, et nous faisons, suivant les règles que nous étudierons plus loin dans le cours de ces études, une application d'acide chromique sur les gencives. Pour bien apprécier l'influence du nouveau traitement, nous bornons cette application au bord gingival supérieur, afin de pouvoir faire ensuite la comparaison des parties cautérisées et de celles qui n'ont pas été touchées.

Le surlendemain, 7 *février*, nous constatons une grande amélioration sur les parties traitées : les fongosités ont disparu ; la muqueuse n'est plus tuméfiée, mais elle reste encore un peu douloureuse et plus rouge qu'à l'état normal. A la mâchoire inférieure il ne s'est produit aucune modification. Nous y faisons alors une application d'acide chromique.

9 *février*, à la mâchoire supérieure la guérison est complète.

A la mâchoire inférieure nous constatons une grande amélioration. La gencive est moins tuméfiée et dépouillée de ses fongosités, sauf au niveau de quelques interstices dentaires. Le reste de la muqueuse est revenu à son état normal. Les phénomènes généraux ont cessé et le malade peut exercer la mastication sans souffrances. Les ganglions sous-maxillaires ne sont plus sensibles.

Nous cautérisons légèrement la partie antérieure du bord libre de la gencive où existent encore quelques fongosités.

12 *février*, la guérison est complète.

Comme on le voit, la gingivite que nous avons observée ne diffère nullement de la gingivite mercurielle. Cette observation nous tiendra lieu de description de ces caractères. La maladie n'a, du reste, de particulier que son origine, et nous ne mettons pas en doute, malgré la rareté du fait et malgré les affirmations de MM. Curie et Vigier, qu'elle représente un accident dont il faudra toujours tenir compte dans l'emploi thérapeutique des préparations phosphorées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 août 1878, une chaire expérimentale est créée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

— Par arrêté en date du 31 août 1878, sont attachés aux facultés ci-après désignées les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent :

Anatomie et physiologie. — Paris : M. Richet (Robert-Charles). — Lyon : M. Couty (François-Paul-Marie-Louis). — Montpellier : MM. Bimar (Jean-Marie-Théodore-Auguste) et Lannegrâce (Jean-Justinien).

Chimie. — Paris : M. Henninger (Rodolphe-Arthur-Marie). — Lyon : M. Cazeneuve (J.-B.-Paul).

Physique. — Nancy : M. Charpentier (Pierre-Marie-Auguste).

Histoire naturelle. — Montpellier : M. Amagat (Louis-Armand).

— Par décret en date du 31 août 1878, les dispositions de l'article 3 du décret du 12 juillet 1878 sont applicables aux candidats au titre de pharmacien de 2e classe ; ces candidats peuvent toutefois subir les épreuves, soit devant les écoles supérieures de pharmacie ou les facultés mixtes, soit devant les écoles de plein exercice ou les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Après avoir accompli le stage officinal et avant de prendre la première inscription de scolarité, les élèves en pharmacie de l'une ou de l'autre classe devront subir un examen de validation de stage devant un jury composé de deux pharmaciens de 1re classe et d'un professeur ou agrégé d'école supérieure de pharmacie, président.

L'époque des sessions dudit jury est déterminée par un arrêté du Ministre, après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang, par Georges Hayem, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Ménilmontant. Gr. in-8° de 144 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Des Effets de la douche écossaise à l'eau de mer dans toutes les affections réclamant le concours de l'hydrothérapie maritime, par le docteur Lemarchand. In-8°. — Prix. 1 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Du Régime et de l'administration des eaux thermales, par les docteurs Henri Candellé et Seriac-Lagrange, anciens internes des hôpitaux de Paris, membres de la Société d'hydrologie. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 103. — JEUDI 5 SEPTEMBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 5 SEPTEMBRE 1878. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance bien remplie pour une séance de septembre : après un rapport officiel de M. Poggiale, M. Dally a lu un travail sur l'influence du poids du corps dans les attitudes vicieuses; l'importance pratique de cette question n'échappera à personne. On trouvera dans le compte-rendu les conclusions de cette intéressante communication.

La parole a été donnée ensuite à M. Lancereaux pour la lecture d'une note, avec observations et pièces anatomo-pathologiques à l'appui, sur quelques faits de pachyméningite gommeuse avec lésions des circonvolutions cérébrales antérieures sans accidents convulsifs. De ce travail se dégagent plusieurs points importants relatifs, non-seulement à l'anatomie pathologique et à la symptomatologie de la syphilis tertiaire de l'encéphale, mais aussi aux localisations cérébrales. Il ressort, en effet, de la lecture des deux observations qui l'accompagnent, d'abord ce premier fait, que l'auteur a déjà plusieurs fois signalé, à savoir que, tandis que la syphilis secondaire se traduit en général par des lésions diffuses, disséminées, la syphilis tertiaire, au contraire, donne lieu à des altérations circonscrites et isolées; ensuite ce second fait, sur lequel M. Lancereaux n'a pas moins insisté, que la syphilis se manifeste toujours par des désordres matériels qu'il importe de pouvoir diagnostiquer tout aussi bien que les troubles symptomatiques auxquels ils donnent lieu. Enfin, ces observations confirment de nouveau les données actuelles sur les localisations cérébrales, sauf pourtant sur un point que n'a pas manqué de relever M. Bouillaud, celui de l'absence d'aphasie chez une femme présentant des lésions des lobes antérieurs du cerveau. Une discussion, que l'on trouvera résumée au compte-rendu, s'est élevée à l'occasion de ce travail, entre MM. Briquet, Gubler, Bouillaud et Lancereaux, sur le siège anatomique et les caractères de la céphalée syphilitique.

La séance s'est terminée par la lecture d'un travail de M. Belhomme sur le traitement préventif des affections charbonneuses, de l'anthrax, du furoncle et autres affections infectieuses.

Dr A. Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Kyste périarticulaire du genou.

Nous venons de voir, au n° 47 de la salle des femmes, une malade qui nous présente, à la partie supérieure de la jambe, au genou, une tumeur un peu insolite.

Cette tumeur est arrondie, assez dure, surtout quand le genou est dans l'extension ; elle est, au contraire, un peu plus molle et semble se cacher plus profondément, lorsque la jambe est dans la flexion. Enfin, elle est tendue, rénitente, élastique, fluctuante même. Qu'est-ce que cette tumeur?

Ainsi que je viens de vous le dire, elle est tellement tendue, tellement dure, dans certaines positions, qu'on pourrait certainement croire, au premier abord, qu'on a affaire à une tumeur solide, soit un enchondrome, soit une exostose, un fibrome, etc.

Mais, quelle que soit la position que l'on fasse prendre à la jambe, il y a, dans tous les cas, assez de fluctuation pour éloigner l'idée d'une tumeur solide; à moins toutefois que celle-ci ne fût d'un très-petit volume, et recouverte en avant par une collection liquide, ainsi que l'on en observe quelquefois des exemples.

Mais je n'ose pas trop m'arrêter à cette idée d'une tumeur mixte, hygromateuse, développée au-devant d'une exostose, parce que j'ai eu beau faire varier l'étendue de la flexion, de l'extension, explorer le genou dans tous les sens, je n'ai pas trouvé de saillie osseuse. Mon collègue et ami M. Richet, qui a examiné la malade avec moi, n'en a pas constaté davantage.

Si donc il ne s'agit pas ici d'une tumeur solide, nous avons à choisir entre toutes les collections liquides qui peuvent se rencontrer dans le genou.

Tout d'abord, ce n'est pas un abcès ordinaire, parce que cette tumeur date déjà d'un certain temps, de quatre mois, et qu'à aucun moment cette femme n'a présenté les phénomènes inflammatoires qu'occasionne le développement d'un abcès, surtout aussi volumineux que le serait celui-ci ; à savoir, de la chaleur, de la rougeur, de la douleur, se surajoutant au gonflement.

Mais, ne serait-ce pas plutôt un abcès froid ? Je ne le crois pas non plus, attendu que la malade a toujours joui d'une excellente santé, qu'elle a une constitution robuste, et qu'enfin elle n'accuse pas l'origine traumatique à la suite de laquelle se développent les abcès froids de la région du genou. En outre, les abcès froids ne sont jamais aussi durs, aussi réni-

tents que la tumeur que nous observons ici, et alors même que le membre est dans l'extension.

Un moment, je me suis arrêté à la pensée que nous pouvions avoir affaire à une collection sanguine qui ne se serait pas résorbée. Mais, d'un côté, cela se voit plus particulièrement chez les sujets avancés en âge, et notre femme est jeune, et, d'autre part, elle ne se souvient pas sinon d'être tombée, du moins de s'être heurté le genou. Il est vrai qu'il m'est arrivé, à plusieurs reprises, d'observer des épanchements sanguins anciens, dont l'origine n'était pas attestée par les malades, et qui pourtant étaient manifestement la conséquence d'un choc, d'une contusion. C'est qu'en effet il faut tenir grand compte, particulièrement dans les maladies du genou, des chutes dont les individus n'ont pas le souvenir, comme celles qui, par exemple, ont lieu pendant l'ivresse.

Ici, cependant, je ne crois pas à l'existence d'un épanchement sanguin non résorbé, toujours pour cette raison que la tumeur est plus tendue, plus rénitente que ne le serait une collection sanguine.

S'agirait-il donc d'une tumeur hydatique ? Non : ces tumeurs sont d'abord ordinairement plus molles; ensuite elles ne se montrent que dans les régions où il y a des muscles. D'autre part, celle-ci n'est pas assez profondément située pour que l'on puisse croire à une hydatide des os.

Enfin elle n'est pas assez superficielle pour que l'on soit autorisé à penser qu'il s'agit ici d'un kyste sébacé ou autre, développé aux dépens d'un des éléments de la peau.

Il n'est plus alors qu'une seule variété de tumeur à laquelle on puisse s'arrêter. Je veux parler de ces tumeurs enkystées qui se développent quelquefois dans le voisinage des grandes articulations, et qui sont formées par une dépendance accidentelle de leur bourse synoviale, d'un diverticulum émanant de cette cavité séreuse, d'un follicule bourséiforme, passant à travers les fibres aponévrotiques et venant faire saillie à l'extérieur, sous la peau.

Ces tumeurs enkystées, sur lesquelles j'ai appelé l'attention des chirurgiens, se rencontrent surtout au poignet. Elles résultent de l'accumulation dans le follicule synovial, dont la communication avec le reste de la cavité s'est oblitérée, du produit de la sécrétion séreuse. De là, de véritables kystes synoviaux auxquels j'ai appliqué l'étiologie que nous connaissons depuis longtemps pour les kystes sébacés, lesquels sont dus, ainsi que vous le savez, à la rétention dans le follicule sébacé de la matière grasse sécrétée par cette glande.

Eh bien, ce que nous observons au genou est-il l'analogue de ce qui a lieu quelquefois pour l'articulation radio-carpienne? Avons-nous affaire, en un mot, à un de ces kystes périarticulaires dont je viens de vous faire connaître la pathogénie? Je suis volontiers conduit à admettre cette interprétation, bien que ce soit la première fois que je voie une tumeur de cette nature siéger au genou, et qu'il y ait là, par conséquent, quelque chose d'insolite.

J'ai cherché ce matin, comme j'ai l'habitude de le faire pour les kystes synoviaux du poignet, à écraser la tumeur avec les doigts, mais sans y arriver. C'est en vain également que j'ai associé mes efforts à ceux d'un aide. Par conséquent, j'ai l'intention de traiter cette tumeur par la ponction évacuatrice. Je pense, si mon diagnostic est fondé, que nous allons voir s'écouler une petite quantité d'un liquide très-épais, d'une consistance gommeuse, ressemblant à de la gelée de pomme ou mieux à de la gelée de groseille; cette dernière coloration étant due au mélange de quelques gouttes de sang avec le liquide kystique, par suite des efforts d'écrasement exercés contre la tumeur.

Nota. — La ponction évacuatrice donne issue à quelques gouttes d'un liquide présentant tous les caractères énumérés précédemment. Il s'agit donc bien d'un kyste périarticulaire du genou.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Ernest Besnier.

De la syphilis secondaire anomale ou maligne (1).

II.

Si vous avez bien suivi avec moi l'ordre descriptif auquel je me suis attaché, vous n'aurez pas de peine à comprendre que la lésion procède ainsi : à peine le tubercule a-t-il atteint le volume d'une grosse lentille que la couche cornée de l'épiderme s'exfolie; peu après, la couche muqueuse de l'épiderme, infiltrée de cellules distendues par la mucosine, laisse suinter, comme dans l'impétigo, un liquide formant la première croûte jaunâtre qui succède aux squames. Mais, en même temps, toute la zone superficielle papillaire du derme, infiltrée de cellules embryonnaires, subit une mortification rapide qui s'étend non pas aux couches plus profondes du derme, mais aux couches voisines de la zone papillo-épidermique, laquelle passe successivement de la circonférence au centre des éléments éruptifs par toutes les phases rapides de l'hyperplasie et de la nécrobiose, formant ainsi ces ulcérations plates qui s'étendent non en profondeur, mais en surface, à la manière des érythèmes iris.

C'est un processus véritablement spécial : ce n'est ni un impétigo, ni un ecthyma, ni un rupia; il n'y a ni vésicule, ni pustule, ni bulle. C'est l'évolution extrêmement aiguë de la gomme superficielle du derme, qui naît, progresse et meurt sur place en peu de jours, détruisant toutes les parties qu'elle infiltre. Abstraction faite de la nature histologique exacte, il n'y a provisoirement rien de mieux à faire que de dénommer avec Bazin cette altération : *syphilide tuberculo-ulcérante gangréneuse.*

Comment se termine ce processus?

Après un temps plus ou moins long, il ne se produit plus de bourrelet circonférentiel nouveau, mais le dernier né persiste et n'est pas frappé de gangrène; il acquiert une organisation suffisante pour vivre. L'ulcère bourgeonne, la réparation se fait : les croûtes deviennent moins épaisses, une couche de cellules plates s'exfoliant s'établit, puis, cette exfoliation se continuant pendant des semaines et même des mois, la guérison se fait, analogue à celle du psoriasis; mais ici il reste des *cicatrices* qui servent à faire le diagnostic rétrospectif, et permettent de distinguer cette évolution de celle du psoriasis, lequel ne laisse jamais de cicatrices.

Cette variété n'est pas la seule que peut revêtir la syphilis secondaire anomale ulcérante : dans quelques cas, c'est une syphilide pustuleuse ou bulleuse à grands éléments qui, au lieu de se dessécher sur place, se développent à la fois en surface et surtout en profondeur, et produisent les graves désordres de l'ecthyma et du rupia syphilitiques, suraigus et profonds. Cette variété, vraiment distincte sous quelques points de vue de celle que vous observez, a reçu de M. Bazin le nom de *puro-vésiculeuse.* Dans d'autres encore les tubercules, au lieu de s'étaler aussi prodigieusement en surface,

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 septembre.

pénètrent plus profondément dans le derme et prennent plutôt le caractère perforant : mais en réalité ces formes ne se distinguent pas fondamentalement de celle que nous observons ; elle a reçu de M. Dubuc le nom de syphilide *tuberculo-ulcéreuse*.

Quelle est la cause de ces anomalies de la syphilis, ici bénigne à l'excès, là grave au plus haut degré? Voilà une question aussi souvent posée que mal résolue, à l'examen de laquelle nous sommes obligés de consacrer quelques instants.

Les différences dépendent-elles d'une *inégalité* dans le *degré* de nocivité du virus selon sa *provenance*, c'est-à-dire selon la lésion qui l'a fourni, son siège selon la race ou la contrée, ou bien encore selon d'autres conditions inconnues? La vérité est que l'on ne sait rien de définitif sur ces points divers, pas plus en ce qui concerne le virus syphilitique que les autres virus ; toute la question est encombrée de faits contradictoires, et c'est pour nous un sujet d'admiration de voir la quiétude des auteurs qui considèrent la science actuelle comme capable de dire le dernier mot sur cet obscur sujet.

Faut-il incriminer le *lieu d'application* du virus, la porte d'entrée? On l'a fait avec un assez grand nombre d'observations particulières ; on a essayé, par exemple, d'établir que les chancres intra-génitaux étaient plus graves que les chancres génitaux ; en vérité cela ne serait pas invraisemblable pour des raisons diverses ; mais ici encore on pourrait faire égale moisson d'observations positives et de faits négatifs.

Que doit-on penser, enfin, du rôle joué dans la gravité de la syphilis à venir par la qualité actuelle ou future du terrain inoculé?

Il faut ici réfléchir un moment avant de se prononcer, et faire une distinction attentive, sous peine de répondre par une banalité à une question d'un grand intérêt pratique et doctrinal. Assurément ce n'est jamais une bonne condition (en principe, car il y a de nombreuses exceptions de fait) d'affronter une inoculation virulente dans de mauvaises conditions ; et dans la syphilis, comme dans les autres maladies, la misère, la débauche, l'alcoolisme, etc., se porteront en général au passif de l'individu.

Mais, de la constatation de ces faits à la conclusion directe, tirée par quelques observateurs distingués, que ces conditions précitées sont les *véritables facteurs* de la syphilis maligne, il y a fort loin. Parcourez aujourd'hui même les divers services, si riches en syphilitiques de tout ordre, de ce grand hôpital, vous n'aurez, hélas ! aucune peine à y constituer une lourde majorité de misérables, d'alcooliques, de surmenés, voire même de débauchés, qui cependant vous offriront ces nombreux exemplaires de syphilis commune bénigne sur lesquels je ne me lasse pas d'appeler votre attention. Il ne suffit pas, en effet, pour établir que la qualité du terrain fait la gravité de la syphilis, de collectionner les cas de syphilis grave chez des sujets en mauvaise situation physique ; en bonne logique, il faudrait établir une règle de proportion entre tous les cas de syphilis observés pendant une période déterminée, et préciser exactement la situation de ceux qui ont la syphilis bénigne aussi bien que de ceux qui la présentent grave.

On s'est trop hâté de conclure en cette matière comme en tant d'autres, en ne voulant voir qu'un seul côté du sujet : il n'est pas de praticien qui n'ait observé la syphilis atrocement grave chez les sujets les plus vigoureux et placés dans les meilleures conditions sociales ; et n'a-t-on pas encore présents à la mémoire les douloureux exemples fournis par les inoculations expérimentales, ou les faits si graves de syphilis inoculée naguère par un trop célèbre opérateur dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache?

Rétablissons donc sur ce point la réalité des faits, en reconnaissant que la cause positive de la gravité ou de la bénignité de la syphilis ne nous est pas connue, et en déclarant que si, d'une part, les conditions individuelles mauvaises semblent favoriser le développement des formes graves, d'autre part, il n'est pas rare de rencontrer ces formes graves chez des sujets placés dans les meilleures conditions, ou au contraire d'observer la syphilis bénigne chez les sujets les plus profondément déprimés.

Le pronostic de la syphilis secondaire anomale est des plus graves : les accidents immédiats généraux et locaux acquièrent une certaine intensité, les désordres sont redoutables, la durée des premières manifestations est longue, leur résistance au traitement très-prononcée, leur récidive à courte échéance sous forme de poussées à peu près certaines, leur conclusion définitive très-difficile à réaliser.

Voilà pour le présent. L'avenir n'est pas moins à craindre : non pas toujours, heureusement, mais trop souvent encore, les altérations du système nerveux ou les lésions de la syphilis viscérale tertiaire apparaîtront avec plus ou moins de rapidité et pourront amener la mort des malades malgré tous les secours dont dispose la thérapeutique.

Le traitement des sujets atteints de syphilis galopante secondaire est des plus délicats, et il faut toute l'attention scrupuleuse du médecin éclairé et instruit pour diriger d'une main sûre le malade dans une voie où les moindres fautes peuvent être graves. Sa première occupation et sa préoccupation première, doivent être de constater exactement par une analyse clinique attentive et complète l'état organique et fonctionnel du malade, et de satisfaire à toutes les indications communes qui ressortent de cette enquête.

Ce *premier* devoir rempli, faut-il satisfaire à la loi chronologique du traitement de la syphilis, qui assigne le mercure aux accidents secondaires? En règle très-générale, *non*. C'est à l'iodure de potassium qu'il faut d'abord s'adresser, à dose faible pendant les premiers jours et jusqu'à ce que l'état du malade le permette. Ici, tout en tenant compte des indices fournis par les signes communs, je ne saurais trop vous engager à tenir registre exact de l'état hématologique du sujet par la numération des globules, ainsi que cela va être fait régulièrement pour notre malade ; aussitôt que le chiffre des globules, que l'on va trouver en déficit énorme, se rapprochera de la normale (ce qui réclamera plusieurs semaines de traitement et de régime), l'indication du mercure apparaîtra pour la première fois. Vous donnerez alors, soit isolément, soit séparément, les deux médicaments avec grande circonspection, et en surveillant sans cesse les résultats produits.

Concurremment, le fer, l'arsenic quelquefois, le quinquina, l'huile de foie de morue, constitueront les auxiliaires les plus précieux et les plus *indispensables* de cette médication.

Inutile d'ajouter que l'*aération*, la désinfection et toutes les exigences de l'hygiène devront être satisfaites amplement.

Le traitement local n'exige pas moins de minutieuse attention : aussi longtemps que dure la période sécrétante proprement dite, il faut s'abstenir d'applications humides, et traiter le malade comme s'il était atteint de pemphigus, c'est-à-dire par les applications pulvérulentes.

J'emploie habituellement avec grand succès, et de la manière la plus large, la poudre suivante dont une expérience déjà trop grande m'a montré les avantages :

Amidon en poudre.		980 grammes.
Calomel à la vapeur	} aa.	10 grammes.
Iodoforme en poudre impalpable.		

Mêlez très-exactement.

Cette poudre doit être employée en quantité suffisante pour qu'elle fasse, dans le lit et à l'intérieur des vêtements du malade, partout, son office protecteur et curatif.

Un peu plus tard, quand les surfaces seront partiellement détergées, que les ulcères se limiteront, on fera partiellement, à l'aide de cataplasmes de fécule, tomber les croûtes rocheuses les plus saillantes, et l'on tentera de les panser avec de l'emplâtre de Vigo ou de l'emplâtre rouge (minium et cinabre).

Ce n'est qu'à la période psoriasique terminale que l'on pourra avoir recours avec quelque avantage aux bains, aux bains sulfureux et à l'emploi des balsamiques à l'extérieur.

Dans tous les cas où cela sera possible, les eaux naturelles ferrugineuses de Spa ou de Schwalbach, les eaux sulfureuses de Luchon, de Cauterets, etc., formeront un excellent appoint à la période de la convalescence.

Enfin, dans les cas heureux où quelques mois de traitement auront terminé le premier acte de la maladie, le patient devra être surabondamment prévenu de la possibilité (de la probabilité) des récidives, et averti sévèrement de la nécessité dans laquelle il se trouve de continuer pendant de longs mois le traitement sous la direction du médecin.

Tels sont quelques-uns des points les plus importants que je tenais à vous indiquer à propos de cet intéressant malade, qui devra rester pour vous le type de la forme commune de la syphilis secondaire anomale, galopante ou maligne.

RAPPORT

SUR LE CONCOURS DE L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE (1) (SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES, ET SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES), ADRESSÉ AU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, DES CULTES ET DES BEAUX-ARTS.

Monsieur le Ministre,

Dix-sept places d'agrégés (section des sciences anatomiques et physiologiques, et section des sciences physiques) ont été déclarées vacantes dans les Facultés de médecine de la République, et ont été mises au concours.

Dix-sept candidats s'étaient inscrits dans les diverses académies; douze seulement se sont présentés pour soutenir les épreuves du concours. De ce fait que le nombre des compétiteurs s'est trouvé inférieur au nombre des places vacantes, il ne faudrait pas se hâter de conclure que les jeunes générations médicales se livrent avec moins de persévérance et d'ardeur à la culture des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques.

En raison de la création de nouvelles Facultés de médecine et de la suppression du stage, le nombre des places d'agrégés vacantes était, cette année, plus considérable qu'à l'ordinaire, et dépassait le nombre des jeunes docteurs en médecine suffisamment préparés aux nombreuses et difficiles épreuves de ce concours.

Des nouveaux centres d'instruction médicale ont été institués, les programmes de l'enseignement ont été élargis et complétés, des laboratoires et de précieux instruments de travail ont été mis à la disposition des maîtres et des jeunes gens voués à la culture de la science; la position des agrégés a été convenablement et très-justement améliorée. Ces mesures sont de nature à imprimer une vigoureuse impulsion aux études; bientôt l'harmonie se rétablira entre les besoins toujours croissants de l'enseignement des Facultés de médecine et le nombre des sujets distingués fournis par chaque génération de docteurs.

L'agrégation est une précieuse institution dont les preuves sont faites depuis longtemps. Elle excite l'émulation, suscite et développe les vocations scientifiques; elle crée, alimente et maintient dans les Facultés, à côté des professeurs titulaires, une pépinière de jeunes savants, tous les jours exercés, à la pratique difficile de l'enseignement, et assure ainsi un bon recrutement du personnel professoral.

Dans les conditions nouvelles qui sont faites aux Facultés de l'État par la loi de la liberté de l'enseignement supérieur, en présence des concurrences qui s'organisent de toutes parts, le jury a compris qu'il était de son devoir de surveiller, d'une manière spéciale, les épreuves du concours.

Dans les diverses épreuves soutenues par les candidats aux places des sciences anatomiques et physiologiques proprement dites, nous avons remarqué une tendance très-prononcée vers les études d'histologie et de physiologie. Cette direction est sans doute très-heureuse, et doit être encouragée. Nous devons pourtant faire observer aux jeunes docteurs voués à la carrière de l'enseignement, que toutes les branches des sciences anatomiques et physiologiques sont solidaires, et ont les mêmes titres à leurs préoccupations; qu'il serait fâcheux de les voir négliger la dissection, s'éloigner de l'étude de l'anatomie descriptive, et se laisser trop exclusivement entraîner vers la culture de l'anatomie générale.

Comme leurs camarades de la section des sciences anatomiques et physiologiques proprement dites, les candidats de la section des sciences physiques ont fait preuve d'une instruction à la fois très-étendue et très-variée, en même temps que d'une connaissance approfondie des découvertes dont la science s'est enrichie dans ces dernières années. Nous aurions désiré que, dans leurs épreuves orales, ils eussent accordé une place moins large aux considérations purement théoriques, pour laisser aux faits positifs, aux résultats directs de l'observation et de l'expérience, toute l'importance qui leur revient dans une leçon bien conçue, bien ordonnée. Mieux que nos observations, la pratique de l'enseignement ne tardera pas à les corriger de ce léger défaut, résultat inévitable de l'inexpérience et des entraînements de la jeunesse.

Le concours pour les places d'agrégés d'histoire naturelle n'a pas fourni des résultats aussi satisfaisants. Généralement les questions ont été traitées par les candidats d'une manière insuffisante, les épreuves pratiques surtout ont été d'une grande faiblesse. Pour maintenir l'agrégation au niveau d'où elle ne saurait déchoir sans compromettre l'avenir de l'enseignement des facultés, le jury s'est trouvé dans la dure nécessité de prendre une mesure de rigueur. Nous avons jugé que les deux aspirants aux deux places d'agrégés d'histoire naturelle des Facultés de Nancy et de Lyon n'avaient pas fait preuve d'une instruction scientifique suffisante pour être admis à prendre rang dans l'agrégation des Facultés de médecine.

Le jury a procédé avec un soin particulier à l'examen et a tenu grand compte des titres scientifiques. Nous sommes heureux de constater que, sans négliger les études d'érudition indispensables à une bonne préparation du concours, les candidats les plus distingués ont fait des recherches personnelles et nous ont présenté des travaux originaux d'une valeur incontestable. Nous ne saurions trop nous féliciter de voir les jeunes générations entrer résolûment dans cette voie.

C'est dans la fréquentation assidue du laboratoire, en se familiarisant avec les méthodes rigoureuses de l'expérimentation et de l'observation, que se forment les hommes capables de travailler activement aux progrès de la science.

En résumé, monsieur le Ministre, dix-sept places d'agrégés pour les deux sections réunies des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques étaient mises au concours. Après examen des titres scientifiques et appréciation des épreuves, le jury vous a proposé de nommer seulement huit agrégés, à savoir: quatre agrégés d'anatomie et de physiologie, un pour la Faculté de Paris,

---

(1) M. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine, s'étant retiré du concours, le jury s'est trouvé définitivement composé de MM. Gavarret, président; Sappey, Robin, Baillon, Béclard, Ritter, Grimeaux, Poggiale, juges titulaires.

un pour la Faculté de Lyon, deux pour la Faculté de Montpellier; deux agrégés de chimie, un pour la Faculté de Paris, un pour la Faculté de Lyon; un agrégé de physique pour la Faculté de Nancy, un agrégé d'histoire naturelle pour la Faculté de Montpellier.

En conséquence, il reste neuf places d'agrégés vacantes dans les Facultés de médecine, à savoir : trois places d'agrégés d'anatomie et de physiologie, deux dans la Faculté de Nancy, une dans la Faculté de Lille; trois places d'agrégés d'histoire naturelle, une dans chacune des Facultés de Lille, de Lyon et de Nancy; deux places d'agrégés de chimie, une dans la Faculté de Montpellier, une dans la Faculté de Nancy; une place d'agrégé de physique dans la Faculté de Lille.

En exécution du statut de l'agrégation, les concours de toutes les Facultés ont été centralisés à Paris.

Cette mesure a été généralement accueillie avec défaveur. On a fait observer, non sans raison, que les candidats de province, en s'éloignant du lieu de leur résidence habituelle pour venir à Paris, se séparent nécessairement de leur bibliothèque, de leurs instruments de travail, se trouvent par cela même dans des conditions défavorables pour la préparation de certaines épreuves du concours et surtout pour la rédaction de la thèse; qu'en outre, un déplacement suivi d'un séjour prolongé dans la capitale est pour eux très-onéreux. On a dit encore qu'en retenant à Paris un certain nombre de professeurs des Facultés de province pendant la durée de l'année scolaire, on s'expose à porter atteinte à la régularité du fonctionnement de ces Facultés, et même à affaiblir momentanément leur enseignement dans quelques-unes de ses branches. Ces inconvénients sont très-réels; quoi qu'on fasse, ils resteront inséparables du déplacement plus ou moins prolongé des candidats et des professeurs, et seront seulement amoindris.

L'expérience a montré que, sans diminuer l'importance et le nombre des épreuves, on peut abréger la durée des concours, tout en leur conservant leur haute valeur et leur caractère; par cela même, les fâcheux effets de ces déplacements se trouvent considérablement atténués.

Les Facultés de province se sont montrées blessées d'une mesure qui leur enlève la nomination directe de leurs agrégés; la centralisation de tous les concours à Paris leur est apparue comme une atteinte grave à leur importance, à leur autorité, à leur autonomie.

Inspirées par un sentiment très-respectable, ces plaintes et ces appréhensions nous paraissent exagérées. Une large place est réservée dans les jurys aux professeurs des Facultés de province; d'autre part, les candidats s'inscrivent et sont nommés pour une place et dans une Faculté déterminée et par eux librement choisie. Enfin, les professeurs des Facultés de province participent à la nomination des agrégés de la Faculté de Paris dans les mêmes conditions et au même titre que les professeurs de la Faculté de Paris interviennent dans le choix des agrégés des Facultés de province. Tous les droits sont donc soigneusement sauvegardés; le choix de Paris comme siège de tous les concours centralisés en un même lieu est trop naturellement indiqué pour blesser, en quoi que ce soit, les justes susceptibilités des professeurs des Facultés de province.

Cette question de la centralisation à Paris de tous les concours d'agrégation des Facultés de médecine a acquis une grande importance et nous paraît devoir être examinée d'un tout autre point de vue. Les agrégés jouent, dans l'enseignement des Facultés de médecine, un rôle important que les derniers décrets ont considérablement élargi. Pour développer la force et assurer la supériorité de l'enseignement des établissements de l'État, il devient plus que jamais nécessaire de maintenir le niveau de l'agrégation très-élevé, et d'exiger les mêmes garanties d'instruction scientifique de toutes les Facultés de médecine. Cette préoccupation nous paraît, monsieur le Ministre, devoir prédominer dans les conseils de l'instruction publique. Du moment où il est généralement reconnu qu'il est nécessaire de travailler à élever graduellement le niveau de l'agrégation dans toutes les Facultés et à le maintenir en harmonie avec les progrès incessants des diverses branches des sciences médicales, la centralisation des concours à Paris présente de sérieux et incontestables avantages. D'une part, en soumettant l'appréciation de toutes les épreuves à un même jury, elle rapproche les candidats de province de ceux de Paris et surexcite l'émulation; d'autre part, elle soustrait autant que possible les juges à l'influence de l'esprit de clocher et à des considérations extra-scientifiques. La centralisation des concours est d'application bien récente, et les esprits ne sont peut-être pas encore assez calmes pour en apprécier la portée avec toute l'impartialité désirable. Nous espérons que les résultats fournis par la session de 1878 et la session précédente contribueront puissamment à l'apaisement des oppositions qui, au début, ont accueilli cette mesure.

Veuillez agréer, monsieur le Ministre, l'assurance de mon profond respect et de mon entier dévouement.

Paris, le 25 août 1878. J. Gavarret.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 septembre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un rapport et deux lettres relatifs à une épidémie de choléra infantile qui vient de sévir dans la commune de Guillerval (Seine-et-Oise); 2° le rapport final de M. le docteur Lemaistre sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la commune de Saint-Martin-Terravoux, du mois de décembre 1877 au mois de juin dernier; 3° trois pièces relatives à une épidémie d'angine couenneuse observée dans le quartier Saint-Marceau d'Orléans; 4° les comptes-rendus des épidémies qui ont régné, en 1877, dans les départements de la Gironde, des Ardennes, du Var, de Vaucluse, d'Indre-et-Loire, des Côtes-du-Nord et du Gers (commission des épidémies); 5° le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Molitz, pour l'année 1876 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Laennec, directeur de l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, accompagnant l'envoi d'un album contenant la reproduction photographique de quelques pièces anatomiques choisies dans le musée de l'école; 2° un travail manuscrit intitulé : *Quelques considérations sur une épidémie de scarlatine observée à Marseillan (Hérault) du 16 juin au 20 mai 1877*, par le docteur Ernest Durand.

M. le Président annonce que MM. Rouget (de Montpellier) et Teissier (de Lyon), membres correspondants, assistent à la séance.

RAPPORT

M. Poggiale, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport officiel sur des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, de nouvelles sources d'eaux minérales.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

LECTURES

De l'influence du poids du corps dans les attitudes vicieuses.— M. Dally donne lecture d'un mémoire dont voici les conclusions :

1° L'équilibre statique du corps dans la station bipède, comme dans la station assise ou fessière, est maintenue par la seule résistance des tissus élastiques et des os ayant le sol pour point d'appui, tandis que la puissance est représentée par le poids des parties du corps situées au-dessus du lieu considéré. Les muscles n'interviennent que pour amener ou ramener la ligne de propension dans la verticale du centre de gravité;

2° Quand les muscles produisent et maintiennent une attitude non équilibrée, ce n'est point par leur action propre, mais par celle de la gravité agissant sur des lieux de résistance, en dehors des centres normaux et principalement sur les cartilages et les ligaments, qu'une attitude, qui n'est point celle de l'équilibre statique, peut amener une déformation;

3° Dans le cas où le poids du corps se répartit également sur les deux pieds, il peut se produire, sous l'influence de la charge, en cas de faiblesse des moyens de résistance, des déformations qui se traduisent régulièrement et constamment par l'augmentation du rayon des courbures normales antéro-postérieures, ou par l'inclinaison antérieure du bassin, ou par l'extension forcée du fémur sur le cotyle (ensellures cervicales et lombaires, lordose).

4° Dans la station assise ou fessière bi-ischiatique, avec répartition égale du poids du corps sur les deux soutiens, les effets de la station bipède prolongée se corrigent si l'on a soin de permettre aux lombes et au dos de s'arrondir légèrement en arrière, de façon à produire une courbure unique sacro-cervicale.

5° Tout au contraire, les effets mécaniques de la station assise prolongée se produisent dans le même sens que ceux de la station bipède et conduisent à des déformations du même ordre si l'on exige que les reins se creusent en inclinant le bassin en avant.

6° Dans la station unipède ou hancher, le poids à supporter s'élève au double de ce que peuvent supporter l'une des symphyses sacro-iliaque, l'un des bassins, l'un des cotyles. Aussi cette attitude entraîne-t-elle une inclinaison avec torsion latérale double des vertèbres lombaires et du bassin autour de l'axe du corps. Fréquemment répétée et longtemps conservée, cette attitude produit à la longue une scoliose sacro-lombaire primitive et une déformation coxo-fémorale.

7° La station assise sur une seule fesse ou mono-ischiatique produit exactement les mêmes conséquences mécaniques, mais du côté opposé. Le hancher droit produit les mêmes effets que la station assise gauche.

8° Ces attitudes vicieuses sont très-fréquentes. La station assise gauche est même recommandée par la plupart des maîtres et des méthodes d'écriture. Elle est instinctive quand on se sert habituellement de la main droite. La mode la favorise. Elle devient plus habituelle et plus prolongée chez les jeunes filles, lesquelles restent d'ordinaire plus longtemps assises que les garçons. Par là s'explique, en partie du moins, la fréquence quinze fois plus considérable des déformations du rachis chez les filles que chez les garçons. Les habitudes plus sédentaires des villes expliquent aussi la plus grande fréquence des scolioses urbaines.

9° Les déformations chroniques du squelette se produisent le plus souvent dans la seconde enfance, pendant une période où les forces élastiques n'ont pas encore acquis un développement proportionnel à l'accroissement du poids du corps. Il y a donc lieu de surveiller l'attitude des enfants pendant l'écolage et de leur prescrire, s'il y a lieu, le repos horizontal même pendant une heure ou deux, de façon à éviter la fatigue.

10° Dans les cas où les déformations du squelette résultent primitivement d'une altération pathologique locale, elles restent soumises, quant à leur configuration définitive aux lois de la pesanteur modifiées par le déplacement des centres normaux de résistance.

11° Les notions qui précèdent méritent de faire l'objet d'un enseignement pédagogique spécial en raison du grand intérêt prophylactique qui s'en dégage.

M. LANCEREAUX lit un travail intitulé : *Note sur quelques faits de pachyméningite gommeuse avec lésions des circonvolutions cérébrales antérieures sans accidents convulsifs.*

Ce travail, avec les observations et les pièces anatomo-pathologiques qui l'accompagnent, a pour but de faire ressortir une fois de plus ce fait important, à savoir que, si la syphilis secondaire se traduit en général par des lésions diffuses disséminées ou généralisées, par contre la syphilis tertiaire a pour caractère essentiel de donner lieu à des altérations circonscrites et isolées.

Ces observations et ces pièces mettent aussi en évidence un autre fait sur lequel M. Lancereaux a déjà insisté, à savoir que la syphilis se manifeste toujours par des désordres matériels et qu'il importe de diagnostiquer ces désordres eux-mêmes et non pas seulement les troubles symptomatiques qu'ils peuvent engendrer.

Ces observations sont au nombre de deux.

Voici les titres qui les résument :

Obs. I. — Gomme syphilitique de la dure-mère qui tapisse les fossettes ethmoïdales (pachyméningite gommeuse) ; compression des bulbes olfactifs et des extrémités antérieures des lobes cérébraux ; périostite de la voûte orbitaire intéressant la branche ophthalmique de Willis ; hépatite syphilitique et productions gommeuses symétriques des tendons des sterno-cléido-mastoïdiens.

Obs. II. — Pachyméningite gommeuse (fosse frontale gauche), hépatite syphilitique, avortement.

Dans ces deux cas, les lésions observées dans la dure-mère ont pour caractères microscopiques des lésions circonscrites saillantes, du volume et de l'aspect d'un marron cuit, lésions qui, tout en ayant leur point de départ dans la membrane externe, finissent par s'étendre aux membranes internes de l'encéphale et enfin même à la substance des circonvolutions cérébrales voisines, qui sont généralement enflammées et ramollies.

Indépendamment de ces données, ces faits présentent un réel intérêt au point de vue des localisations cérébrales et du diagnostic de la syphilis cérébro-spinale.

DISCUSSION.

M. BOUILLAUD regrette que la première malade de M. Lancereaux n'ait pas été l'objet d'un examen approfondi au point de vue des troubles qu'elle devait nécessairement présenter du côté de la parole; car c'est surtout dans les lésions des lobes antérieurs du cerveau et lorsque ces lésions existent à la base que se manifestent les troubles de la parole, comme M. Bouillaud cherche à le démontrer depuis près de cinquante ans.

M. LANCEREAUX répond que la malade n'avait aucun des symptômes qui constituent l'aphasie.

M. BOUILLAUD s'étonne que dans l'observation il ne soit pas fait mention d'un fait aussi important.

M. BRIQUET dit que le meilleur signe de la nature syphilitique de la céphalée est la constatation de son existence pendant la nuit.

M. LANCEREAUX fait observer que la céphalée n'existe pas toujours dans les affections cérébrales de nature syphilitique : elle manque lorsque les méninges seules sont affectées; mais elle existe lorsque la lésion occupe en même temps le périoste externe du crâne.

M. BRIQUET a vu des céphalées très-douloureuses existant avec des lésions méningées peu graves.

M. GUBLER ne croit pas que la céphalée n'existe que lorsque le périoste externe est atteint. La céphalée proprement dite existe dans toutes les lésions, tant superficielles que profondes du cerveau et du cervelet.

M. BOUILLAUD rappelle la proposition qu'il a émise en 1829, à savoir qu'il n'y a de douleur proprement dite, dans un organe quelconque, que lorsque les nerfs du sentiment au voisinage de cet organe sont affectés en même temps que ce dernier. C'est là une loi générale qui n'a pas d'exceptions.

M. LANCEREAUX partage entièrement l'opinion de M. Gubler sur l'existence de la céphalée dans les lésions cérébrales profondes; mais il fait remarquer que dans ses observations il s'agit seulement de la céphalée aiguë; cette forme n'existe pas, suivant lui, lorsque la lésion est limitée aux méninges seules et que le périoste interne n'est pas intéressé.

M. BELHOMME lit un travail intitulé : *Du traitement primitif des affections charbonneuses, de l'anthrax, du furoncle et autres affections infectieuses.*

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 2 septembre 1878.

Mon cher directeur et ami,

Vous savez que je n'ai pas l'habitude de récriminer au sujet de questions de priorité, — j'aurais trop à faire; mais je lis, dans la *Gazette des Hôpitaux* du samedi 24 août, les lignes suivantes :

« Un dernier mot pour appuyer la protestation de l'auteur contre les dangers de la vente publique des verres de lunette de qualité inférieure. M. Armaignac voudrait les voir défendus comme nuisibles et dangereux. En cela, il a raison; mais, de là à posséder une législation protectrice, il y a loin. *M. Armaignac aura l'honneur d'avoir ouvert le feu.* »

J'avoue que je n'ai pu résister au désir de vous mettre sous les yeux la citation suivante:

« L'art de l'opticien, par les services qu'il est appelé à rendre, serait digne d'occuper une place distinguée dans l'industrie, tandis que, le plus souvent, le commerce des lunettes est exploité par une foule ignorante, dont le savoir consiste à tirer de son négoce le plus de lucre possible.

« Pour qu'un médicament agisse, ne convient-il pas qu'il soit administré à propos, qu'il soit exempt de toute falsification, et que le pharmacien qui le prépare et le médecin qui le prescrit aient donné toutes les garanties désirables de capacité? La société l'a décidé ainsi, et la loi, qui représente les intérêts de la société, a réglé la série des épreuves à subir.

« Si nous considérons les boutiques d'opticien, ne reconnaissons-nous pas, dans l'acheteur, le patient; dans le vendeur, le médecin et le pharmacien?

« La vente des poisons est prohibée, mais n'est-il pas jusqu'à un certain point empoisonné, celui qui reçoit de l'opticien un instrument auquel il devra, dans un temps plus ou moins éloigné, la perte de ses yeux?

« C'est ainsi que la vue se trouve compromise, tantôt par un foyer inopportun, tantôt par une inégalité entre les deux verres, tantôt par la coloration défectueuse, etc.

« De ce court exposé il résulte que nul ne devrait être admis à porter le titre d'ingénieur-opticien qu'après avoir subi un examen théorique et pratique sur les diverses branches auxquelles se rattache l'optique.

« Cette mesure est indispensable, et il appartenait à un oculiste d'être le premier à la réclamer. »

Cette citation est empruntée à la quatrième édition d'un traité d'hygiène de la vue, qui remonte à dix ans, et dont la première date de 1847, J.-B. Baillière éditeur.

L'auteur? Votre bien dévoué

Docteur MAGNE,

Médecin et chirurgien-oculiste des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel du laboratoire de clinique de la Faculté de médecine de Paris à l'hôpital de la Charité est constitué ainsi qu'il suit :

Chef du laboratoire : M. Rémy (Charles-Auguste), docteur en médecine ;

Chef adjoint du laboratoire : M. Robin (Albert-Édouard-Charles), docteur en médecine ;

Aides de laboratoire : MM. Bergeron (Albert), docteur en médecine, et Malherbe, bachelier ès lettres et ès sciences restreint ;

Garçons de laboratoire : Les sieurs Vuillemot et Grobon.

Ces nominations sont valables pour trois ans.

— M. Magnier de la Source, docteur en médecine, est chargé des fonctions de préparateur de chimie biologique à la Faculté de médecine de Paris pendant la durée du congé accordé à M. Danlos.

—Par arrêté ministériel en date du 28 août 1878, pris en exécution du statut du 19 août 1857, il sera ouvert à Paris, le 16 mars 1879, un concours pour sept places d'agrégés des Écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, savoir :

Paris : 4 places (2 pour la section de physique, chimie, toxicologie, et 2 pour la section d'histoire naturelle médicale et de pharmacie).

Nancy : 2 places (pour la section de physique, chimie, toxicologie).

Lille : 1 place (pour la section d'histoire naturelle médicale et de pharmacie).

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Féca, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du cours d'histoire naturelle à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Beauregard, appelé à d'autres fonctions.

— Sont nommés officiers d'académie : MM. Meige, docteur-médecin, membre du conseil municipal de Moulins; Berthelot, membre de l'Institut, inspecteur général, délégué du ministère de l'instruction publique.

— M. le docteur Symian fils est nommé médecin-adjont à l'École normale d'enseignement secondaire spécial de Cluny (emploi vacant).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères. 19.

N° 104. — SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1878. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(REVUE MENSUELLE).

Calcul de cystine. Taille. — Guérison. (Séance du 6 mars 1878.)— M. GAUJOT présente un calcul qui a été extrait, par la taille périnéale pratiquée heureusement, sur un homme de 25 ans.

Les calculs de cystine sont rares, 5 0/0 d'après Beale, 2 sur 129 d'après Taylor. La cystine se rencontre à l'état de gravier plus souvent qu'à l'état de calcul : elle est alors mélangée de phosphates, d'urates, d'acide urique ou de carbonate de magnésie. Cependant elle constitue quelquefois, à elle seule, le sable de certaines gravelles. Les gros calculs de cystine pure sont fort rares : ils s'observent plus particulièrement chez les adolescents et jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans. Civiale en a vu 4, dont deux ayant le volume d'un petit œuf de poule : trois de ces calculs furent broyés au moyen de la lithotritie; le quatrième retiré par la taille. Raoul Leroy d'Étioles rappelle que Lenoir en observa deux cas chez deux enfants, deux frères ; Leroy d'Étioles père n'en a observé que quatre, dont trois chez des femmes, qui en furent débarrassées par la lithotritie. Son fils en observa un cas chez une jeune fille de huit ans. Thompson n'en opéra qu'un seul.

Le calcul extrait par M. Gaujot pèse 28 grammes ; son plus grand diamètre étant de 0,044 et son plus petit de 0,032. Il se laisse facilement scier : à la coupe, sa structure est homogène, sans noyau ni couche de composition différente. Sa substance est grasse au toucher, cireuse, susceptible d'un beau poli, assez friable. (Cystine= 87 0/0.)

L'homme qui souffrait de ce calcul est un artilleur, ancien préposé des douanes, ayant eu, en 1875, une blennorrhagie accompagnée d'arthrite du genou gauche. Quinze mois après, premiers symptômes de cystite, qui devint bientôt purulente.

Entré au Val-de-Grâce le 30 mai 1877, il présentait une cystite bien accusée par de fréquentes envies d'uriner, des douleurs vives à l'hypogastre et au périnée, des urines fort altérées ; urine sanguinolente.

Le cathétérisme explorateur donna lieu à un écoulement de sang et fut suivi d'un violent accès de fièvre avec frisson pendant cinq heures. Douze jours après, le cathétérisme eut les mêmes conséquences. De même, un troisième cathétérisme, pratiqué avec un lithotriteur et qui fournit quelques notions sur le volume du calcul. La lithotritie étant contre-indiquée par l'état de la vessie, la taille fut décidée, pratiquée le 6 juillet (taille prérectale), et suivie de succès, sans autre complication qu'une hémorrhagie abondante qui survint quatre heures après l'opération, et qui avait sa source dans la profondeur de la plaie, au niveau du col vésical. On l'arrêta par l'application de la canule à chemise, sans tamponnement. Il serait peut-être plus prudent d'imiter la pratique de Sarazin, qui place la canule après toute opération, alors même que l'écoulement de sang est bien arrêté. La canule fut retirée le quatrième jour : le col de la vessie commença à retenir l'urine ; le douzième, l'urine s'engagea en partie dans l'urèthre; le dix-septième jour, la plaie cessa de laisser passer l'urine.

Désarticulation coxo-fémorale. (Séances du 6 février et du 6 mars 1878.) — M. TILLAUX a exposé à la Société de chirurgie l'histoire d'un cas de désarticulation coxo-fémorale qu'il avait pratiquée à l'hôpital Beaujon, dans les conditions suivantes. Il s'agissait d'une femme, âgée de quarante-quatre ans, qui souffrait de douleurs intenses dans les membres inférieurs. Un jour, voulant descendre au jardin, elle s'affaissa subitement sur elle-même dans l'escalier. Reportée dans son lit, on constata qu'elle avait une fracture de la cuisse gauche et l'on appliqua un appareil de Scultet. Quarante-cinq jours après, la fracture était solide, mais avec un cal très-volumineux et une saillie anguleuse en avant et en dehors. Six semaines après, en faisant exécuter des mouvements à l'articulation du genou, il se produisit une nouvelle fracture qui fut traitée comme la première : mais elle ne se consolida pas, et, lorsqu'on enleva l'appareil, on trouva, au niveau de la fracture, une tumeur dans laquelle on percevait des battements, mais on n'entendait pas de souffle. La tumeur atteignit en sept mois le volume d'une tête de fœtus. Ayant reconnu l'inutilité de tous les traitements et l'existence d'une tumeur sarcomateuse très-vasculaire développée au niveau de la fracture, mais antérieurement à cette lésion, M. Tillaux, voyant l'amputation impossible, se décida à pratiquer la désarticulation du fémur.

Voulant éviter la perte de sang qui est le grand danger de cette opération, et d'autant plus que cette femme était d'une faiblesse extrême, M. Tillaux adopta le procédé opératoire suivant : le lambeau antérieur fut sectionné au moyen de l'anse galvanique, un fil de platine ayant été passé dans la canule d'un trocart, pour saisir tous les tissus de la région antérieure : afin de faire une compression plus efficace, un gros fil avait encore été passé pour faire une ligature en masse et éviter l'hémorrhagie ; malgré cette précaution, les parois de l'artère ne furent pas encore suffisamment accolées par cette ligature supérieure, il y eut un jet de sang rapidement arrêté. On l'éviterait, dans un cas ultérieur, en se servant d'une pince en forme d'entérotome, pour mieux aplatir la lumière de l'artère.

Le lambeau antérieur ayant été sectionné par le galvano-cautère, M. Tillaux acheva l'opération en se servant du thermo-cautère pour sectionner la capsule, le ligament rond, et disséquer la face postérieure du fémur. Il aurait repris l'anse galvanique pour tailler le lambeau postérieur, comme pour le lambeau antérieur; mais, l'appareil ayant cessé de fonctionner, il fut obligé de tailler ce lambeau postérieur avec le thermo-cautère.

Le résultat ne fut pas heureux; quoique la malade n'eût perdu presque pas une goutte de sang, elle succomba, le onzième jour, à l'infection purulente. M. Tillaux croit que cette infection purulente, qui débuta au neuvième jour, a été, en grande partie, causée

par la rétention du pus qui sortait avec difficulté du cul-de-sac formé au niveau du grand trochanter, malgré l'incision qui y fut pratiquée le dixième jour.

Outre cette désarticulation, M. Tillaux en a déjà pratiqué trois autres avec le couteau; une seule a réussi sur une enfant de treize ans. Sans vouloir substituer le galvano-cautère et le thermo-cautère à l'instrument tranchant, M. Tillaux voulait, au moins, montrer que, grâce à ce procédé, il avait pu empêcher sa malade de perdre du sang.

La discussion soulevée par cette communication montre que les chirurgiens, par des procédés différents, ne poursuivent surtout que le double but : 1° d'éviter la perte de sang; 2° de faciliter l'écoulement du pus.

M. GUYON a obtenu un beau résultat d'une désarticulation de cuisse; voici le procédé qu'il emploie. Afin de diminuer l'étendue des surfaces traumatiques, de favoriser l'hémostase au cours de l'opération, et de permettre ensuite le libre écoulement des liquides, M. Guyon abaisse une incision perpendiculaire commençant au milieu de l'espace qui sépare la crête iliaque du grand trochanter, de manière à passer en plein centre de cette apophyse; l'incision s'arrêtait au-dessous du tiers supérieur de la cuisse. C'est le chemin le plus direct et le plus court pour arriver au fémur, que l'on peut ainsi découvrir sans rencontrer de vaisseaux. Ayant dès lors pour objectif d'arriver à l'articulation, il sépare, en rasant le fémur, les insertions musculaires qui se font au trochanter, puis il dénude le corps de l'os dans son tiers supérieur en n'abandonnant pas un seul moment la surface externe du périoste. En imprimant un mouvement de rotation en dehors, on arrive sur la surface antérieure de la capsule que l'on incise, puis sur le ligament rond. On procède, dès lors, à la luxation et l'on détache le fémur de ses liens fibreux et musculaires de manière à le libérer complètement dans son tiers supérieur et à le faire saillir dans la plaie. La raquette étant complétée par l'incision de la peau comme dans une simple amputation, le bord du couturier mis à nu permet de découvrir et de lier, avant de la sectionner, l'artère fémorale. Après la section des muscles, on lie rapidement les artères musculaires. Un des avantages notables de ce procédé est que l'écoulement des liquides peut se faire par la gaîne musculo-aponévrotique, et surtout par la grande incision verticale externe, c'est-à-dire par le manche de la raquette.

M. PERRIN décrit aussi un procédé spécial aussi avantageux pour le libre écoulement du pus.

M. VERNEUIL, à cette occasion, rappelle que, suivant lui, l'indication capitale est, outre l'économie du sang du malade, la nécessité absolue de prévenir la rétention du pus et, par conséquent, empêcher sa putridité. C'est en laissant la plaie béante que l'on évitera le mieux cet accident; et, pour combattre la septicémie et l'infection purulente si fréquente dans cette opération où la thrombose des veines se produit si facilement, il ne saurait trop recommander l'emploi des pansements antiseptiques,

— C'est dans ces termes que la question a été portée et discutée à l'Académie de médecine, qui s'est occupée du pansement et a laissé de côté toute la question de médecine opératoire. A la Société de chirurgie, dans la séance du 6 mars, M. Farabeuf reprend ce point de vue déjà abordé dans la séance du 6 février, et expose le résultat de ses recherches sur l'exécution matérielle de l'opération de la désarticulation coxo-fémorale.

— M. FARABEUF, sans faire de grandes recherches, n'a pas trouvé moins de quarante-cinq procédés, sans compter ceux de MM. Verneuil et Guyon. Le premier en date est décrit, en 1739, par deux élèves de Morand; puis nous arrivons aux temps actuels en passant par les noms de Delpech, Roux, Dupuytren, Larrey, Lisfranc, etc., etc. De tous ces procédés, quels sont ceux qui remplissent le mieux les indications tirées, soit de la disposition anatomique, soit des suites prochaines ou éloignées de l'opération?

Le meilleur procédé est celui qui permet de :

1° Envelopper l'ischion; 2° obtenir un bon accolement des lambeaux et un écoulement facile du pus; 3° éviter les surfaces coupées obliquement; 4° perdre peu de sang; 5° pouvoir facilement désarticuler et extraire les esquilles.

M. Farabeuf expose chaque procédé, recherche comment chaque méthode remplit plus ou moins exactement chacune de ces indications, puis, ne trouvant aucun procédé rigoureusement adapté à toutes les indications réunies, il propose la méthode éclectique suivante qui répond à chacun des *desiderata* exprimés plus haut :

« Après avoir appliqué la bande d'Esmarch, je fais une incision qui, commencée sur les vaisseaux, est légèrement inclinée en dehors, devant le col du fémur; à son extrémité inférieure, je trace soit une incision transversale, soit deux incisions courbes, qui donnent une forme lambdoïde. Je lie l'artère fémorale primitive d'abord, ensuite la veine, dont il faut redouter l'écoulement de sang : cette ligature suffit pour arrêter la circulation des artères du triceps fémoral, des artères circonflexes; la seule hémorrhagie à craindre est celle qui serait produite par anastomose.

« Je dissèque la peau en dedans et en dehors, puis je coupe le couturier, le triceps : faisant faire la rotation en dehors du membre, je désinsère le tendon du psoas que j'attire au dehors avec le doigt, qui trouve au fond de la plaie la face antérieure de la capsule de l'articulation coxo-fémorale.

« La capsule étant bien découverte, je l'excise en long et je désinsère de la base du col la lèvre interne, puis la lèvre externe : avec un détache-tendon, je continue à séparer les muscles qui s'insèrent en avant, en dehors et au-dessus du trochanter, et je trouve alors le col du fémur complètement à nu. Si le fémur est cassé, je saisis le col avec mon davier et, facilement, je fais sortir la tête de son cotyle : si la cuisse est entière, un simple mouvement de rotation en dehors, aidé par le poids du membre, produit la luxation.

« L'opération se termine rapidement, après la dénudation de la partie postérieure du trochanter et du fémur, par la section des muscles postérieurs de la cuisse, dans une région où les artères ne sont plus qu'à l'état de ramuscules. Dans un dernier temps, je résèque le nerf sciatique.

« Deux conclusions pour se résumer : 1° Qu'on lie ou qu'on ne lie pas les vaisseaux primitifs, il n'y a pas d'autre moyen d'épargner le sang, que de *raser les os*, d'*énucléer* l'extrémité supérieure du fémur, car la recherche des artères, comme le fait M. Verneuil, n'est pas à la portée de tous; 2° Pour énucléer l'os, l'incision externe permet de se passer de ligature préalable, mais est peu commode, tandis que l'incision antérieure exige forcément la ligature préalable des vaisseaux, mais rend la désarticulation très-rapide et très-facile dans tous les cas. »

Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule. (Séances des 13, 20 et 27 mars.) — Les faits qui ont donné à M. Poinsot l'occasion de présenter ce travail paraissent susceptibles de jeter quelque jour sur un point important de l'histoire des tumeurs : ils peuvent servir à montrer quelle part doit être réservée aux résultats de l'examen microscopique dans la considération de l'avenir de telle ou telle production néoplasique. On y verra, d'une part, une tumeur à développement extrêmement rapide présenter, sous le microscope, les caractères bien tranchés d'une variété regardée comme le plus souvent bénigne : cependant l'événement vient confirmer les appréhensions que le clinicien avait conçues dès la première vue, et le sujet succombe à la généralisation du mal. Chez le second malade, au contraire, caractères cliniques, constitution histologique, tout se réunit pour faire de la tumeur une de ces néoplasies malignes dont la récidive est pour ainsi dire fatale. Qu'arrive-t-il? L'opération est suivie du meilleur résultat, et aujourd'hui, plus de trois ans après, le malade continue à jouir d'une santé parfaite.

A. — La première observation est celle d'un jeune garçon, âgé de quatre ans; l'enfant portait souvent la main aux parties génitales; la mère l'examina après quelques jours et s'aperçut que la bourse gauche avait légèrement augmenté de volume. Le médecin appelé à une deuxième visite constata qu'il y avait du liquide dans l'intérieur de la bourse et fit pressentir la nécessité d'une ponction. Mais, huit jours après, il reconnut la présence d'une tumeur dure

et grosse comme un œuf. M. Poinsot, consulté, reconnaît aussi une production solide : la tumeur était ovoïde, régulière, lisse, un peu aplatie dans le sens transversal, dure, résistante, indolore, sans prolongement vers l'anneau externe du canal inguinal, non transparente. Les ganglions de l'aine n'étaient pas engagés. La santé générale de l'enfant ne laissait d'ailleurs rien à désirer. Pas d'antécédent cancéreux. L'idée d'une hématocèle ayant été écartée, l'âge du malade, la marche rapide de l'affection faisaient soupçonner une tumeur maligne. La castration fut décidée et pratiquée après une ponction exploratrice qui ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang.

La tumeur pesait 150 grammes ; léger épanchement dans la vaginale ; l'épididyme avait disparu dans l'ensemble de la tumeur ; le cordon était resté sain. Sur une coupe, le tissu constitutif de la tumeur offre un aspect lisse, luisant, avec reflet blanc-bleuâtre. L'examen histologique montre que la masse de la tumeur est formée par du tissu cartilagineux. Entre les cellules cartilagineuses larges, irrégulières, on rencontre du tissu fibreux abondant, qui même, en certains points, domine presque exclusivement. C'est donc le type du *fibro-chondrome*.

Les suites de l'opération furent simples : la cicatrisation était complète un mois après l'opération.

Cependant, six mois après, les craintes de récidive, soulevées par le développement rapide de la tumeur, se réalisent ; le ventre présente dans l'hypochondre gauche une voussure manifeste, et au niveau de la fosse iliaque, en enfonçant profondément les doigts dans la cavité pelvienne, on sent quelques nodosités qui doivent être des ganglions dégénérés. La pâleur, l'amaigrissement, l'anémie, traités un moment par l'homœopathie, ne font que s'accroître. La cicatrice était cependant restée dans les mêmes conditions. La mort survient un mois après.

L'ouverture du corps, obtenue à grand'peine, fit constater que les lymphatiques étaient remplis de matière cancéreuse et que les ganglions lombaires étaient envahis. La tumeur principale du ventre était constituée par la rate qui présentait plusieurs nodules, dont l'un avait le volume du poing, et de nature enchondromateuse (myxo-chondrome) ; les deux poumons offraient les mêmes lésions.

Ainsi se trouvaient en opposition la clinique et l'histologie. Toutefois, la nature cartilagineuse de la tumeur était loin de constituer un signe rassurant, quoique Billroth ait professé que ce type du chondrome fibreux est constamment bénin. Si l'on a cru à une issue favorable, c'est souvent parce que les malades ont été perdus de vue. Ainsi Dauvé, dans son mémoire, sur huit observations, cite trois malades suivis pendant cinq mois ; ces trois malades sont morts. Maunoir a présenté en 1873, à la Société anatomique, un malade auquel, six mois auparavant, on avait extirpé une tumeur prise d'abord pour une hématocèle, puis reconnue pour un enchondrome dans lequel s'étaient développées de nombreuses cellules embryonnaires. M. Guyon a opéré un malade, âgé de trente-neuf ans, qui avait été soigné pendant plusieurs mois pour une orchite ; cet enchondrome fibreux récidiva dans l'abdomen et emporta le malade dix-huit mois après. Dans les cas observés de récidive on avait cependant remarqué que le tissu cartilagineux était mêlé à une quantité plus ou moins grande de tissu fibreux ; ce qui indiquait donc histologiquement une forme bénigne.

Cependant Virchow, dès 1849, a fortement insisté sur ce fait que les enchondromes, tant des os que des parties molles, possèdent des propriétés infectieuses, et il semble même que dans le testicule ils acquièrent une malignité spéciale. La nature de l'organe affecté semble avoir une grande importance dans la question, notamment par sa richesse en vaisseaux sanguins et lymphatiques. Les formes molles sont plus dangereuses que les dures ; mais la différence n'est pas tout à fait tranchée, et l'on ne peut jusqu'à présent fixer de limite entre les enchondromes qui sont ou non infectieux, de bonne ou de mauvaise nature.

A un autre point de vue, cette observation est encore intéressante par le fait seul du développement d'une tumeur maligne, ayant tendance à infecter l'économie, chez un sujet de cet âge. M. Poinsot, en effet, n'a trouvé que douze faits de cancer du testicule dans le jeune âge, de un à cinq ans, pour la plupart. Le sujet de Depaul n'avait que dix mois, celui de Langstoff n'avait que sept mois. Guersant dit cependant avoir observé, dans sa pratique, une dizaine de cas de cancer du testicule chez de très-jeunes enfants, dont quelques-uns avaient moins d'un an. Sur six cas opérés, il a perdu un malade de dix-huit mois par des convulsions, trois jours après l'opération. Un autre ne put être revu ; chez les quatre autres il y eut récidive soit dans les ganglions de l'aine, soit même dans les ganglions profonds.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, la castration donne des résultats peu favorables. Cette léthalité presque constante soulève la question de savoir si l'intervention chirurgicale est légitime, alors qu'elle présente si peu de chance de succès ? Toutefois, l'opération s'impose pour plusieurs motifs ; d'abord le diagnostic n'acquiert pas toujours une certitude absolue, puis la récidive, si elle est vraiment la règle, a bien pu ne pas se produire dans des cas exceptionnels qui ne sauraient être prévus à l'avance, ou elle ne s'est produite qu'après un temps assez long. Ludlow, sur vingt-trois faits, a vu quatorze fois la repullulation du mal ne se faire qu'après 18 mois ou plus. Or, souvent la marche du cancer abandonné à lui-même a été plus rapide. L'opération se trouvera généralement indiquée « lorsque la tumeur est nettement limitée à la cavité de la tunique albuginée intacte ; lorsque le cordon spermatique est sain ; que les ganglions lombaires ne semblent pas hypertrophiés, que l'état général est satisfaisant ; enfin, lorsqu'aucun membre de la famille n'a offert d'accidents cancéreux. » (Giraldès).

Un dernier point exceptionnel, mais qui n'est pas sans précédent (Humphry), c'est que l'infection, au moins dans le début, se fit par les lymphatiques, mais ces vaisseaux ne se montrèrent altérés qu'à une certaine distance de la cicatrice : sur une étendue de quatre centimètres au-dessus de la cicatrice, tous les éléments du cordon étaient sains.

B. — La deuxième observation concerne un boucher, âgé de quarante-deux ans, bien constitué, possédant un certain embonpoint, qui sentit un jour une douleur fort vive dans le testicule gauche ; la bourse se tuméfia, devint rouge, pesante ; puis tous ces symptômes disparurent en ne laissant qu'une tuméfaction légère avec un point induré. Deux ans après, le testicule devint encore le siége de douleurs assez vives ; la tuméfaction se fit lentement, mais persistante et progressive. Cette tumeur, traitée inutilement par l'iodure de potassium, acquit le volume du poing : elle n'était pas douloureuse à la pression. Les ganglions de l'aine étaient normaux des deux côtés. La peau était indemne. Une ponction exploratrice ne donna lieu qu'à l'issue de quelques gouttes de sang ; on sentit parfaitement que la pointe de l'instrument pénétrait dans un tissu dense, résistant. L'extirpation fut décidée et acceptée après consultation.

La tumeur pesait 392 grammes : elle était parfaitement limitée et enveloppée de toutes parts par la vaginale dont les deux feuillets sont réunis par des fausses membranes. Le cordon est sain dans tous ses éléments. L'épididyme est confondu dans la masse de la tumeur. Sur une coupe pratiquée suivant le grand axe de la tumeur, l'albuginée paraît intacte, mais amincie. Le raclage permet de recueillir une grande quantité de suc opalescent. Le tissu de la tumeur a un aspect blanchâtre, dense et résistant sur certains points, jaune et ramolli sur d'autres.

A l'examen microscopique, ce tissu est constitué par des travées très-fines, adénoïdes, formant de petites alvéoles qui remplissent une foule de cellules rondes à noyau volumineux et clair. Il s'agissait évidemment d'un carcinome qui, par sa richesse en cellules et la délicatesse de son stroma, appartenait à la variété encéphaloïde. La récidive était donc à redouter.

Cependant les suites immédiates de l'opération furent bonnes : huit jours après, une douleur analogue à celle qu'il éprouvait dans le testicule avant l'opération se manifesta au niveau du cordon, où apparaissait une tuméfaction du volume d'une noisette, et de grande consistance : elle augmenta de volume ; on crut à une réci-

dive sur place. Cependant le bourgeonnement continua régulièrement, la ligature du cordon tomba ; et, à partir de cette époque, la tuméfaction du cordon diminua ; la douleur disparut. La guérison était définitive six semaines après.

Trois ans et demi après l'opération, cet homme ne présente aucun accident ; il est devenu père d'un beau garçon : sa santé est parfaite ; il n'existe aucune douleur, aucune tuméfaction, ni du côté du cordon, ni du côté de la cicatrice.

Ce serait donc là un exemple de guérison d'un cancer manifestement constaté ? Non, il n'est pas encore permis de l'affirmer ; et on peut se demander si cette immunité inattendue n'est pas un répit momentané accordé par le mal plutôt qu'une guérison définitive.

Il n'est pas sans exemple, en effet, que l'affection cancéreuse, après un répit de plusieurs années, reparaisse tout à coup dans un ou plusieurs organes et entraîne la mort d'un sujet que l'on regardait comme à l'abri de tout danger. Ludlow cite un cas où la récidive ne se montra qu'après dix ans.

Mais il y a des faits moins exceptionnels et authentiques où la guérison s'est maintenue au-delà même de ce terme ultime. Un malade de Curling demeurait guéri plus de dix ans après l'opération, et un opéré de César Hawkins, revu au bout de douze ans, n'avait pas été moins heureux. D'autres faits plus nombreux constatent la non-récidive à des époques moins éloignées, cinq ans, quatre ans après l'opération.

M. VERNEUIL (séance du 20 mars) ne pense pas qu'il y ait lieu d'accuser l'histologie d'avoir donné des indications opposées à celles de la clinique, dans les deux cas particuliers. C'est, en effet, un grand tort de croire bénigne une tumeur cartilagineuse ; on a pu jadis attribuer à tous les chondromes une innocuité qui n'appartient qu'à un certain nombre d'entre eux, ceux de la main, par exemple. Mais, depuis longtemps, on a reconnu que les variétés glandulaires étaient graves, que la plupart des tumeurs cartilagineuses du testicule étaient mixtes, renfermaient plusieurs tissus et finalement se comportaient à peu de chose près comme le cancer.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de la terminaison dans les deux cas : pour le premier, le développement très-rapide du néoplasme chez un très-jeune enfant devait assombrir le pronostic. Pour le second, il ne faut pas oublier que le malade avait quarante-deux ans, et que sa tumeur affectait une marche lente, datant de deux années déjà. Or le sarcocèle est une affection de la jeunesse : c'est de vingt à trente ans qu'il se présente le plus souvent, qu'il marche le plus vite et récidive le plus promptement. Quand on s'approche de l'âge mur, il prend des allures plus calmes sans cesser cependant d'être toujours aussi grave.

La longue bénignité et la malignité des tumeurs ne dépendent pas directement de leur composition élémentaire : l'étude clinique et les renseignements histologiques doivent marcher parallèlement, se contrôler et se confirmer sans cesse. Il serait regrettable de douter un peu trop, sous prétexte qu'il n'est pas infaillible, d'un instrument qui a rendu et rend encore de si grands services à la pathologie.

D'ailleurs, M. le docteur Nepveu a publié plusieurs faits tendant à démontrer qu'il y a des distinctions à faire dans l'antique classe des sarcocèles dits cancéreux. (Contribution à l'étude des tumeurs du testicule, 2e éd., 1875.)

1er cas : étudiant en médecine atteint de cysto-sarcome avec tumeur perlée et nodules de cartilage. Opéré en janvier 1870. Guérison persistante jusqu'à ce jour.

2e cas : tumeur fibro-plastique avec épithélioma canaliculaire. Opéré en 1872. Resté guéri en 1875.

3e cas : homme de soixante-un ans ; sarcome médullaire lymphoïde datant de quatre ans. Opéré en 1871. Deux ans après, pas de récidive.

4e cas : officier de marine ; tumeur embryoplastique datant de trois ans et demi. Enlevée en 1872. Jusqu'ici, point de récidive.

5e cas : encore un sujet de cinquante-un ans ; tumeur embryoplastique ou sarcome lymphoïde. Opéré en 1873. Deux ans après, pas de récidive.

6e cas : fait analogue.

Mais, à côté de ces cas évidemment très-favorables, les tumeurs dans lesquelles on a trouvé les caractères histologiques du cancer ont donné lieu à une récidive et à une généralisation très-prompte. Comme résultat de mes castrations, j'ai, presque sans exception, vu mourir vers la fin de la première année, sinon plus vite, des malheureux atteints du vrai cancer, *sauf deux exceptions fort remarquables* : 1° Un employé de commerce, âgé de vingt-cinq ans, avait contracté la syphilis, dont il avait été soigné par MM. Fournier et Ricord qui lui conseillent la castration pour une tumeur très-volumineuse du testicule qui avait résisté à des doses considérables d'iodure de potassium. La tumeur fut enlevée : elle présentait tous les caractères de l'encéphaloïde ramolli. L'année suivante, une tumeur du volume du poing se développe dans la fosse iliaque interne ; douloureuse, résistante, immobile, elle fait des progrès rapides. Une récidive est diagnostiquée sans hésiter ; le malade quitte soudain le service. On le crut mort. Deux ans après, nous apprîmes qu'il se portait à merveille, la tumeur s'étant ouverte peu de temps après sa sortie de l'hôpital. Revu dix ans après, il n'avait pas eu de récidive.

2° Un architecte, jeune et bien portant, avait eu jadis la syphilis. Un testicule se tuméfie. MM. Ricord et Fournier conseillent la castration qui est exécutée en 1866 : c'était un encéphaloïde classique. La guérison fut rapide et depuis aucune récidive ne s'est manifestée.

M. Verneuil fait remarquer que vers 1865 ou 1866 on ne connaissait guère qu'une espèce de tumeur maligne du testicule, le cancer : la tumeur lymphoïde était sans doute confondue à cette époque avec ce que l'on regardait comme type de l'encéphaloïde, et que l'on appelait cancer nucléaire, parce que la plus grande partie de la tumeur était constituée par des éléments petits, nageant en grande quantité dans un suc crémeux abondant. Alors aussi, on affirmait trop aisément le cancer d'après l'insuccès de l'iodure de potassium donné à de fortes doses.

Il faut bien se garder de pratiquer la castration avant d'avoir tâté le mercure pour peu que la nature du mal soit douteuse : le syphilome, qui peut très-bien être pris pour un cancer, cède parfois très-rapidement à cette médication.

M. DESPRÈS rappelle que M. Conches a fait une thèse sur les maladies du testicule dans lesquelles se trouvent des faits très-intéressants et surtout une étude de la maladie kystique du testicule que l'auteur range, avec pièces à l'appui, dans les cancers : de plus, il a montré que la marche dépend de l'organisation de la tumeur et qu'il existe des chondromes récidivant vite et d'autres très-lentement.

Pour ce qui est de la récidive du cancer du testicule chez les adultes, sur quatre malades suivis, M. Desprès en a observé un qui n'a pas eu de récidive après trois ans, un second après deux ans, et deux qui ont succombé en moins d'un an.

M. PANAS et M. FORGET conseillent l'emploi du mercure avant la castration : des tumeurs du testicule, qualifiées cancer, n'en sont pas, et elles sont justifiables du mercure ; le meilleur mode d'administration consiste dans les frictions.

M. ANGER (séance du 27 mars) communique une observation d'*enchondrome du testicule* chez un homme de quarante-trois ans, qui avait été inutilement saturé de préparations mercurielles. Cette tumeur était un fibro-enchondrome du testicule. Pour caractériser l'espèce d'une tumeur et en déterminer la nature, il ne suffit pas, comme paraît le dire M. Poinsot, d'en étudier l'élément anatomique principal ; il faut encore en chercher la texture, en étudier *les connexions* pour pouvoir prévoir l'avenir de l'opéré. Les néoplasmes du testicule se comportent de deux façons vis-à-vis de cet organe : les uns envahissent d'emblée la substance testiculaire, de façon que le néoplasme est en rapport immédiat avec les canaux spermatiques, sans en être séparé et isolé par une enveloppe conjonctive, ce qui veut dire encore que les vaisseaux du testicule et ceux du néoplasme font partie d'un même système et communiquent largement les uns avec les autres, que les éléments sécréteurs du sperme et ceux du néoplasme vivent aux dépens de la même circulation et, par consé-

quent, leurs produits de désassimilation se mélangent intimement et de proche en proche.

Dans certains enchondromes, au contraire, cette promiscuité des éléments normaux n'existe pas : le testicule est refoulé, étalé par le tissu enchondromateux, dont il est nettement séparé par une enveloppe lamineuse qui fait que les vaisseaux et par suite la vie n'est plus commune entre les tubes séminifères et les cellules cartilagineuses ; le néoplasme, dans ce cas, se développe à la façon d'un parasite qui, peu à peu, refoule, distend et atrophie l'organe au milieu duquel il est né. Alors les communications vasculaires sont presque nulles : il n'y a pas échange des matériaux de nutrition et de désassimilation ; la vie de l'un est indépendante de celle de l'autre ; tout comme dans le sein, nous voyons les tumeurs adénoïdes naître et se développer à côté du tissu mammaire, sans lui nuire autrement que par la compression qu'elles exercent.

De ces deux dispositions anatomiques dépend, pour M. Anger, la bénignité ou la malignité d'une tumeur, quelle qu'elle soit, surtout au point de vue de la récidive. Et si on se rappelle que c'est surtout par les lymphatiques que se propagent et se généralisent les tumeurs, on trouvera encore dans l'engendrement des produits néoplasiques une explication de leur bénignité. En effet, les éléments néoplasiques non enkystés trouvent autour d'eux les voies lymphatiques tout ouvertes pour les recevoir et les transporter jusqu'aux ganglions, tandis que la membrane kystique, qui enveloppe un néoplasme, protége ces mêmes voies lymphatiques et les met à l'abri de l'envahissement, du moins le plus souvent, et quand la distension ne produit pas la rupture, — ce qui amènerait une généralisation rapide, comme on la voit parfois après l'ulcération d'une petite tumeur qui était restée longtemps bénigne.

Au point de vue clinique, comme presque toutes les tumeurs bénignes sont enkystées, il est, en général, facile de les reconnaître à leur mobilité, à leur indolence, à l'absence d'engorgement ganglionnaire. Mais, dans le testicule, ce caractère si important de la mobilité n'existe pas : l'enveloppe albuginée, rapidement distendue par le néoplasme, ne permet pas d'en percevoir la mobilité. Le clinicien n'a donc pour apprécier la nature de la tumeur que l'indolence fréquente et l'absence d'engorgement ganglionnaire, et ces deux derniers caractères appartiennent tout aussi bien au testicule syphilitique, et dès lors on s'explique aisément la difficulté du diagnostic. Lorsque, dans un cas douteux, le traitement spécifique a échoué, il faut en venir à la castration, mais alors l'examen attentif de la tumeur, la détermination de ses connexions avec le testicule proprement dit, les commémoratifs relatifs à la rapidité du développement, à l'âge du malade, permettent d'asseoir le pronostic sur des bases solides, qui font honneur à l'histologie.

Luxation du maxillaire inférieur (séance du 20 mars). — M. CH. PÉRIER présente une pièce de luxation du maxillaire inférieur chez une femme âgée de soixante-cinq ans. La luxation était double. L'apophyse coronoïde ne s'accrochait pas à l'os malaire. Cette pièce est remarquable par l'intégrité des ligaments, qui étaient seulement distendus. C'est un exemple de luxation sous-méniscoïde sans rupture ligamenteuse, variété qui serait, suivant le docteur Mathieu, beaucoup plus fréquente que la supérieure.

Kyste uniloculaire colloïde très-volumineux; ovariotomie; mort, par M. DUPLOUY (séance du 20 mars). — Chez une femme âgée de trente et un ans, atteinte de kyste ovarique uniloculaire avec ascite et œdème des parois, l'ovariotomie présente des difficultés à cause de la rupture du kyste, malgré tous les ménagements apportés dans les tractions. Le contenu du kyste était glutineux, colloïde, et son poids était d'au moins 15 kilogrammes ; on comprend les difficultés qu'a présentées la toilette du péritoine pour évacuer toute cette masse tenace et visqueuse. La malade alla bien jusqu'au huitième jour après l'opération, puis elle succomba à une péritonite suraiguë, produite par la persistance d'une masse colloïde jaunâtre, analogue à celle qui remplissait le kyste.

Cette observation est intéressante aussi par la présence d'un véritable pédicule épiploïque du kyste ovarique.

M. BOINET croit que l'on ne doit pas opérer les kystes colloïdes, dont on devra soupçonner l'existence lorsque, la fluctuation étant manifeste, les ponctions avec le trocart ne donnent issue à aucun liquide. Si tous les kystes colloïdes ne sont pas des cancers, ils se comportent comme des cancers, et toutes les femmes qui ont des kystes à liquide d'aspect gélatineux, colloïde, sont mortes avec les signes du cancer.

M. TERRIER fait observer que, les malades étant voués à une mort à bref délai, il ne faut pas poser en principe que l'on ne doit pas opérer : il faut opérer s'il n'y a pas d'adhérences, tout en portant un pronostic très-grave.

M. BLOT rappelle que, dans un cas analogue, il a vu Nélaton ne pas hésiter, pour faire une toilette complète du péritoine, à dérouler tous les intestins et à les sortir de la cavité abdominale pour les déplisser et les laver de ce tissu colloïde : la malade guérit sans avoir eu un instant de fièvre. On a peut-être trop exagéré la sensibilité du péritoine : lorsqu'il est sain, il est tolérant.

M. PANAS croit qu'il est préférable de se hâter et de ne pas trop s'attarder à une toilette absolument minutieuse du péritoine, la prolongation de la durée de l'opération aggravant beaucoup le pronostic.

On sait les expériences de Langenbeck qui ouvre l'abdomen de deux lapins et étale au dehors les intestins : les intestins de l'un sont abandonnés à l'air, ceux de l'autre sont enveloppés dans des linges chauds ; le premier meurt par refroidissement péritonéal, le second guérit.

M. POLAILLON fait une distinction au sujet de l'ascite, qui peut compliquer les kystes de l'ovaire. Lorsque le kyste ascitique est séreux, le pronostic n'est pas grave, et l'on peut opérer; si, au contraire, le liquide est sanguinolent, le pronostic devient très-grave, et il ne faut pas opérer.

Fourche fixatrice des kystes dermoïdes du sourcil (séance du 20 mars). — M. DUPLOUY présente cet instrument, destiné à faciliter l'extirpation de ces tumeurs que rendent difficile leur situation profonde sous le muscle orbiculaire et leurs rapports avec le ligament large des paupières, qu'il importe de ménager.

Double hydarthrose intermittente des genoux (séances des 27 mars et 3 avril). — M. PANAS communique l'observation d'une hydarthrose intermittente des genoux, non pas de l'hydarthrose à répétition, revenant à la suite d'une fatigue et à des époques indéterminées, mais bien d'une hydarthrose revenant sans aucune cause et à des époques aussi précises qu'une fièvre intermittente. Elle a trait à une jeune fille de vingt-deux ans, de bonne santé, n'ayant aucune manifestation diathésique dans ses antécédents. Une grossesse s'est bien terminée cinq ans auparavant ; six mois après, sans aucune cause occasionnelle, elle fut prise de tuméfaction des deux genoux, sans fièvre ni malaise. Bien plus, elle n'éprouvait aucune douleur au niveau des articulations et marchait assez facilement, ressentant seulement une certaine raideur qui gênait un peu ses mouvements. Le gonflement dura trois ou quatre jours, puis disparut.

Depuis cette époque, les accidents se sont reproduits régulièrement tous les quinze jours, et à date fixe : c'était le jeudi de chaque quinzaine que la tuméfaction apparaissait, ne déterminant jamais de troubles appréciables. Malgré tous les traitements, avec ou sans repos, les accidents se sont reproduits pendant quatre ans avec la même régularité. En dehors des attaques, les genoux reprenaient leur volume normal et la malade n'éprouvait aucune gêne.

Il y a huit mois environ, elle a été enceinte de nouveau et a fait une fausse couche de quatre mois. Pendant ces quatre mois, les accidents ne se sont pas montrés, et elle se croyait guérie, lorsque, quinze jours après sa fausse couche, un jeudi, le gonflement des deux genoux apparut de nouveau, mais il dura, depuis cette époque, huit jours au lieu de trois ou quatre. Elle est bien réglée, ne présentant ni douleur ovarienne, ni troubles de la sensibilité, mais quelques autres caractères du tempérament hystérique. Les organes génitaux ne sont actuellement le siége d'aucun écoulement. Jamais de fièvre intermittente antérieure.

Dans la thèse de M. Ragon (1877), on trouve quatre observations analogues : deux appartiennent à M. Verneuil, une à M. Le Dentu; la quatrième, recueillie dans le service de M. Constantin Paul, n'est autre que l'histoire de cette malade qui a passé de ce service dans les salles de Lariboisière.

Bien qu'elles soient incomplètes, on peut esquisser l'histoire de cette curieuse affection. Le *sexe* ne paraît avoir rien de spécial, puisque, sur quatre observations, il y a deux hommes et deux femmes.

L'âge, au contraire, donne un renseignement important : ces malades ont quatorze, vingt-cinq, vingt-sept et vingt-deux ans.

Le siège n'a rien de spécial : le genou est peut-être le siège de prédilection; mais, dans le cas de M. Le Dentu, la hanche et l'articulation du cou-de-pied avaient été envahies.

L'ensemble de l'attaque présente deux périodes : la première comprend l'apparition, la durée et la disparition de l'épanchement; la seconde comprend le temps pendant lequel l'articulation reste intacte.

La première varie de quatre à douze jours, soit une durée moyenne de huit jours; la seconde de quatre et huit à quinze jours, soit une moyenne de neuf jours.

La grossesse a joué une influence manifeste chez les deux femmes : dans l'observation de M. Verneuil, l'hydarthrose apparaît pour la première fois six semaines après les couches. Chez notre jeune fille, la première attaque a lieu six semaines après l'accouchement; cette femme redevient enceinte, l'hydarthrose disparaît; elle fait une fausse couche, et, douze jours après cet accident, l'épanchement reparaît.

Les caractères de l'arthritisme se retrouvent dans ces diverses observations : il est donc rationnel d'admettre que ces malades ont été atteints d'arthrite déformante avec épanchement abondant. Cette origine arthritique peut permettre d'expliquer l'influence que la grossesse a apportée dans cette dernière lésion : elle explique enfin le peu de résultat obtenu par les divers traitements.

Dans les recueils étrangers, on ne trouve rien qui éclaire cette curieuse affection.

REVUE DE LA PRESSE.

Sur la sensibilité du péricarde. — Des expériences de M. Bochefontaine (voir *Gaz. des hôp.*, 1877, page 1174), on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Le péricarde sain est sensible; cette sensibilité peut être mise en jeu par des excitations mécaniques (pincement entre les mors d'une pince); la face externe de cette membrane paraît plus sensible que la face interne).

2° Le péricarde enflammé expérimentalement (inflammation épithéliale et parenchymateuse) présente une vive sensibilité au moins à la face externe et dans son épaisseur.

Nous pouvons ainsi comprendre comment la péricardite rhumatismale, qui reste superficielle et n'affecte que très-peu le tissu sous-épithélial, ne donne lieu d'habitude à aucune douleur vive; et comment, au contraire, les inflammations franchement parenchymateuses (certaines péricardites purulentes ou néo-membraneuses) peuvent, sans irritation nécessaire des organes voisins, donner lieu à une douleur intense. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Pachyméningite hypertrophique spontanée de la région dorso-lombaire. — A la Société anatomique, MM. Lordereau et Troisier ont rapporté l'observation suivante de pachyméningite spinale chronique dorso-lombaire, dont on ne connaît encore guère d'exemples :

Virginie E..., âgée de cinquante-cinq ans environ, était entrée à l'hôpital Saint-Antoine, le 9 septembre 1872, pour une paralysie incomplète, accompagnée de vives douleurs. Quand on essayait de la faire marcher en la soutenant, on voyait que le membre inférieur gauche glissait sur le sol sans faire aucun mouvement; le droit pouvait exécuter quelques petits mouvements, mais tout-à-fait insuffisants pour la marche. Une fois couchée, la malade pouvait mouvoir les membres inférieurs, mais les mouvements obtenus étaient très-faibles. Les masses musculaires étaient très-amaigries. La sensibilité était conservée; il n'y avait pas de retard dans la perception des sensations. Les mouvements réflexes n'étaient pas exagérés. La malade éprouvait dans le membre inférieur gauche des douleurs fulgurantes excessives, qui devinrent de plus en plus intolérables. Des douleurs de même nature se montraient assez souvent du côté gauche de l'abdomen. Le membre inférieur droit était aussi le siège d'élancements douloureux, mais ceux-ci étaient beaucoup moins violents et moins fréquents que ceux du côté gauche. La malade mourut de pneumonie le 3 décembre 1872.

A l'*autopsie*, on trouve un épaississement de la dure-mère, commençant à l'origine du renflement dorso-lombaire de la moelle, et se prolongeant jusque sur la queue de cheval. Il offre l'apparence d'une tumeur fusiforme aplatie, il occupe presque exclusivement le côté gauche de la moelle épinière. L'altération de la dure-mère est absolument semblable à celle de la *pachyméningite cervicale hypertrophique*, décrite par MM. Charcot et Joffroy : c'est une pachyméningite interne d'origine spontanée.

Comme dans la pachyméningite cervicale, les symptômes ont consisté en phénomènes douloureux et en une paralysie incomplète avec atrophie des masses musculaires. (*Progrès méd.*)

Les symptômes de la rage. — Le Comité d'hygiène de la Seine vient d'adopter une instruction relative aux chiens enragés, qui a été rédigée par MM. Bouley et Proust.

Nous en extrayons les indications suivantes :

Doit être considéré comme suspect :

1° Tout chien connu qui, contrairement à son caractère et à ses habitudes, est devenu agressif et mord, sans motif qui explique cette action, les personnes qu'il trouve à la portée de ses dents;

Dans ce cas, le chien doit être considéré comme d'autant plus suspect que les personnes qu'il a mordues lui étaient plus familières;

2° Tout chien qui, dans l'intérieur des maisons, s'attaque aux personnes étrangères sans y être excité, soit par son rôle de gardien, soit par une agression volontaire ou involontaire;

3° Tout chien vaguant qui, sans aucune exception, s'attaque aux personnes qu'il rencontre sur son passage, dans les rues, sur les routes, dans les campagnes;

4° Tout chien inconnu, trouvé errant, qui devient tout à coup agressif pour les personnes qui l'ont accueilli dans leur demeure.

— Nous trouvons dans une leçon de M. le professeur Lasègue l'exposé succinct des symptômes de la rage. Dans le chien, le premier symptôme de la rage, c'est un changement d'habitudes. Quand un chien a été mordu, il devient triste, refuse la nourriture : au lieu, par exemple, de s'étendre devant le foyer, comme c'était son habitude, il se réfugie dans un coin obscur. Si son maître l'appelle, il n'accourt plus joyeux, en aboyant, mais il vient lentement, la queue entre les jambes, et semble indifférent aux caresses qu'on lui fait; puis bientôt il retourne se cacher sous un meuble ou dans un endroit retiré. A une époque un peu plus avancée, la voix devient rauque, enrouée. A une époque encore plus éloignée du début, si l'animal a déjà eu une première attaque, cette modification de la voix devient absolument caractéristique : c'est tout à fait le cri rauque du renard qui chasse la nuit, caractère précieux auquel les vétérinaires ne se trompent pas. (*Paris méd.*)

— Le chien enragé n'a pas horreur de l'eau; au contraire, il en est avide. Tant qu'il peut boire, il satisfait sa soif toujours ardente, et, quand le spasme de son gosier l'empêche de déglutir, il plonge le museau tout entier dans le vase, et il *mord* pour ainsi dire le liquide qu'il ne peut plus avaler.

Le chien enragé n'est donc pas hydrophobe, et l'hydrophobie n'est donc pas un signe de la rage du chien.

Lorsque le besoin de mordre, qui est un des caractères essentiels de la rage à une certaine période de son développement, commence à se manifester, l'animal le satisfait d'abord sur des corps inertes; il ronge le bois des portes et des meubles, déchire les étoffes, les tapis, les chaussures; broie sous ses dents la paille, le foin, les crins,

la laine, mange la terre, etc., et accumule dans son estomac des débris de tous les corps sur lesquels ses dents ont porté.

Le chien enragé est toujours très-violemment impressionné et irrité par la vue d'un animal de son espèce : de sorte qu'il est vrai de dire que le chien fait l'office d'un agent réactif à l'aide duquel on peut presque toujours, avec une très-grande sûreté, déceler la rage encore cachée dans un animal qui la couve.

Plaie par arrachement aux parties génitales. Dénudation complète de la verge et des testicules. — Le docteur Labrevoit publie l'observation d'un ouvrier terrassier âgé de trente-cinq ans, qui, travaillant auprès d'une locomobile, se laisse saisir le pantalon au niveau du pubis, par l'extrémité d'un axe d'engrenage tournant horizontalement ; l'axe enroule ses vêtements, lui fait exécuter trois ou quatre tours à l'instar d'un volant, et le laisse retomber presque entièrement nu sur le sol. Il perd connaissance pendant quelques secondes, et est amené à l'hôpital de Philippeville.

On constate que le fourreau de la verge est entièrement enlevé ; le scrotum, arraché à sa racine en avant, au niveau du pubis, pend en bas et en arrière des testicules, mais il est conservé intégralement et sans ecchymoses, tandis qu'il ne reste plus trace du fourreau de la verge. Les autres enveloppes des testicules et des cordons sont intactes, et les contractions du crémaster sont très-énergiques.

Toute hémorrhagie est arrêtée. Douleur très-vive.

Le pubis ayant été rasé et la plaie lavée avec soin, on réapplique le scrotum sur les testicules et l'on réunit les bords de la plaie par des points de suture. Pansement simple, arrosé avec la décoction émolliente.

La cicatrisation de la plaie du pubis n'a pu se faire par première intention. Néanmoins elle était complète au 23e jour : mais, pour la plaie de la verge, la transformation, en tissu inodulaire, des bourgeons charnus dont se sont tapissés rapidement les corps caverneux, a été entravée par des érections fréquentes et prolongées, qui, chaque fois, étaient accompagnées de saignements et de vives douleurs. Cette cicatrisation recouvrit d'abord le dos de la verge et mit un long temps à s'étendre vers la base et en arrière de l'organe. A la sortie du malade, deux mois après, la rainure pénio-scrotale était encore ulcéreuse; un mois après seulement, la guérison était achevée, mais elle entraîna à sa suite une rétraction considérable du pénis. Cinq mois après, la distance qui séparait la racine de la verge de la couronne du gland n'était plus que de trois centimètres : l'absence de tissu cellulaire entre le tissu cicatriciel et les corps caverneux s'opposant au développement de ces derniers, il en résulte que l'érection est extrêmement douloureuse.

Cet homme est marié, et les rapprochements sexuels sont impossibles. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du ministre de l'intérieur, notre excellent collaborateur et ami, le docteur Magne, vient de recevoir une médaille d'argent en récompense des soins qu'il donne depuis longues années à la Société de secours mutuels du 8e arrondissement.

Une autre médaille d'or lui a été votée à l'unanimité par la Société de secours mutuels du Bois de Boulogne, société dont il est le chirurgien consultant pour les yeux.

Notre confrère est coutumier du fait. L'an passé, à pareille époque, il recevait, pour ses soins dévoués et son désintéressement, une médaille de la Société d'Encouragement au bien, et un prix du ministre de l'instruction publique.

— M. le docteur Samalens est nommé médecin-adjoint du lycée d'Auch.

— M. le docteur Contesse, médecin-adjoint au lycée de Lons-le-Saunier, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Raguay, décédé.

— M. le docteur Langlois est nommé médecin adjoint du lycée du Puy, en remplacement de M. le docteur Vibert, appelé à d'autres fonctions.

— Sont nommés médecins du théâtre de la Gaîté, MM. les docteurs : Marchand, Calvo, Braconnot, Philbert, P. Dubois, Malterre, Thézet, Amadieu, Courseran, Maugeis, Hulot, Naret, Galley-Lagoguey, Morelot, Schloss, Cazalis.

— M. le docteur Martin-Damourette reprendra ses cours préparatoires aux 3e et 4e examens du doctorat en médecine et au 1er examen de fin d'année, le lundi 9 septembre à une heure, boulevard Saint-Germain, 63.

Ces cours seront terminés le 31 octobre.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 105. — MARDI 10 SEPTEMBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 10 SEPTEMBRE 1878. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Éruption syphilitique à forme rare, consécutive à un chancre amygdalien.

Nous avons en ce moment, au n° 22 de la salle, un homme de trente-deux ans, exerçant la profession de passementier, qui s'était toujours bien porté jusqu'à ces derniers temps, quand, il y a environ six semaines, il a eu un mal de gorge assez intense, caractérisé surtout par de la dysphagie et des efforts constants d'expuition. A ces premiers symptômes est venue se joindre plus tard de la toux, puis le côté droit de sa mâchoire est devenu le siège d'un gonflement assez notable. Ce symptôme persistant avec la même intensité malgré un traitement suivi, le malade se décida, il y a quelques jours, à entrer à l'hôpital.

La toux, le mal de gorge, devaient naturellement nous conduire à examiner la poitrine : la sonorité était normale, la respiration régulière. Si donc il existait une affection thoracique, elle ne siégeait ni dans les radicules des bronches, ni dans le parenchyme pulmonaire, et cet homme avait simplement affaire à une laryngo-trachéite, ainsi qu'en témoignait d'ailleurs une altération notable de la voix.

Mais, pendant que nous examinions ce malade, nous avons été frappé, en le découvrant, d'un phénomène particulier qui devait nous mettre bientôt sur la voie du diagnostic. Il présentait, en effet, en différents points du corps, une éruption dont le début, suivant lui, remontait à une dizaine de jours, et caractérisée par des taches saillantes, les unes vésiculeuses, les autres papuleuses et entourées d'une aréole rouge, semblables à celles de la variole soit au début, soit à la période de desquamation.

Il s'agissait de déterminer la nature de cette éruption : pour cela il fallait en étudier les caractères et les symptômes.

Ici, les symptômes, c'est-à-dire les sensations perçues par le malade, étaient nuls. Pas de démangeaisons, pas de cuisson, qui, comme vous le savez, accompagnent ordinairement les éruptions cutanées, quand celles-ci ne sont pas liées à l'existence de la syphilis ou de la scrofule.

De plus, cette éruption était caractérisée par une couleur rouge particulière, un peu foncée, tirant sur le brun, et qui n'avait rien de commun avec la rougeur inflammatoire franche qu'on rencontre dans la plupart des éruptions et surtout dans la scarlatine.

En l'examinant avec la loupe, on trouvait qu'elle était composée de plusieurs éléments de nature différente : les uns formant des saillies pleines, des plaques lenticulo-papuleuses ; les autres représentant des éminences terminées à leur sommet par de petites pustules, entières à certains endroits, ailleurs affaissées et déjà recouvertes de croûtes. Enfin, à côté de ces papules pustuleuses, on trouvait quelques saillies acuminées, comme vésiculeuses, formées par un soulèvement de l'épiderme distendu par de la sérosité, tandis que, disséminées au milieu de ces lésions de nature différente, apparaissaient çà et là d'autres taches, non saillantes, exanthématiques, et ressemblant en tous points à celles de la roséole syphilitique.

En présence de cette éruption polymorphique, d'une rougeur un peu sombre, répandue sur tout le corps, et ne donnant lieu à aucune sensation de cuisson ou de démangeaison, il était évident que nous avions affaire à une éruption syphilitique de la seconde période.

Néanmoins, pour fortifier et compléter le diagnostic, nous devions rechercher s'il n'existait pas du côté des muqueuses et des ganglions quelques phénomènes particuliers. C'est alors que nous avons constaté à la partie latérale du cou un ganglion parfaitement tranché, parfaitement caractéristique. Au contraire, du côté des aines, l'on trouve presque constamment, chez les individus entachés de syphilis, une série de ganglions volumineux, mous, indolents ; nous n'avons pas trouvé trace d'engorgement.

Quant aux muqueuses, voici ce que nous avons constaté de ce côté : la muqueuse préputiale présentait des saillies rouges, mollasses, qui n'étaient autres que des plaques muqueuses ; au dire du malade, elles dataient de quinze jours seulement.

Rien du côté des lèvres ; mais à la gorge, sur l'amygdale droite, on trouvait une petite ulcération en manière de fente, d'un fond grisâtre et entourée d'une rougeur assez vive.

Cette lésion faisait évidemment partie de la maladie et se rattachait certainement à la cause sous l'influence de laquelle s'était développée l'éruption. Mais, quand on est en présence d'une syphilis secondaire, il ne suffit pas de se borner à constater les accidents que l'on a sous les yeux, il faut encore rechercher comment la maladie a débuté, en un mot il faut remonter au phénomène primitif.

Ici, la chose était extrêmement embarrassante, car cet homme nous affirmait d'une manière bien positive n'avoir jamais eu de chancre à la verge. Il déclarait, en outre, que c'était seulement au moment où avaient apparu les diverses manifestations cutanées que je viens de vous signaler qu'il avait vu survenir, sur la muqueuse du prépuce, les plaques muqueuses dont nous venions de constater la présence. Néanmoins y avait-il eu là un chancre qui, à la rigueur, aurait pu passer inaperçu chez un homme n'ayant pas l'habitude de s'examiner beaucoup, et comme cela se voit pour les chancres du frein qui peuvent exister sans donner lieu ni à aucune douleur ni à aucun autre phénomène local? C'était d'autant plus facile à admettre que l'on pouvait supposer que les lésions que nous observions en ce point n'étaient que la transformation du chancre en plaques muqueuses. Mais, s'il en était ainsi, pourquoi cet homme n'avait-il pas de ganglions inguinaux?

Le chancre s'était-il donc développé en un autre point : à la figure, à la bouche ou à la gorge? Il convenait donc de le rechercher de ce côté.

Nous avons interrogé dans ce sens notre malade, et voici ce que nous avons trouvé. Cet homme est malade depuis six semaines à deux mois. Il a commencé, nous a-t-il dit, par avoir mal à la gorge et par présenter un peu de gonflement de la région parotidienne droite que, ainsi que je vous l'ai dit, nous avons reconnu être un ganglion volumineux, mou et indolent. Or un tel phénomène n'existe ordinairement pas dans la syphilis sans qu'il y ait eu un chancre soit aux lèvres, soit à la bouche, soit à la gorge.

Par conséquent, en raison des symptômes, des commémoratifs fournis par ce malade, j'ai une très-grande tendance à croire que le chancre, au lieu de s'être développé à la verge, comme cela arrive le plus habituellement, a eu son siège, chez ce malade, sur l'amygdale droite. Je vois la preuve de ce que j'avance dans la présence, sur cette glande, de cette ulcération à fond grisâtre que je viens de vous signaler, et surtout dans le ganglion voisin. Sachez, en effet, qu'il n'est pas de chancre infectant sans que les ganglions auxquels se rendent les lymphatiques du point malade ne soient le siège d'un engorgement caractéristique.

Mais cela ne suffit pas d'avoir reconnu le point où siégeait l'accident primitif; il faut encore déterminer à quelle espèce de syphilis on a affaire. Ici nous avons affaire à une syphilis assez intéressante et qu'on n'a pas l'occasion d'observer bien souvent. Chez cet homme, en effet, nous trouvons d'abord des petits boutons de syphilide lenticulaire parfaitement accentuée avec d'autres lésions élémentaires composées d'une base un peu dure et d'un sommet pustuleux en un point, ailleurs desséché et recouvert de croûtes, et semblables à cette éruption que les dermatologistes désignent sous le nom d'acné induré. Telle est la syphilide acnéiforme. Enfin, comme variété rare, nous trouvons également chez ce malade quelques petites éminences vésiculeuses, isolées, formant une saillie acuminée. C'est la syphilide vésiculeuse ou eczématiforme.

Quant à la réunion de ces diverses variétés de lésions chez le même individu, elle ne présente rien de particulier, le polymorphisme étant un caractère propre à la syphilis secondaire. Mais, et ce point surtout rend l'observation de ce malade plus intéressante, il est rare de voir ces éruptions diverses se donner rendez-vous sur le même individu à une époque aussi éloignée du début. Quand, en effet, ce phénomène doit se montrer, il apparaît ordinairement plus tôt, immédiatement après que la roséole est passée.

Quelques mots maintenant relativement à la nature spéciale de la maladie, à l'éruption et au point de départ de la syphilis chez cet homme.

Relativement à la forme de l'éruption, ainsi que je vous l'ai déjà dit, elle est assez rare. De plus, il est à craindre qu'en raison même de son caractère acnéiforme, elle ne soit très-longue à guérir, non pas que chaque pustule ne mette un temps considérable à évoluer, mais parce que cette tumeur est extrêmement rebelle, et qu'à une pustule à peine guérie succède une autre pustule qui, elle-même, sera suivie d'une nouvelle poussée éruptive.

Quant au point de départ de la maladie, on doit toujours, comme je vous l'ai dit, pour compléter le diagnostic et pour satisfaire l'esprit, lorsqu'on ne trouve pas le chancre initial aux parties génitales, examiner toutes les régions où cet accident se développe le plus communément. C'est ainsi qu'on devra interroger successivement la bouche, les narines, les yeux, les oreilles même et le fond de la gorge.

Le virus syphilitique peut, en effet, être inoculé par les mécanismes les plus bizarres. Rien n'est plus commun que de voir des sages-femmes, des médecins, contracter, en pratiquant le toucher chez des femmes suspectes, un chancre du doigt. Dans ces cas, il suffit d'une petite écorchure pour servir de porte d'entrée, dans le sang, au virus syphilitique.

Quand il apparaît aux yeux, c'est le plus ordinairement au niveau de la caroncule lacrymale que le chancre se développe. J'en ai observé un très-curieux exemple chez un de mes confrères qui, en cautérisant le fond de la gorge d'un de ses clients atteint de plaques muqueuses, avait reçu une petite goutte de salive dans le coin de l'œil.

Dans ce cas, il est facile de se rendre compte comment les malades ont pu contracter la syphilis; mais cette explication devient plus embarrassante quand les accidents primitifs se manifestent, comme chez notre homme, au fond de la gorge. Pour les femmes, cette tuméfaction est, à la rigueur, encore possible, mais à quelle opinion s'arrêter chez les hommes? Cependant le chancre amygdalien est très-commun et se rencontre bien fréquemment.

Mais si les causes de l'inoculation, dans ces conditions, nous font défaut le plus souvent, il en est une qui est relativement commune : je veux parler de la cautérisation de la trompe d'Eustache avec un instrument ayant déjà servi à d'autres malades.

Il y a une dizaine d'années vivait, à Paris, un médecin qui s'occupait spécialement des maladies des oreilles. Il avait une clientèle très-bien fournie et il voyait, chaque jour, nombre de malades auquels il pratiquait la cautérisation de la trompe d'Eustache. Ce médecin n'avait jamais le soin de laver, après chaque opération, l'instrument dont il s'était servi, et l'on estime à trente ou quarante le nombre des victimes auxquelles il a ainsi communiqué la syphilis. J'ai, pour ma part, donné mes soins à cinq individus qui avaient été cautérisés ou sondés par lui, et qui se présentaient à moi avec des accidents secondaires les plus caractéristiques.

Mais, en dehors de ce contact direct, chez des individus qui n'ont pas été sondés et chez lesquels on n'a jamais pratiqué le cathétérisme de la trompe d'Eustache, comment admettre l'inoculation du virus syphilitique? Dans ces cas, il est très-probable que ces malades ont dû commencer par mettre leurs lèvres en contact avec une ulcération ou une plaque muqueuse, et que quelques parcelles de liquide chancreux, entraînées avec de la salive, ont été portées jusque sur l'amygdale.

Telle est, très-probablement, la manière dont cet homme a contracté la syphilis, affection qui, chez lui, je le répète, revêt un pronostic d'une gravité particulière à cause même de la nature de son éruption, laquelle, à peine guérie, sera très-probablement suivie d'une seconde, et ainsi de suite, pendant un temps plus ou moins long.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LASÈGUE.

Conférence sur la métallothérapie (1)

Faite le 13 juin 1878, sur l'invitation de M. le professeur Lasègue,
PAR LE Dr V. BURQ.

J'aurais pu, à la rigueur, m'en tenir à cette expérience, mais, pour qu'elle fût entièrement probante, il lui fallait une contre-épreuve. Cette contre-épreuve, vous l'avez eue. Lorsque, au courant de mai, le traitement interne eut produit en grande partie les effets que j'en espérais, lorsque le rétablissement de la sensibilité générale et spéciale et le retour des forces musculaires vers l'état normal m'eurent permis de penser que le spasme et l'hyperesthésie de la jambe n'avaient plus chance de se reproduire, parce qu'ils n'avaient plus aucune raison d'être ni l'un ni l'autre, de même que, pour les mêmes raisons déjà, l'ovarie avait presque cessé et que pas une attaque n'avait plus eu lieu, je retirai l'armature d'or. J'eus à vaincre ici un peu la résistance de mon zélé collaborateur, M. Boussy, qui craignait de voir ce qu'il appelait *ma précipitation* compromettre un succès qui, somme toute, était aussi assez son œuvre pour qu'il eût le droit d'y veiller; mais je le rassurai en lui rappelant combien une première fois j'avais vu juste dans l'avenir, grâce à la doctrine qui me sert de guide-âne en pareille circonstance, et la suite lui prouva que j'avais pu être tout aussi bon devin cette fois, comme je souhaite que vous restiez bien persuadés vous-mêmes, maintenant que vous possédez la recette, qu'elle pourra vous rendre les mêmes services. Ni la contracture ni l'hyperesthésie ne se reproduisirent, et la métallothérapie externe n'a plus eu à intervenir.

La malade jouit d'une sensibilité à l'or telle que j'aurais parfaitement pu chez elle m'en tenir aux applications seules de ce métal, *à la condition de les généraliser*, mais ma démonstration n'eût point été double, comme je le voulais. Voilà pourquoi j'ai eu recours à l'administration interne d'abord, puis, ce qui revient au même, aux injections hypodermiques du chlorure d'oxyde d'or et de sodium en solution convenable.

Le 18 avril, on a commencé à administrer ce sel, à la dose de 0,005 mill. en deux fois, et, dès le troisième jour, *après la sixième dose seulement*, les règles absentes depuis dix-huit mois sont revenues et ont duré, sans interruption, huit jours, ce qui ne leur était jamais arrivé. Vous pourriez croire que ce fut là un événement fortuit; mais le mois d'après, nouvelle époque, seulement à la date du 22 au lieu du 20, et, dans l'intervalle, disparition complète de la leucorrhée. Est-ce tout? Bientôt, sous l'influence du traitement interne, vous avez vu la sensibilité reparaître d'abord un peu vers le moignon de l'épaule, puis de là s'étendre au coude et au-dessus vers le cou, en débutant toujours par la sensibilité de contact, puis gagner successivement, et de proche en proche, tout le bras et toute la tête. Vous avez vu l'achromatopsie s'en aller de même progressivement et les forces musculaires, d'abord entre dix et quinze kilos à la main gauche, monter successivement à vingt, vingt-cinq et trente kilos.

Que si vous pouviez, encore, conserver l'ombre d'un doute quant à la légitimité des conclusions que je vais poser, il y aurait un moyen bien facile de vous l'enlever. Ce serait de faire pour le traitement interne ce que je fis le 19 avril pour le traitement externe, c'est-à-dire de le supprimer complètement. Huit jours ne se seraient point passés que déjà vous verriez les désordres reparaître, dans un instant vous en connaîtrez le motif, à commencer, n'en doutez pas, par l'amyosthénie et l'analgésie. Si même cela ne dépendait que de moi, je donnerais sur l'heure des ordres dans ce sens, parce que j'ai toujours estimé qu'en pareille matière on ne saurait trop forcer la note, et je serais d'autant plus à l'aise pour agir ainsi que lorsque vous m'auriez crié : « Assez ! » je n'aurais qu'à reprendre le traitement, à la fois *intus et extra*, afin de rendre plus vite la quiétude à la malade, pour remettre toutes choses en bon état.

Je n'ignore point qu'un fait n'a pas grande valeur, mais celui dont vous avez été témoins n'est point isolé. Vous en trouverez bien d'autres dans ce que divers témoins des plus désintéressés et moi avons publié. Mais, sans aller si loin, veuillez, dans ce même hôpital, passer dans deux salles voisines, à la salle Saint-Raphaël, côté des hommes, et à la salle Sainte-Eugénie, côté des femmes, du service de M. Dumontpallier, et vous y verrez ou l'on vous y citera un certain nombre d'autres malades guéries de même.

Conclusions. — La métalloscopie ne nous a point trompés. L'action de la métalloscopie, tant interne qu'externe, a été dans ce cas des plus manifestes aussi bien sur les troubles en plus que sur les troubles en moins de la sensibilité et de la motilité, ou de la contractilité viscérale. Mais elle n'est devenue réellement efficace que du jour où cette action a porté sur l'anesthésie et sur l'amyosthénie; ce qui démontre, une fois de plus, que tous les symptômes du groupe — (*symptômes hyponerviques*) sont prépondérants, qu'ils tiennent sous une dépendance étroite tous les autres dans l'hystérie, ainsi que dans les névroses diverses que celle-ci résume, et que la première de toutes les indications, c'est d'en avoir raison, n'importe comment.

Expériences métalloscopiques. — *Pronostic.* — Voici maintenant la malade. Vous la voyez, elle a bon aspect, elle est colorée, ce qui s'explique tout naturellement par ce fait qu'aussitôt qu'elle a été mieux l'appétit a reparu ; elle est venue nous retrouver sans aide, sans aucun appui. Elle a mis à votre intention ses plus beaux atours de malade, elle a chaussé son pied d'une fine bottine qui, depuis quatre années, était restée à se défraîchir dans sa garde-robe. On peut maintenant presser sur sa jambe comme sur son ventre, les lui pétrir en quelque sorte sans déterminer la moindre douleur, et l'on pourrait rigoureusement lui signer l'*exeat*, à s'en fier aux apparences seules. Mais la malade est encore un peu analgésique et amyosthénique. Vous voyez que, tandis que 35 k. sont à droite l'expression de sa force, elle ne donne encore à gauche que 25 k. et que de ce côté la piqûre, bien que parfaitement sentie, ne produit que peu de douleur en différentes places. Si je lui présente ensuite un cahier plein de bouts de rubans de différentes couleurs, vous voyez que sa vision est loin aussi d'être parfaite; de l'œil gauche elle voit le vert bleu et le violet lui paraît noir; le champ visuel en est très-rétréci, et, l'œil droit fermé, elle ne peut lire que le titre d'un journal. Il y a chez elle, en outre, un signe de non-guérison qui ne trompe pas. Hier, pour savoir où en étaient

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 septembre.

les choses, je lui ai appliqué successivement du cuivre sur le bras et de l'or sur le front. Nous sommes en présence d'une *bi-métallique*, je n'ai point trouvé encore l'occasion de vous le dire, et, après un temps fort court, ces deux métaux lui ont fait reperdre tout ce qu'elle avait gagné et au delà. Je vais renouveler sous vos yeux cette expérience.

J'applique une grande plaque d'or sur l'avant-bras gauche. Une minute s'est à peine écoulée que la malade nous dit ressentir un léger fourmillement dans le bras; je l'y pique et la sensibilité est des plus vives maintenant, de plus la force marque 30 au lieu de 25 kil. Encore une minute, et vous l'entendez déjà accuser un nouveau fourmillement bien plus accentué que le premier. Je la pique, et vous êtes témoins que sa sensibilité commence singulièrement à perdre de son acuité... Voici même qu'elle ne sent plus du tout sous la plaque d'or, tandis qu'au-dessus et au-dessous, à la distance de 3 à 4 centimètres, elle sent encore la piqûre, mais elle n'en souffre pas, et que la pression de sa main gauche n'est plus que de 15 kil. J'applique maintenant sur son front une armature formée de quatre disques en cuivre, et je laisse la plaque d'or sur le bras.

En moins de deux minutes, vous le voyez, la vue devient parfaite, la malade distingue fort bien à présent le vert et le violet, et elle lit les caractères ordinaires d'un journal tout aussi bien de l'œil gauche que de l'œil droit; mais encore une minute, et voici que toutes les couleurs s'en vont, moins le rouge et le jaune (la malade appartient probablement à ce que M. Charcot appelle la série rouge) et qu'il y a, tout à l'entour de l'orbite, une anesthésie complète. Près de sept minutes se sont passées, et nous n'avançons plus, ou mieux la malade ne recule plus. Elle continue à voir très-nettement les deux dernières couleurs, le rouge et le jaune. Cela tient-il à ce que les deux métaux cuivre et or se contrarient, ou mieux à ce que notre bi-métallique est moins sensible au cuivre qu'à l'or?

Je remplace au front les quatre disques en cuivre par quatre disques en or, et voilà déjà le violet, qui était revenu quelques secondes après l'enlèvement du cuivre, qui s'en va à l'*œil gauche*. Pour l'œil droit, je vous montrerais que les choses se passent absolument de même, si j'en avais le temps. Les autres couleurs disparaissent comme tout à l'heure, à peu près dans l'ordre indiqué par M. Charcot, et enfin voilà le jaune et le rouge qui sombrent à leur tour.

L'on vient de me passer un journal, ce sont les *Débats ;* la malade n'en peut même pas lire le titre, et elle accuse maintenant des douleurs assez vives dans l'orbite et se plaint de mal de tête. Si nous reportons les regards vers le bras, où est restée la plaque d'or, vous voyez que la malade n'arrive à grand'peine de la main gauche qu'à une pression de 9 kilogrammes, et qu'elle est aussi anesthésique qu'elle puisse l'être. On peut lui transpercer la peau du bras gauche sans qu'elle s'en doute; seulement, phénomène qui avait très-vivement frappé Claude Bernard dans une visite qu'il fit à la Salpêtrière peu de temps avant sa fin prématurée, aussi bien qu'avait dû l'être antérieurement, dans les mêmes circonstances, votre éminent professeur de physiologie, M. Béclard, les piqûres saignent, vous le voyez, avec une facilité et une abondance extrêmes. Vous savez que c'est tout le contraire qui a lieu dans l'anesthésie *non métallique*. Pourquoi en est-il ainsi ?... Ce sera à voir une autre fois; mais en attendant retenez bien le fait, qui doit vous paraître à vous-mêmes considérable, et souvenez-vous également, car j'aurai à vous le rappeler plus loin, que, malgré mon insistance, le cuivre n'a point pu aller au-delà d'une certaine limite, représentée ici par les couleurs rouge et jaune, tandis que chez d'autres, qui appartiennent à la série *bleue*, pour continuer à me servir du langage de M. Charcot, c'est la couleur de ce nom qui persiste le plus longtemps.

A présent, j'enlève l'or de partout: l'expérience est à peine finie que vous voyez la sensibilité générale renaître sur tous les points, toutes les couleurs revenir avec tant de rapidité que je n'ai point le temps de vous dire dans quel ordre, et le dynamomètre marquer à gauche 25 k., en même temps que du fourmillement et de la chaleur se manifestent vers les parties que l'or avait insensibilisées.

N'ayant plus rien à vous montrer, quant à présent, sur cette malade, je vais la renvoyer afin de pouvoir conclure et me prononcer en toute liberté sur son état.

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ — M. Badal.

Conférences d'optométrie (1).

DE L'ACUITÉ VISUELLE.

En général, ainsi que je vous l'ai dit dans notre dernière conférence, toutes les fois qu'il est question d'acuité visuelle, on suppose qu'il s'agit de l'acuité *avec correction*, c'est-à-dire le sujet étant pourvu des lunettes qui corrigent les anomalies de réfraction ou d'accommodation dont il peut être atteint.

Il est des cas cependant où la correction ne peut avoir lieu, soit que les anomalies dépassent certaines limites au-delà desquelles toute tentative de correction devient plus nuisible qu'utile, soit que les malades ne veuillent pas faire usage de lunettes, soit enfin, ce qui n'est pas rare, que leur profession leur en interdise l'emploi.

En pareille circonstance, il est souvent nécessaire de savoir quel est le chiffre de l'*acuité sans correction, pour la distance à laquelle doit s'exercer plus spécialement la vision;* tel est le cas pour le soldat, le marin, le chasseur, l'employé de chemin de fer, et, d'une façon générale, pour toutes les personnes auxquelles le port des lunettes est interdit.

Acuité sans correction. — Il est évident que l'acuité sans correction n'est pas la même pour toutes les distances; tel myope, par exemple, qui, à $0^m,20$, possède une bonne acuité, peut n'avoir qu'une acuité extrêmement mauvaise pour la vision au loin, ou même pour des distances relativement faibles : $0^m,50$, 1 mètre... Inversement, tel presbyte qui possède une vue excellente pour la vision à distance, n'a plus, pour la vision de près, qu'une acuité insuffisante.

Il est donc indispensable d'inscrire, à côté du chiffre de l'acuité sans correction, la distance à laquelle a été pratiqué l'examen.

En général, deux déterminations de ce genre suffisent pour renseigner sur les aptitudes visuelles d'une personne *qui ne veut pas* ou, de par sa profession, *ne peut pas* porter lunettes. Le premier examen doit être fait à une distance minimum de 5 ou 6 mètres qui représente la vision au loin; le second, à la distance qui correspond plus spécialement au travail de près ($0^m,25$ à $0^m,60$, suivant la nature des occupations).

La mesure de l'acuité avec correction suppose la connaissance des propriétés des lentilles, en tant que verres correcteurs des anomalies de la réfraction. Je laisse de côté, pour aujourd'hui, ce côté de la question, et, bien que les détails dans lesquels je vais entrer au sujet des *objets d'épreuve* soient applicables à la mesure de l'acuité avec correction, il reste bien entendu que les exemples que je choisirai sont relatifs seulement à l'acuité sans correction.

Du choix des objets destinés à la mesure de l'acuité. — D'après la définition même de l'acuité, deux points lumineux, situés dans l'espace, pourraient suffire pour la mesure de cette fonction. Il n'y aurait qu'à chercher quel est le plus petit écartement à donner à

(1) Voir les numéros des 5, 14 février, 7 mai, 25 juin et 6 août.

ces joints pour que l'œil pût encore les distinguer l'un de l'autre. Le calcul est facile.

L'écartement qui correspond à une acuité normale n'est autre, avons-nous dit, que l'arc de cercle qui mesure un angle d'*une minute*, le rayon du cercle étant la distance des points lumineux à l'œil. Appelons a cet arc de cercle et d la distance en question ; puisque la circonférence se divise en 21,600′ (360° × 60), on a :

$$a = \frac{d \times 2\pi}{21,600} = d \times 0^{mm},3$$

On en déduit :

Pour $d = 1^m$. . . . . $a = 0^{mm},3$
Pour $d = 0^m,33$ . . . . . . $a = 0^{mm},1$

Dès lors, il est facile de calculer l'acuité visuelle d'un sujet, connaissant le plus petit écartement a' nécessaire pour que deux points lumineux puissent être distingués l'un de l'autre à une distance d. Représentons cette acuité par V ou par S, comme on a l'habitude de le faire, on aura :

$$S = d\,\frac{0^{mm},3}{a'}$$

Par exemple, si à une distance de 5 mètres l'écartement minimum est de $4^{mm}.5$, c'est que l'acuité se trouve réduite à 1/3 ; on a alors, en effet :

$$S = 5\,\frac{0,3}{4,5} = \frac{15}{45} = \frac{1}{3}$$

Cette méthode, très-rationnelle pour les recherches physiologiques, ne peut guère être employée en pratique. Pour que des épreuves de ce genre eussent toute la netteté désirable, il faudrait faire usage de points lumineux brillant dans l'obscurité et pouvant à volonté se rapprocher ou s'écarter l'un de l'autre, conditions assez difficiles à réaliser. Si on se borne à figurer sur un tableau de petits points noirs sur fond blanc, ou blanc sur fond noir, on constate qu'il suffit de très-faibles différences d'éclairement pour faire varier considérablement les résultats. D'ailleurs la plupart des malades ont de la peine à bien saisir le moment précis où deux points deviennent distincts l'un de l'autre. Aussi est-il infiniment préférable de se servir d'objets pouvant être reconnus et nommés dès qu'ils sont vus distinctement, comme les lettres, les chiffres, ou certaines formes géométriques très-simples.

Les lettres dont on se sert habituellement, pour les épreuves cliniques, sont des caractères d'impression typographique, classés par séries, suivant leurs dimensions, et disposés sous forme de tableaux qui ont reçu le nom d'*échelles progressives pour la mesure de l'acuité*. Si les malades ne savent pas lire, on est bien obligé de se contenter de figures qu'ils puissent décrire, par exemple : un carré, un triangle, une croix ; mais, autant que possible, il faut se servir de lettres, d'abord parce que ce sont des objets faciles à nommer, les épreuves sont donc plus rapides et plus concluantes ; ensuite parce que la lecture représente l'usage le plus habituel de l'acuité visuelle ; enfin parce que la mesure de l'accommodation exige absolument, comme celle de tout effort musculaire, une épreuve de quelque durée qui n'est guère possible qu'en faisant lire l'examiné.

Les échelles de Giraud-Teulon et de Snellen sont les plus répandues ; celle que M. le professeur Monnoyer a publiée, il y a deux ans, mérite d'être recommandée, en raison de sa parfaite exécution et de sa disposition très-méthodique.

Toutes ces échelles sont constituées par une série de caractères de grandeur successivement décroissante d'une série à l'autre, et dans lesquels la largeur des traits noirs qui forment chaque lettre, de même que celle des interlignes blancs, est égale à 1/5 de la lettre entière. Chaque lettre est séparée des deux voisines par un intervalle de même largeur que les lettres, et chaque série porte un numéro qui indique la distance à laquelle les lettres correspondantes sont vues sous un angle de 5′, les traits constitutifs de chaque lettre étant vus, eux, sous l'angle de 1′ qui est l'unité de mesure. Dès lors il est évident : 1° que toute personne qui, placée à n mètres, par exemple, peut lire les lettres de la série n° n, possède une acuité normale *pour cette distance* ; 2° que l'acuité est inférieure à l'unité si le numéro des plus petites lettres, pouvant être reconnues, est supérieur à la distance à laquelle se trouve placée l'échelle ; 3° enfin, que l'acuité est supérieure à l'unité, si c'est le contraire qui a lieu. Exemples : l'œil qui, à 12 mètres, peut lire encore la série n° 12, possède une acuité égale à 12/12, c'est-à-dire égale à 1 ; celui qui, à 9 mètres, reconnaît les lettres de la série n° 6, a une acuité égale à 9/6 = 3/2, supérieure à l'unité, par conséquent ; au contraire l'acuité est inférieure à 1, égale par exemple à 5/9, si, à 5 mètres, les lettres de la série n° 9 sont les plus petites qui puissent être reconnues.

En résumé :

L'acuité *sans correction*, à une distance d, a pour mesure une fraction dont le numérateur est la distance à laquelle se pratique l'examen, et le dénominateur la distance à laquelle les plus petits caractères lus par l'examiné, *sans le secours de lunettes*, pourraient être vus nettement par un œil d'acuité normale ; ou, ce qui revient au même, cette distance d divisée par le numéro n de la série à laquelle appartiennent les lettres en question, ce qu'on exprime ainsi : S, sans correction, à d mètres, $= \frac{d}{n}$

Si on a bien compris ce qui précède, on voit que la mesure de l'acuité sans correction n'est possible qu'autant que l'examinateur possède des épreuves en nombre suffisant pour que le sujet puisse reconnaître au moins une des figures du tableau, à la distance où doit se pratiquer l'examen. Dans le cas contraire, tout diagnostic précis devient impossible ; si, par exemple, une personne dont on désire connaître l'acuité à 4 mètres ne peut lire à cette distance aucune des lettres de l'échelle de Snellen, pas même la plus grosse, qui porte le n° 60, tout ce qu'on pourra en conclure, c'est que l'acuité, à 6 mètres, est inférieure à 4/60 = 1/15. On pourrait bien prier le malade de se rapprocher du tableau, augmenter ainsi la grandeur de l'angle visuel correspondant à chaque lettre, et arriver peut-être, par ce moyen, à permettre la lecture, mais alors on n'aurait plus l'acuité à 4 mètres, ce que l'on cherche précisément.

C'est là une difficulté ; mais comme, en général, la mesure de l'acuité sans correction a surtout pour but de constater si le sujet examiné possède ou non, à une distance déterminée, une certaine acuité en rapport avec la nature des fonctions qu'il est appelé à remplir, on voit qu'il suffit, pour trancher la question, dans chaque cas particulier, d'une seule épreuve disposée en conséquence. Veut-on savoir, par exemple, si, à 1,000 mètres, un tireur possède, sans le secours de lunettes, une acuité normale, il suffira de faire disposer une cible divisée en bandes de 30 centimètres (1000 × $0^{mm},3$), au nombre de cinq à six alternativement blanches et noires, et de les faire compter au sujet. La vue nette de ces bandes pourra être considérée comme l'expression d'une acuité égale à 1 ; nous supposons, bien entendu, un air très-pur et d'excellentes conditions d'éclairement.

Quand il sera question de l'acuité *avec correction*, nous verrons qu'il suffirait, à la rigueur, d'un seul objet, d'une seule lettre, par exemple, pour mesurer toutes les acuités possibles.

Dans beaucoup de cas, l'acuité visuelle est si mauvaise, par suite de maladies de l'œil ou des centres nerveux, que la correction des anomalies de la réfraction n'a plus qu'une importance secondaire ; on dit alors qu'il y a *amblyopie*. L'amblyopie est dite *simple* lorsqu'il est encore possible de déterminer, à l'aide des épreuves typographiques, le chiffre de l'acuité restante, et *amaurotique* lorsque la perception des gros caractères de l'échelle est impossible, à quelque distance que ce soit.

Il peut être utile cependant d'avoir alors une évaluation approximative de l'acuité, ne fût-ce que pour apprécier l'influence d'un traitement ou délivrer un certificat. Pour cela l'examinateur, allant se placer à quelques mètres et tenant une main, les doigts écartés, à la hauteur des yeux du malade, lui dira de fixer son attention sur ce nouvel objet d'épreuve, puis se rapprochera lentement jusqu'à ce que le sujet puisse reconnaître les doigts et enfin les compter.

La largeur des doigts est à peu près celle des traits qui compo-

sent la plus grosse lettre de l'échelle de Snellen (n° 60); donc, si l'observateur doit s'avancer jusqu'à 2 mètres du malade, pour que ce dernier puisse compter les doigts, c'est que l'acuité est seulement égale à 2/60 = 1/30. S'il fallait se rapprocher à $0^m,60$, elle ne serait plus que de 0,6/60 = 1/100.

Au dessous, les évaluations deviennent fort incertaines. Un œil d'acuité normale voit la main se mouvoir sur un fond sombre (un vêtement noir, par exemple), à 300 mètres de distance environ. Si l'examinateur est obligé de se placer à 1 mètre pour que le malade puisse voir le mouvement, c'est que l'acuité est réduite à 1/300.

Dans la prochaine conférence, après vous avoir expliqué ce qu'on entend par mesure de la réfraction et de l'accommodation, je vous montrerai qu'à moins d'avoir affaire à des sujets fort intelligents ou suffisamment exercés, il est à peu près impossible de mesurer l'acuité *avec correction* sans mesurer *simultanément* la réfraction.

DE L'ANESTHÉSIE PAR LE FROID,

par le Dr Alexis Horvath (de Kieff.)

Connaissant la sensation douloureuse que l'on éprouve quand on laisse la main dans l'eau à 0° c., j'ai été fort étonné de ne pas ressentir cette impression en maintenant le doigt dans de l'alcool dont la température avait été abaissée à — 5° c.

La découverte de ce fait curieux, que je constatai en 1869, m'amena à faire des expériences dont je vais brièvement exposer les résultats.

Lorsque le doigt est maintenu dans de l'éther sulfurique ou dans du mercure à la température de — 3° c., on ressent la même impression douloureuse que dans l'eau à 0° c.

D'un autre côté, lorsqu'on plonge le doigt, même plus longtemps que précédemment, dans de l'alcool ou dans de la glycérine à — 5° c., on ne ressent aucune douleur.

Une piqûre pratiquée au doigt pendant qu'il est immergé dans l'alcool refroidi ne cause pas de douleur et produit seulement la sensation d'un contact; ce qui prouve que l'on peut établir une différence entre la sensation du toucher et le sentiment de la douleur, et donner les moyens d'établir une séparation entre ces deux phénomènes. On voit par là que la douleur n'est pas, comme on l'a prétendu, une sensation identique à celle du toucher poussée à un degré plus intense, mais bien une sensation à part.

Ces expériences démontrent que ce n'est pas seulement le froid qui joue un rôle dans la production de l'anesthésie, mais aussi le liquide employé; à ce point de vue les divers liquides se comportent différemment.

Comme la mort survenant à la suite de brûlures est attribuée en partie aux douleurs incessantes qui les accompagnent, j'ai songé à utiliser l'alcool froid pour leur guérison.

J'ai eu l'occasion de constater dans plusieurs cas l'efficacité de l'alcool, entre autres, sur un enfant atteint d'une brûlure à la main (du second degré) : les douleurs disparaissaient aussitôt qu'on plongeait la main dans de l'alcool pour reparaître dès qu'on l'en sortait. De même, j'ai observé que les brûlures soumises à ce traitement mettaient beaucoup moins de temps à guérir que celles traitées par d'autres méthodes.

L'anesthésie par le froid (au moyen de la méthode Richardson, etc.), bien que connue et appréciée depuis longtemps, est relativement peu employée, uniquement à cause des inconvénients qui accompagnent l'emploi de ce procédé.

Ces inconvénients, joints aux [observations] qui précèdent, m'ont porté à faire un travail sur l'anesthésie par le froid dans les grandes opérations et dans les cas de brûlures étendues siégeant ailleurs qu'aux extrémités.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

190. Lerat. — Essai sur certaines lésions de nutrition de l'œil liées à la menstruation.

191. Morisson. — Quelques considérations sur l'œdème et en particulier sur l'œdème des membres inférieurs.

192. Demouch. — De la tuberculose miliaire aiguë à forme cérébrale apoplectique.

193. Henninger. — De la nature et du rôle physiologique des peptones.

194. Deghaye. — Quelques considérations sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

195. Tiryakian. — Étude expérimentale et clinique sur la conine et ses sels.

196. Dubrandy. — Quelques considérations sur la lymphangite aiguë et la lymphangite chronique.

197. Vanderquand. — Des fractures du col chirurgical de l'humérus.

198. Vrain. — La menstruation et la grossesse dans leurs rapports avec quelques manifestations cutanées diathésiques.

199. Tailleférie. — Du rhumatisme articulaire aigu.

200. Butruille. — Le mal perforant.

201. Ulliac. — Étude sur les hygromas de la région cervicale antérieure.

202. Ribemont. — Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus, applications à l'obstétrique.

203. Favette. — De l'herpès guttural et de ses complications.

204. Lespille-Moutard. — De la névrite optique dans l'intoxication saturnine.

205. Courtois. — Essai sur les fractures isolées du corps du tibia par cause indirecte chez l'enfant.

206. Chaillou. — Étude du liséré gingival dans certaines imprégnations métalliques.

207. Boyer. — Quelques notes pour servir à l'étude de l'impaludisme.

208. Hincelin. — Des accidents graves consécutifs au cathétérisme.

209. Gougeon. — Traitement de l'asthme par l'iodure de potassium et l'iodure d'éthyle.

210. Coingt. — Contribution à l'étude des symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux central.

211. Brin. — La thoracentèse provoque-t-elle la suppuration ?

212. Pitavy. — Étude sur une épidémie de diphthérie.

213. Takvorian. — De la périostite dite albumineuse.

214. Dunand. — De la diastasis traumatique simple de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

215. Mercier. — De l'emploi thérapeutique du phosphure de zinc.

216. Pacton. — Du zona ophthalmique.

217. Priou. — Essai sur la tuberculose des synoviales articulaires.

218. Munier. — De la congestion pulmonaire dans les occlusions intestinales.

219. Guillermet. — Étude sur les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde et spécialement sur les plus rares d'entre elles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du 1er août, M. le docteur Coursserant a été nommé officier d'Académie.

— Il existe un recueil manuscrit fort curieux contenant copie de 103 lettres écrites à Lyon par divers médecins, soit : 58 lettres de Courtaud, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, 1636 à 1662 (Courtaud est connu par ses attaques contre l'École de Paris, et surtout contre Guy-Patin); — 2 lettres de Michel, 1635 et 1636; — 20 lettres de Duprat, médecin à Valence, 1647 à 1657; — 32 lettres de Lyonnet, médecin né au Puy, 1646 à 1659.

On demande où copie de ces lettres a pu être prise, si les originaux sont connus, et où ils se trouvent.

— Un concours aura lieu le 5 novembre 1878 à l'École de médecine et de pharmacie militaires à Paris, pour un emploi de professeur agrégé de clinique médicale.

Les épreuves des concours sont déterminées ainsi qu'il suit : 1° composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire; 2° leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaire; 3° examen clinique de deux malades fiévreux, atteints, l'un d'une maladie aiguë, l'autre d'affection chronique; leçon sur les deux cas observés; 4° autopsie cadavérique, avec démonstration des lésions qu'elle révèle, et de médecine légale s'il y a lieu.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires.

En exécution du décret du 13 novembre 1852 (art. 6), pourront être admis à prendre part à ce concours, MM. les médecins, aides-majors de 1re classe, et les médecins-majors des deux classes.

Les officiers de santé militaires en possession de l'un de ces grades qui désireront concourir, devront adresser au ministre de la guerre une demande qui, sous peine de rejet, sera appuyée de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande devra être transmise au Ministre, par voie hiérarchique, avant le 1er octobre prochain, terme de rigueur.

— *Hôpital des cliniques.* — A partir du mardi 10 septembre, M. le docteur Chantreuil, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Depaul, fera pendant les vacances des leçons cliniques d'accouchement les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à neuf heures du matin.

Leçon à l'amphithéâtre le jeudi. M. Chantreuil y traitera des progrès récents de l'obstétrique et de l'application des instruments nouveaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons d'anatomie générale, cours d'histologie professé à la Faculté de médecine de Paris pendant le semestre d'hiver 1877-1878, par le docteur Cadiat (autographié avec planches et figures). 1 vol. in-8° br. — Prix : 10 fr. — Paris, veuve Frédéric Henri.

Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine, par le docteur Dambre. 2e édition, 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Comparer entre eux les divers moyens de diérèse, par le docteur Chalot. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Leçons sur les myopathies syphilitiques, par Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, etc. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

De l'Isolement des varioleux à l'étranger et en France, à propos de l'épidémie de Lyon pendant les années 1875-76-77, précédé de recherches sur une épidémie de variole à Lyon étudiée au point de vue de la contagion. Mémoires couronnés, en 1877, du prix Montyon de la Faculté de médecine de Paris et du prix Bréant, par Joanny Rendu, interne des hôpitaux de Lyon, etc. Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Recherches historiques et critiques sur les changements de volume des organes périphériques dans leurs rapports avec la circulation du sang. Applications médicales et chirurgicales, par le docteur Suc. 1 volume in-8° de 150 pages avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1878, F. Savy.

De la Trachéotomie et de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne au moyen des instruments incandescents, par le docteur Choukry (Saleh). In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, 1878, veuve Frédéric Henry.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.2[illegible]0
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0 010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9 248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..........		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........		
Chlorure de sodium..........		
Matières organiques..........		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr. à Laroche.

Quina Laroche (*ÉLIXIR vineux*).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de l'*Elixir vineux de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris 22 et 19, rue Drouot.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . . 1 »

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

MALADIES DE L'ESTOMAC
DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Dethan, ph., faub. St-Denis, 90, à Paris; Lardet, pharm., rue de l'Hôtel-de-Ville, 9, à Lyon, et dans les pr. pharmacies de France et de l'étranger.

Poudre Ferro-manganique

de BURIN du BUISSON

Pharm., lauréat de l'Acad. de Méd.

Il suffit d'une petite quantité de cette poudre dans un verre d'eau pour obtenir instantanément une eau ferrugineuse, minérale, gazeuse, très-agréable, qui se boit aux repas mélangée avec le vin. Elle est d'une efficacité constante dans toutes les affections qui réclament l'emploi de la médication ferrugineuse, et convient surtout aux personnes qui ne peuvent digérer les préparations ordinaires du fer. Elle a sur toutes les autres l'immense avantage de ne pas provoquer de constipation et de contenir du manganèse, considéré comme un adjuvant indispensable au traitement par les ferrugineux.

Dépôt à Lyon, ph. Gavinet et dans toutes les phar.

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt central : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

Bourboule, SOURCE Choussy,

La plus arsenicale des eaux minérales connues. C'est avec l'eau de la *Bourboule-Choussy* qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris par MM. J. Guéneau de Mussy, Bazin, etc, les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule. Dépôt : chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et en rayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Viande crue et alcool

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement. — Gros : 20, place des Vosges, Paris.

Elixir de Boutigny

AUX 3 QUINQUINAS ET A LA COCA DU PÉROU

Equivalant comme richesse médicamenteuse et comme action curative *à 4 fois son volume de Vin de Quinquina au Malaga du Codex.* Très-économique pour le malade, très-agréable au goût. *Chaque cuillerée à bouche de cet Elixir contient 75 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique des Trois Quinquinas et 25 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique de Coca.*—LA BOUTEILLE DE 75 CENTILITRES : 8 FR. Vente en gros à la phie Boutigny, *Forges-les-Eaux* (S.-Infre ; à Paris, phie Milville 7, rue du Rocher, et toutes les phies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Fer-Diastasé assimilable

du Dr V. BAUD

Sous la forme de granules bien dosés, un sel de FER combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, devient le plus facile et le plus actif des *ferrugineux.* — Sans saveur ni cause d'irritation, il se trouve indiqué contre l'*anémie*, la *chlorose*, etc.

Paris, 22 et 19 r. Drouot.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* – Commentaires du Codex, *Gubler.*

VIN FORESTIER A LA VIANDE.
VIN FORESTIER A LA GLYCÉRINE PURE.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

N° 106. — JEUDI 12 SEPTEMBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 12 SEPTEMBRE 1878. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux communications très-importantes, et qui touchent toutes deux au diagnostic de la tuberculose pulmonaire, ont défrayé la séance d'hier.

M. le professeur Guido Baccelli, de Rome, dont on connaît les intéressantes recherches sur la transmission des sons à travers les liquides endopleurétiques de différente nature, ainsi que celles qui l'ont conduit à reconnaître la valeur de la pectoriloquie aphonétique et de la diplophonie comme signes nouveaux destinés à préciser le diagnostic des cavernes pulmonaires, a entretenu l'Académie de ce dernier sujet dans une note dont l'objet principal a été de défendre sa doctrine contre quelques-unes des objections qui lui ont été faites dans ces derniers temps et d'en maintenir et rappeler les principes dans quelques conclusions qui les résument. L'éminent professeur romain a-t-il atteint ce but? Nous mettons les pièces sous les yeux des lecteurs qui en jugeront eux-mêmes.

M. Peter, succédant à M. Baccelli à la tribune, a communiqué à ses collègues la suite de ses recherches sur les températures morbides locales. On n'a pas oublié une première série d'études concernant la température de la paroi thoracique au cas de pleurésie aiguë, dont M. Peter communiquait les résultats dans la séance du 30 avril dernier. Les nouvelles études dont il a fait connaître les résultats hier sont relatives aux températures perçues à proximité des foyers thermogènes des diverses phases de l'évolution tuberculeuse. On trouvera l'exposé sommaire des intéressants résultats de ces nouvelles études dans le compte-rendu de la séance, ainsi que les réserves et observations faites à ce sujet par MM. Gubler et Jules Guérin, sur l'intervention de causes ou de facteurs secondaires de nature à modifier, dans quelques circonstances, les résultats thermométriques constatés par M. Peter.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

De la paralysie infantile.

(Leçon recueillie par le docteur GELINEAU.)

Dans le courant du mois de juin se présente, dans mon service à l'hôpital des Enfants-Malades, un jeune garçon de quatorze ans atteint de paralysie infantile.

Ce sujet offre l'exemple d'une maladie méconnue pendant fort longtemps, classée à part ou plutôt entrevue à peine depuis moins d'un siècle, et qui n'a été sérieusement étudiée et approfondie que depuis les travaux de Duchenne (de Boulogne), les thèses de Duchenne fils et de Haberde, et les études que j'en ai faites avec Ch. Robin.

La paralysie infantile est donc une affection assez rare et fort intéressante sous bien des rapports.

Voici à quelle occasion la maladie s'est révélée chez cet enfant. Il a été forcé, l'an dernier, c'est-à-dire à l'âge de treize ans et demi, de faire pendant l'hiver le voyage assez long du Mans à Paris, la nuit, étant mal vêtu et assis dans un wagon de troisième classe. Il faisait excessivement froid, et l'enfant grelotta toute la nuit dans ce compartiment toujours si mal fermé. En arrivant à Paris, il fut atteint de fièvre, mais sans vomissements, diarrhée ni convulsions. Il accusa seulement de la courbature, du malaise, de la soif, de la chaleur, et, après trois jours de pyrexie sans aucune rémittence, il se trouva complètement paralysé du bras droit.

Il lui était donc arrivé au bras ce qui advient assez souvent aux voyageurs en chemin de fer ou en voiture quand un carreau brisé laisse arriver sur leur figure un courant d'air glacé: ce coup de froid détermine chez eux une hémiplégie faciale, tandis que chez le sujet d'aujourd'hui il y a eu paralysie du bras; seulement, dans le premier cas, les désordres sont restreints et localisés, tandis qu'ici, quoique la cause soit encore un refroidissement, la lésion a une étendue plus considérable et a un retentissement plus lointain, comme nous allons le démontrer.

Cet enfant resta trois mois dans l'impossibilité de soulever et remuer son bras et sa main droite; après ce temps, quelques mouvements reparurent dans certains endroits du membre, qui est resté considérablement amaigri, car, en le comparant au gauche, on trouve au milieu du bras droit six centimètres de circonférence de moins qu'au bras gauche. C'est à peine si on trouve quelque relief aux muscles du bras et de l'avant-bras; l'épaule droite, comparée à la gauche, a aussi moins d'étendue de l'apophyse coracoïde au sternum; le deltoïde, le grand pectoral, les sus et sous-épineux sont aplatis, flétris, presque détruits; les os eux-mêmes ont subi un temps d'arrêt dans leur développement, et à dater de ce moment-là, ils ont cessé de s'allonger et de se fortifier; l'omoplate est visiblement plus petite et moins large à droite, et il en est de même des os de l'avant-bras, de la main et de l'humérus lui-même. Ainsi donc le squelette du thorax du côté droit est déprimé et affaissé, et on s'en aperçoit aisément en le comparant à l'autre côté.

Cependant, après deux ou trois mois les progrès du mal s'étant arrêtés, le biceps et le deltoïde commencèrent à se contracter et à soulever légèrement le bras; puis ce fut au tour des muscles de l'avant-bras de se réveiller, les fléchisseurs (les moins amaigris) toujours les premiers, les supinateurs ensuite, et enfin les extenseurs; mais tout cela ne s'est fait que d'une manière incomplète, et la main est restée paresseuse, grêle et maigre; les muscles des éminences thénar et hypothénar ont disparu, les doigts décrivant à peine quelques mouvements de flexion, et très-peu, ceux d'extension, sont en forme de griffe et restent collés les uns aux autres. La main entière peut se plier sur le poignet; mais, le bras mis en supination, elle retombe en tous sens, à droite, à gauche et en arrière, comme une véritable main de pantin.

En résumé, invasion subite, quelquefois sans symptôme précurseur, d'autres fois avec des convulsions; mais souvent apparition, à la suite d'un *coup de froid*, d'une fièvre ne s'accompagnant ni de troubles cérébraux, ni de troubles gastriques; paralysie plus ou moins étendue, rarement des quatre membres à la fois, plus souvent des membres supérieurs, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, finissant par se localiser dans un seul; atrophie musculaire bien caractérisée et presque immédiate : voilà ce que Rilliet et Barthez appelaient la paralysie essentielle de l'enfant, définition qui indiquait l'ignorance de la cause productrice et de la lésion caractéristique.

Plus tard, Ch. Robin et moi nous l'avons étudié ensemble et lui avons donné le nom d'*atrophie musculaire infantile*. De son côté, M. Duchenne (de Boulogne) l'appela *paralysie atrophique graisseuse de l'enfance*, dénomination inexacte puisque parfois la dégénérescence graisseuse des muscles n'existe pas; aujourd'hui on la désigne généralement par le nom de *paralysie infantile*, *paralysie spinale* ou *paralysie atrophique*, dénominations qui ont du moins le mérite de ne préjuger en rien de la nature de la maladie.

Son début est quelquefois très-brusque et ne s'accompagne d'aucun symptôme précurseur. C'est ainsi que je l'ai vue survenir instantanément chez une jeune fille d'un pensionnat de Nogent-sur-Marne qui jouait avec ses amies. Elle fut subitement prise d'une raideur de la main, raideur qui s'étendit presque aussitôt à tout le bras; le lendemain la paralysie du membre était complète.

Une autre de mes petites malades se couche n'ayant à se plaindre d'aucune souffrance, et elle se réveille le lendemain sans fièvre, mais paralysée d'un membre.

Quand la paralysie ne se montre pas dès le premier jour et qu'elle est précédée de fièvre, le diagnostic reste incertain; cependant l'absence de toute lésion intérieure doit faire réfléchir le praticien et lui faire soupçonner le mal; mais, après deux, trois, quatre jours, le signe caractéristique de la maladie, la paralysie, apparaît, et alors il n'y a plus de doute.

Le membre atteint présente ce caractère particulier, qu'il conserve son ancienne sensibilité. Rarement, comme nous l'avons dit plus haut, le mal envahit tout un côté, plus rarement encore le cou et le tronc lui-même.

D'autres affections peuvent déterminer la paralysie chez les enfants, quelques névroses, l'hystérie par exemple, le mal de Pott, quelques maladies cérébrales et médullaires; mais, dans aucune, l'invasion n'est aussi soudaine et la localisation aussi marquée.

Telle est la marche ordinaire de cette affection; mais le mal ne reste pas stationnaire pendant longtemps, et, après quelques mois, la paralysie abandonne la généralité des muscles de la région affectée pour se fixer sur un ou plusieurs d'entre eux. C'est dans le cou et le tronc qu'elle disparaît d'abord, puis dans le membre supérieur, et dans l'ordre suivant: fléchisseurs, supinateurs, extenseurs, triceps, biceps, deltoïde. A la jambe, il est certains points qu'elle affectionne et où elle résiste de préférence : ainsi les péroniers, les muscles de la partie antérieure de la jambe (jambier antérieur, extenseurs des orteils), restent ordinairement atrophiés en bas comme le deltoïde en haut. Sans doute les mouvements pourront être récupérés en partie, mais les faisceaux musculaires et leur relief sous la peau seront bien moindres que ceux du côté opposé, et les sujets présenteront, ainsi que le jeune garçon d'aujourd'hui, une déformation et un aplatissement considérables dans les régions atteintes. Avec le manque de ressort, d'énergie et d'amaigrissement des membres envahis, surviennent nécessairement des attitudes vicieuses et de véritables déformations puisqu'il n'y a plus d'antagonisme entre les faisceaux musculaires des régions opposées. L'état de laxité complète des ligaments articulaires y prédispose encore plus; aussi voit-on souvent chez les malades les membres retomber en divers sens, comme les membres d'un pantin, et, quand l'affection a envahi les jambes, le membre inférieur présenter toutes les variétés de pied-bot.

Il nous reste à étudier les altérations observées après ou pendant l'évolution du mal.

Les premières entrevues, c'est-à-dire les altérations musculaires, sont caractéristiques.

Les muscles de la vie animale sont, on le sait, composés de fibrilles musculaires qui, réunies les unes à côté des autres, forment des faisceaux musculaires striés, contenus dans une enveloppe spéciale qu'on appelle le sarcolemme ou le myolemme. Les fibrilles sont contractiles et le sarcolemme élastique. Or, qu'arrive-t-il dans la maladie qui nous occupe? C'est que chaque fibrille diminue, se rétrécit, cesse d'être striée, est parsemée de gouttelettes d'huile qui s'interposent au milieu des fibrilles qui bientôt diminuent, fondent et disparaissent. Alors les muscles forment une sorte de plasma où on ne retrouve plus trace de leur organisation primitive; les fonctions, les mouvements auxquels ils présidaient s'éteignent à leur tour, et, si la maladie a eu une marche suraiguë, on est fort surpris de voir parfois, en vingt-quatre heures, diminuer et s'atrophier un muscle qui, quelques jours auparavant seulement, dessinait une saillie extérieure considérable.

Mieux qu'un autre, j'ai pu observer chez un membre de ma famille cette maladie dans sa marche envahissante. Le début fut brusque; le sujet jouait dans le jardin de la maison; il eût chaud et commit l'imprudence de laisser son paletot étant en sueur. Dès le même soir il est atteint de fièvre, le lendemain de paralysie atrophique, et vingt-quatre heures après l'invasion du mal cet enfant présentait une différence sensible entre le volume du bras malade et celui du côté sain; à l'œil nu on pouvait, le même jour, apprécier parfaitement cette diminution très-évidente.

Cette affection existe aussi chez le cheval, et, plus souvent encore que chez l'homme, elle se montre subitement. Ainsi, il n'est pas rare qu'en trottant ou en marchant, l'animal tombe foudroyé tout d'un coup sur son train de derrière. On le juge habituellement incurable, et on s'empresse de l'abattre pour le manger s'il est en bon état. Eh bien, il y a quinze ans, j'ai vu présenter à la Société de biologie l'arrière-train d'un cheval ainsi frappé. Tous les muscles du côté malade étaient jaunes au lieu d'être d'un rouge foncé comme à leur habitude, et la différence de couleur était très-sensible et

très-nette quand on plaçait à côté l'un de l'autre le grand pectoral sain et le grand fessier malade.

Cette maladie débute donc par une altération des fibrilles musculaires, une paralysie myogénétique. Les éléments constitutifs des muscles sont altérés et bientôt profondément désorganisés, à tel point que, si on n'arrête pas immédiatement le mal, leur régénération devient réellement impossible. La contractilité électrique faradique a disparu, ce qui est une probabilité de plus que la maladie a, au début du moins, son siège dans les muscles eux-mêmes; il est vrai que la contractilité galvanique persiste, mais, comme celle du cadavre, elle s'éteint à son tour bientôt après les premières applications qui en sont faites.

Ces altérations locales ne doivent-elles pas en entraîner d'autres à leur suite? Quand les fonctions d'un organe ne s'exécutent plus, celui-ci s'altère bientôt aussi, s'atrophie, disparaît même. Ainsi les poissons de la Carniole, vivant dans une nuit profonde, ne finissent-ils pas par ne plus avoir que des yeux à l'état rudimentaire? Chez les invalides amputés n'existe-t-il pas une diminution des filets nerveux correspondant au membre qu'ils animaient jadis et une atrophie des éléments nerveux à leur point d'origine? On devait donc, dans la paralysie infantile, trouver des altérations dans la moelle, et c'est ce qui a été observé. Les cornes antérieures de la substance grise, les cordons antéro-latéraux ont été trouvés atrophiés ou malades, la substance médullaire ramollie et diffluente par Laborde et Cornil en 1864. Vulpian, en 1866, observe l'atrophie des grandes cellules motrices et des cornes antérieures. Bientôt le tableau anatomo-pathologique est complet, et on voit les lésions centrales prendre peu à peu une importance capitale aux yeux des praticiens.

M. Charcot et M. Jeoffroy, son interne (1870), ayant trouvé chez une vieille femme de soixante-dix-huit ans, atteinte depuis son enfance d'une déformation du pied gauche, une atrophie et une sclérose partielle de la corne antérieure gauche et l'atrophie des racines antérieures avec dégénérescence graisseuse des muscles et de leurs nerfs, établissent comme un fait constant que, dans la paralysie infantile, la maladie débute par l'atrophie scléreuse des cellules des cornes antérieures, et se propage de là dans la partie antérieure des cordons latéraux (1).

Examinons cependant si ces désordres sont bien le signe obligatoire de l'atrophie musculaire infantile. Lorsque le malade, atteint depuis peu de temps, meurt d'une maladie concomitante (car elle n'amène pas la mort), trouve-t-on à l'autopsie ces altérations de la moelle? Non certainement, quoique la maladie soit déjà bien caractérisée.

Ces résultats de l'histologie ne sont donc réels que lorsque la maladie, durant depuis quelque temps, a pu se propager jusqu'aux cellules; il est donc permis de dire et de croire qu'elle n'a pas toujours une origine spinale, et qu'elle n'est point, à proprement parler, une paralysie spinale, les altérations de la moelle n'étant pas constantes et restant secondaires à celles que nous avons décrites dans les fibrilles musculaires. L'affection est toujours locale et débute par la périphérie pour suivre une marche ascendante et déterminant dans la moelle des altérations d'autant plus étendues que l'affection est plus ancienne.

Je ne nie pas que, dans certains cas, la lésion spinale ne puisse être primitive, mais je lui accorde une importance moins grande que ne le fait la généralité des auteurs, en m'appuyant sur cette observation que, même dans ce dernier cas, l'atrophie musculaire, les troubles trophiques apparaissent toujours, sans jamais faire défaut.

Remarquons en outre qu'avec la lésion de la moelle, reconnue comme cause unique, il est impossible d'expliquer pourquoi, au milieu d'un muscle volumineux comme le deltoïde, par exemple, animé par des filets nerveux issus de la même origine, un seul vaisseau conserve sa contractilité, sa structure, son volume, sa chaleur, en un mot son intégrité, tandis qu'en attribuant à la maladie un caractère local primitif, on peut admettre fort bien qu'un muscle soit atrophié en totalité ou en partie seulement, ainsi que cela arrive si souvent pour les muscles de la face dans une névralgie rhumatismale survenant *à frigore*.

La marche rapide de cette affection, les lésions fâcheuses qu'elle entraîne dans un espace de temps si court, imposent au médecin le devoir de la combattre énergiquement aussitôt qu'il la reconnaît. Trop souvent, en effet, les malades et les parents n'y prennent point garde et ne consultent l'homme de l'art que lorsqu'il n'est plus temps, et lorsqu'une absence de soins pendant deux ou trois mois aura rendu les altérations irrémédiables. Il est donc utile, bien que ce mal n'entraîne point la mort, de soigner immédiatement le sujet sans perdre un seul jour, car, plus on aura attendu, plus la guérison sera incomplète et plus les mouvements recouvrés resteront imparfaits.

Quelle est la base du traitement de la paralysie infantile? C'est l'électrisation qui est son remède par excellence; elle est du reste en quelque sorte la pierre de touche de la maladie et peut compléter le diagnostic. Par les contractions qu'elle détermine, elle révèle si un muscle est complètement ou incomplètement atrophié, quelles sont les fibres épargnées, point qui a une importance extrême. Dans l'exemple que M. Bouchut a observé dans sa famille, une seule fibre du deltoïde avait été épargnée, et c'est en agissant sur ce point comme sur un centre que, peu à peu, la contractilité d'une bonne partie du muscle s'est réveillée sous l'influence du traitement et que le malade a recouvré sa liberté complète de mouvements.

Enfin l'efficacité de ce traitement est une nouvelle preuve en faveur de mon opinion. Si cette maladie reconnaissait toujours pour cause une altération spinale, comment expliquerait-on qu'en agissant sur un point aussi éloigné de la moelle épinière, l'électricité donnerait de pareils succès? Qui se chargera de démontrer que cette médication peut, à elle seule, et rationnellement, arrêter l'inflammation de la névroglie et reconstituer le tissu nerveux primitif dans toute son intégrité?

J'envoie donc immédiatement mes malades au docteur Chéron ou au docteur Onimus. Les courants sont appliqués sur les muscles malades et y déterminent de la rougeur, l'afflux sanguin dans les capillaires en même temps qu'un afflux séreux général, et sous leur influence la nutrition se ranime, l'atrophie s'arrête, la vitalité, la ténacité, la force reparaissent dans les muscles, et à leur suite les fonctions deviennent possibles.

---

(1) D'autres auteurs, MM. Roger, Damaschino, Rosenthal, sont également d'avis qu'il y a d'abord myélite, inflammation de la névroglie, raréfaction d'abord, transformation amyloïde ensuite, et enfin atrophie des cellules nerveuses; les vaisseaux sont élargis et épaissis, la substance grise fortement vascularisée. Leyden (1876) croit aussi que cette affection est le résultat de diverses altérations de la moelle qui rappellent, comme le remarque M. Grasset dans son livre des *Maladies du système nerveux*, les désordres consécutifs à l'atrophie musculaire progressive. Seulement, dans cette dernière, dont la marche est plus ou moins lente, ces altérations présentent un caractère moins aigu.

En appliquant les courants continus il faut user de grandes précautions, ne pas rechercher des effets trop violents et ne pas prolonger trop longtemps leur application, car autrement il surviendrait de la rougeur, de la vésication et même des eschares (1).

Quant aux courants induits, on ne doit les employer que le plus rarement possible, car ils irritent les nerfs cutanés et surexcitent le système nerveux des enfants, tandis que les courants continus, appliqués avec précaution, n'excitent aucun phénomène douloureux.

Ce traitement doit être continué plusieurs mois. L'enfant qui fait le sujet de cette observation viendra au moins deux fois par semaine se faire électriser les muscles de la poitrine, du bras et de la main du côté droit.

Il sera bon d'ajouter à cette médication soit l'emploi de frictions excitantes sur les muscles paralysés avec de l'essence de thym, du baume de Fioraventi, soit des bains de mer, des bains de boues de Dax, de Salies, de vapeur, des douches aromatiques, le massage, une gymnastique bien entendue, mais rien ne vaudra l'électricité appliquée immédiatement, sans hésitation ni atermoiement; voilà la meilleure ou, pour mieux dire, la seule arme thérapeutique que je connaisse contre cette affection si soudaine dans son apparition et si désastreuse dans ses conséquences.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lasègue.

Conférence sur la métallothérapie (2)

Faite le 13 juin 1878, sur l'invitation de M. le professeur Lasègue,

par le Dr V. Burq.

IV.

Pronostic. — La malade est à peu près guérie en apparence, mais elle est encore en plein sous le coup de sa diathèse. C'est une fille d'hystérique, et, toute sa vie, elle portera fatalement plus ou moins les stigmates de sa fâcheuse hérédité. C'est, comme le disait M. Lasègue avec son bonheur d'expression habituel: « une *hystérique par destination,* » ainsi que le sont généralement toutes les malades semblables, surtout celles qui peuplent les asiles spéciaux; de sorte que deux mois, six mois, deux années, si vous voulez, après sa sortie de la Pitié, vous avez grande chance de la revoir ici ou ailleurs, avec la même contracture, ou toute autre chose d'hystérique, mais avec un spasme ou une névralgie à la base.

Allez-vous en à la Salpêtrière, et vous verrez combien la tâche du médecin est particulièrement difficile sur ces sortes de malades. Non-seulement la maladie des hystériques qui y sont enfermées est constitutionnelle et invétérée au plus haut degré, mais on a de plus à lutter sans cesse contre ces trois choses qui font que les succès les moins contestables ne peuvent qu'y être éphémères.

A. La réunion dans un même milieu de malades qui, fatalement, s'influencent réciproquement tant par l'imitation que par les perturbations de tous les instants apportées dans les salles par les désordres de toute nature, présentés un jour par l'une et le lendemain par une autre.

B. L'indiscipline et la résistance natives ou acquises qui s'aggravent souvent encore dans de petits complots pour ne point faire ce qui leur serait utile, ou bien qui se réveillent par le mauvais exemple qu'il est très-rare que l'une d'elles ne donne point sous ce rapport et contre lesquelles la plus grande longanimité, la patience, même lorsqu'elle est poussée jusqu'à la faiblesse, ne peuvent rien.

C. Leur bien-être relatif. Somme toute bon gîte, vêtements confortables, nourriture suffisante et en plus quelques douceurs, au moyen d'un petit travail salarié que l'administration leur procure: tous biens qu'elles ne sauraient trouver ailleurs pour une foule de raisons, ce qui fait que moins que personne peut-être elles tiennent à leur guérison et qu'elles ne sauraient en tous cas, pour l'obtenir, s'astreindre à un régime suivi ou moins encore se prêter à un traitement tant soit peu assujettissant. Ceci vous dira pourquoi, depuis quelque temps, vous me voyez si souvent ici à la Pitié parmi vous et pourquoi je ne retourne plus guère maintenant à la Salpêtrière que pour voir comment y retombent les malades que la métallothérapie avait si grandement améliorées, ainsi qu'en a témoigné lui-même M. Charcot, depuis bientôt six mois qu'on a dû renoncer à la leur appliquer, et aussi, ai-je besoin de l'ajouter? pour avoir l'occasion d'y saluer le maître dont la haute et généreuse initiative a tant fait pour la vulgarisation de cette nouvelle thérapie.

J'ai dit ailleurs ce qu'elle vaut et ce qu'elle ne peut point, et les réserves que je viens de faire implicitement vous diront combien je redoute les *intransigeants.* La science a aussi les siens, les envieux, ou, ce qui revient au même, les impuissants, ou bien encore les derniers représentants de cette école un moment si puissante qui ne tend à rien moins qu'à faire de nous des sortes d'huissiers médicaux ayant mission d'abord d'inscrire pêle-mêle et sans but tout ce qui leur tombait sous la main, puis, après, de guérir les malades quand cela se pouvait, et combien je désire d'éviter avant tout que d'aucuns ne puissent se rejeter faussement *sur l'exagération de mes prétentions!* C'est pour obéir à la même pensée que, lorsque le moment de la sortie de la malade aura été marqué par celui où l'anesthésie de *retour* ou métallique aura cessé chez elle de se produire, je lui tiendrai ce langage:

Piquez-vous de temps en temps au bras gauche, ou mieux, afin que je sois plus certain que vous le ferez, collez tout simplement dans un coin de votre miroir un bout de ruban violet, et si, un jour, il vous arrive de ne plus le bien voir, si, vous étant piquée ensuite, vous ne sentez pas vivement la piqûre, ou si même seulement vous avez ressenti depuis quelque temps déjà de la fatigue musculaire, de la lassitude, alors

---

(1) Cette action bienfaisante de l'électricité a été clairement démontrée par Remack dans les paralysies du deltoïde dont on rencontre assez souvent des exemples chez les cultivateurs. Pendant près de la moitié de l'année, en effet, les moissonneurs, faucheurs ou vignerons se couchent dans l'après-midi pour faire un somme pendant la plus grande chaleur du jour; mais ils s'étendent sur la terre nue, sans mettre entre leur corps et le sol un manteau ou le vêtement de laine qu'ils appellent leur limousine. Aussi n'est-il pas rare qu'à leur réveil, une de leurs épaules, ayant pompé en quelque sorte l'humidité de la terre, soit complètement paralysée. Pour moi, j'en ai recueilli trois exemples. Mais ces pauvres gens, si durs au mal et toujours insouciants par nature, ne sentant là aucune souffrance, ne voyant point d'abcès survenir à leur épaule, ne venaient se plaindre que deux ou trois mois après, que lorsque les ligaments de l'articulation scapulo-humérale relâchés, et le poids de l'avant-bras et de la main retombant en bas, avaient fait écarter la tête de l'humérus du scapulum, si bien qu'on trouvait là, avec une épaule aplatie, effacée, un sillon interarticulaire qui, au premier abord, faisait penser à une luxation.

Je n'ai jamais, dans ces trois cas, en raison de l'ancienneté du mal, pu arriver à rendre au deltoïde sa force et sa contractilité premières, et mes vignerons n'auraient point pu, sans l'aide de leur autre main, prêter serment en justice en tenant en l'air leur bras du côté malade parallèlement à l'axe du corps. (Docteur Géneau.)

(2) Fin. — Voir le numéro du 10 septembre.

hâtez-vous, quelque bon que puisse vous paraître encore l'état de votre santé, de vous appliquer quelques pièces d'or sur les parties devenues faibles ou moins sensibles, si la fortune vous a favorisée, et en tout cas courez chez un pharmacien, qui passe à bon droit pour ne donner que de bons produits, lui porter la prescription suivante, puisque votre estomac a quelque peine à se faire aux gouttes d'or solubles.

R. Pourpre de Cassius . . . . . 1 gramme.
F. s. a. pilules de 15 cent. . . . 100 —

A prendre de une à deux heures avant chaque repas, et si le remède n'est point usé, *si la lime continue à mordre*, vous pourrez franchir dans la vie une nouvelle étape relativement heureuse.

J'aurais encore bien des choses à dire, bien des points à traiter, mais déjà je n'ai que trop abusé de votre temps. A ceux d'entre vous que le sujet intéresse, plus tard, pour peu que ma santé s'y prête, dans une autre enceinte, j'exposerai plus longuement ce qu'une expérience de plus de trente années m'a appris sur ce sujet, et je leur prouverai, je l'espère, que le livre de la pathologie nerveuse, quand on sait y lire, n'est rien moins qu'un grimoire indéchiffrable.

Il ne me reste plus, pour avoir accompli tout mon programme, qu'à vous conter l'anecdote que je vous ai annoncée. C'est par là que je finirai.

Vous avez vu tout à l'heure notre malade, qui doit être maintenant aussi *habile que bien dressée* et avait d'ailleurs une si rare occasion de produire ses petits talents de société, me laisser en route à moitié chemin. Avec le cuivre sur le front, elle s'est obstinée, je vous ai invité à le retenir, à ne perdre de son œil gauche ni le rouge ni le jaune, tandis qu'après que j'ai eu remplacé le cuivre par de l'or elle a eu bientôt perdu toutes les couleurs. Cela m'a fait déjà regretter quelque peu que les partisans de l'explication des faits par l'*expectant attention*, — pour les autres antagonistes anglais que je vous ai dits, il n'y a point à s'en occuper, — ne fussent point assis ici à côté de vous. Mais c'est peu par rapport à ce que je vais vous raconter.

Ces jours derniers, j'allai à la Salpêtrière. J'y trouvai un honorable confrère de la Grande-Bretagne, M. le docteur Bruce. Il se montra très-désireux de voir de près la métalloscopie entre les mains de l'inventeur. Je ne pouvais lui refuser cette satisfaction. C'est pourquoi, bien que j'eusse fort à faire ailleurs, je fis, avec l'assentiment de M. Charcot, l'expérience qui suit. Assisté de M. le docteur Vigouroux, qui veut bien me suppléer au besoin, je fis venir la nommée V... qui est sensible au zinc. Après nous être bien assurés qu'elle était aussi anesthésique que jamais, je sortis en hâte de *mon écrin*, je veux dire de ma poche, une armature formée de cinq disques de couleur blanche un peu terne, et, ne doutant pas qu'ils ne fussent en zinc, je les lui appliquai, non sans une certaine résistance, parce que, outre son indocilité qui n'est pas moindre que celle de ses compagnes, la cloche pour le déjeuner allait sonner.

Ordinairement chez cette malade, huit, dix, douze minutes au plus suffisent pour le succès de l'expérience, mais cette fois, dix, quinze et vingt minutes se passent et rien ne vient. La malade se plaint, s'impatiente, et près d'une demi-heure s'écoule pendant laquelle je me fatigue d'une part à la retenir par toute sorte de mauvaises raisons, et de l'autre à prévenir les fâcheux effets de ma mésaventure par des arguments qui ne valaient guère mieux. A la fin, je m'avise de mettre mes lunettes, et je vois, quoi? que les plaques dont est faite l'armature sont en fer et non en zinc. Je retire l'armature, et, sans mot dire, je la remplace par une autre en tout semblable, mais en zinc et non pas en fer, et cette fois, au bout de sept à huit minutes, les phénomènes tant attendus se produisent et la malade peut enfin se diriger vers la salle à manger, ainsi que vous-mêmes devez avoir tant besoin de le faire, que si j'ajoutais un seul mot, fût-ce même pour vous remercier à nouveau, je serais sans excuse.

Quelques jours après cette conférence, la malade, se croyant sûre désormais de l'avenir comme du présent, ne prenait plus ses gouttes d'or que très-irrégulièrement, et plusieurs jours se passaient sans qu'on la vît se présenter aux heures habituelles pour recevoir son injection. Je la gourmandai d'abord, je l'avertis même qu'à continuer ses négligences elle ne manquerait point de rechuter, *mais si faiblement*, j'en dois faire l'aveu, parce que je la voyais, non sans joie, s'acheminer d'elle-même vers cette partie de la démonstration si décisive que j'avais proposée, bien sûr d'ailleurs de la contenir et d'en rester maître, que la malade n'en crut rien et finit par ne plus vouloir rien faire. Il fut convenu à ce moment qu'on la laisserait tranquille, que la sœur de la salle ne lui parlerait plus de ses gouttes, et que, si même elle se ravisait, le traitement resterait complètement suspendu.

Pendant trois à quatre semaines, l'état de la malade est resté assez satisfaisant, mais après ce temps elle s'est mise à décliner visiblement de jour en jour. L'anesthésie, l'achromatopsie et l'amyosthénie ont reparu du côté gauche, le côté droit est devenu lui-même un peu analgésique et amyosthénique, le ventre a pris un développement extrême. Les règles, atténuées d'abord, ont fini par disparaître complètement et être remplacées par une leucorrhée incessante plus abondante que jamais. La jambe gauche est redevenue très-sensible et un peu raide. L'hyperesthésie a reparu dans ses lieux d'élection. Vers l'ovaire gauche surtout, il y a eu de nouvelles attaques, etc., de sorte que, à la contracture près, qui un de ces matins pourrait bien reparaître si on laissait marcher ainsi les choses plus longtemps, C... se trouve aujourd'hui, 20 août, presque dans le même état hystérique que lorsque, en mars, la métallothérapie fut appelée à intervenir. La démonstration nous paraissant plus que suffisante, et la malade, ramenée d'ailleurs à des sentiments plus conformes à la réalité, redemandant instamment *son or*, nous allons recommencer la lutte, mais avec d'autres armes cette fois, avec le pourpre de Cassius et non plus avec le chlorure d'or qui est mal toléré, et, si cela ne suffit pas, nous reviendrons aux injections hypodermiques de chlorure d'or à 1/200.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 septembre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, deux sources d'eau minérales dans la commune de Fau (Cantal); 2° le rapport général de M. le médecin-inspecteur des eaux de Capvern, pour l'année 1876 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend une brochure de M. le docteur Le Plé, intitulée : *la Chirurgie d'Hippocrate.*

LECTURES

Signe différentiel entre les épanchements pleuraux, séreux ou purulents. — M. le professeur Guido Baccelli (de Rome) donne lecture sur ce sujet d'une note. (Sera publié.)

Températures morbides locales. — M. PETER communique la suite de ses recherches sur les températures morbides locales. Ces nouvelles recherches portent sur la température de la paroi thoracique au cas de tubercules pulmonaires. Il résulte de ces recherches que, partout où il y a tubercule, partout il y a hyperthermie locale, hyperthermie pendant et par la germination du tubercule que j'appellerai *hyperthermie trophique* tuberculeuse, comme hyperthermie pendant l'évolution et l'involution du tubercule et qui devient une *hyperthermie rayonnante*, faisant la congestion, l'hémorrhagie et la phlegmasie.

Dans la tuberculisation pulmonaire commençante l'élévation locale de la température est généralement proportionnelle à la nature, à l'étendue et à la gravité des lésions.

Ainsi, lorsqu'il n'y a que de la respiration sèche, avec expiration prolongée, lorsque surtout il y a de la respiration saccadée, c'est-à-dire alors qu'il n'existe encore que des granulations et que ces granulations sont à l'état naissant, grises et demi-transparentes, sans hyperémie circonférentielle et de réaction, la température locale est de 0,5 à 1° et même 1°,5 plus élevée que la moyenne (de 56,3 à 36,4 et même 37,3).

Lorsqu'il y a des craquements secs et surtout des craquements humides, c'est-à-dire alors que les granulations ont passé à l'état régressif et provoquant de l'hyperémie autour d'elles, la température locale peut être de 1°, 1°,5, 2 plus élevée que la moyenne (de 36°,8, 37,3, 37,8 et même davantage).

Cependant il est des cas absolument apyrétiques où la température locale n'est, avec des craquements humides, que de quelques dixièmes plus élevée que la moyenne (à 36°,2), la température axillaire étant dans ces cas au-dessous de 37° (à 36°,4).

Dans certains cas de tuberculisation pulmonaire commençante, la température locale n'est pas seulement plus élevée que la température normale de la région, elle l'est plus que la température de l'aisselle; ainsi, dans un cas, au troisième espace intercostal gauche, elle était de 37°4, plus élevée de 1°,6 que la moyenne et plus élevée de 0°,4 que l'axillaire.

Cette élévation locale de la température des espaces intercostaux supérieurs peut devenir un précieux moyen de diagnostic au cas où l'esprit hésite entre un simple dépérissement avec anémie et la tuberculisation commençante, au cas surtout où l'on ignore si l'on a affaire à de la chlorose ou à de la tuberculose à leur début.

En effet, dans le cas d'anémie et de chlorose, la température locale des espaces intercostaux est égale ou inférieure à la moyenne, tandis que dans la tuberculose commençante la température locale est plus élevée que la moyenne, et cela dans la proportion de 0,5 à 1° et même davantage.

Le diagnostic est ainsi fixé, comme aussi le pronostic.

L'investigation thermométrique des organes intercostaux supérieurs est tout aussi probante et utile pour fixer le diagnostic différentiel de la dyspepsie simple et de la dyspepsie de la tuberculose commençante; le diagnostic de l'hypochondrie accompagnée de dépérissement d'avec le dépérissement par tuberculose au début, le diagnostic encore de palpitations purement nerveuses d'avec les palpitations symptomatiques de la tuberculisation pulmonaire initiale et retentissant déjà sur le pneumo-gastrique cardiaque.

A toutes les phases de la tuberculisation pulmonaire il y a donc hyperthermie locale, laquelle ne se peut concevoir sans hyperémie proportionnelle, et, comme on a prise sur l'hyperémie par la révulsion, on voit à la suite de celle-ci la température locale, auparavant surélevée par les tubercules, s'abaisser, soit que la révulsion ait été pratiquée à l'aide la cautérisation ponctuée, ou de vésicatoires, ou de ventouses scarifiées. L'abaissement local de la température peut être ainsi de 0°,5 à 0°,9, et elle peut rester ainsi abaissée pendant plusieurs jours après la révulsion.

Wunderlich, Lebert, Williams, etc., se sont exclusivement occupés de la température générale, jamais de la température locale; ces recherches actuelles portent, au contraire, sur la température recherchée en plein foyer tuberculeux. Elles démontrent que celui-ci est un vrai foyer thermogène, tenant les variations de la température générale sous sa dépendance.

Ces recherches, enfin, sur la température locale dans la phthisie pulmonaire peuvent conduire à des résultats pratiques au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

M. GUBLER croit devoir faire quelques réserves à l'égard des propositions que M. Peter vient d'émettre sur les températures morbides locales. Il est des cas, en effet, où le rapport que M. Peter établit entre l'hyperémie et l'élévation de la température a lieu en sens inverse. Il n'est pas rare, par exemple, de constater dans la migraine une hyperthermie coïncidant avec une pâleur extrême de la face. Il est des cas, au contraire, où, avec une hyperémie très-prononcée, il y a un abaissement de la température. Trousseau avait remarqué que, sous l'influence de l'hyperémie très-visible produite par l'action de l'application de sinapismes ou de bains sinapisés, il y avait souvent un abaissement de la température; il en est de même à la suite des frictions faites avec la teinture d'iode, où l'on constate souvent une diminution de température sur la plaque rouge de la peau. Il y a donc des circonstances où l'accumulation du sang sur un point de l'économie entraîne une diminution de température; d'autres, au contraire, où la température s'élève, bien que l'afflux du sang soit diminué. Il n'y aurait donc pas lieu de considérer comme indissoluble le lien que M. Peter semble vouloir établir entre la congestion et l'hyperthermie. Ces mêmes désaccords que je viens de constater dans quelques circonstances particulières peuvent se présenter aussi dans les cas de tuberculose comme dans les cas de pneumonie.

Cette élévation locale de la température peut également servir à élucider la question de diagnostic au cas d'hémoptysie, alors qu'il n'y a encore aucun signe évident de tuberculisation pulmonaire. Dans ces cas, en effet, la température locale est de 0,5 à 1°, et davantage, plus élevée que la moyenne; l'hyperthermie locale peut même dépassser 3°, au cas où il y a fièvre, et où la température est prise au niveau du foyer hémorrhagique, pour baisser ensuite après l'hémoptysie; la température locale restant plus élevée que la moyenne, ce qui prouve que l'hyperthermie totale, pendant l'hémorrhagie, est en somme de l'hyperthermie tuberculeuse, et de l'hyperthermie hyperémique hémorrhagique.

La disparité de la température entre deux espaces intercostaux homologues des sommets est un très-bon signe de tuberculisation pulmonaire; car, dans ces points où, normalement, la température est égale, cette disparité révèle des conditions anatomiques différentes et, dans l'espèce, une hyperémie morbide presque toujours tuberculeuse.

Dans la tuberculisation pulmonaire fébrile, à forme bronchitique, comme dans celle à forme infiltrée (pneumonie caséeuse), la température locale est très-élevée, la surélévation est de 2° à 2°,8 pour la forme bronchique, de 3°,2 à 3°,8 pour la forme caséeuse.

C'est dans cette dernière forme que la température générale, comme la température locale, est le plus élevée : la surélévation générale étant de 2°,5 à 3° pour la pneumonie caséeuse, de 1° à 1°,8 pour la forme bronchitique.

Il est clair que le facteur le plus important dans les phénomènes d'hyperthermie est l'hyperémie. Seulement il ne faudrait pas considérer comme facteur unique ce qui n'est que le facteur principal.

M. PETER reconnaît la justesse des observations que vient de présenter M. Gubler. Sans doute les désaccords que son collègue vient de constater existent, mais il faut tenir compte des conditions spéciales dans lesquelles ils se manifestent. Tout le monde sait que la température s'élève au début d'une pneumonie, qu'elle se maintient élevée pendant son cours, mais qu'arrivé le moment où son évolution est terminée, la température s'abaisse rapidement, bien qu'il existe encore de l'hépatisation. Mais ces faits n'infirment en rien la valeur des observations qu'il vient de faire connaître et des signes cliniques qu'il en a déduits.

M. J. GUÉRIN. — M. Peter a parlé de l'action de la cautérisation ponctuée comme ayant eu pour effet un abaissement de la température locale en combattant l'hyperémie pulmonaire. Je ferai remarquer, à cette occasion, à M. Peter que la cautérisation ponctuée a deux effets bien différents suivant l'état des parties sur lesquelles on l'applique. Si elle abaisse la température en agissant comme moyen révulsif sur un organe hyperémié, comme dans les cas cités par M. Peter, elle l'élève souvent en rappelant la vitalité dans les tissus où elle se trouvait abaissée, comme je l'ai vu si souvent dans les tumeurs blanches des articulations.

M. PETER. — M. J. Guérin a parfaitement raison. Dans le dernier cas qu'il vient de rappeler, c'est en obtenant la guérison qu'il a eu une élévation de température.

La discussion est close.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 24 août, des concours s'ouvriront, en 1879, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras :

1° Le 27 février, pour un emploi de suppléant de la chaire de clinique et de pathologie interne, et pour un emploi de suppléant des chaires de clinique, pathologie externe et accouchements;

2° Le 3 mars, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie;

3° Le 10 mars, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle;

4° Le 24 mars, pour un emploi de chef des travaux chimiques;

5° Le 27 mars, pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition revue et augmentée, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Leçons sur les centres nerveux, par le docteur FORT, cours professé à la Faculté, 1877-78. 1 vol. in-8° (autographié avec figures). — Prix : 6 fr. — Paris, veuve Frédéric Henri.

De l'Absence des organes génitaux internes chez la femme, considérée au point de vue médical et juridique, par le docteur VAN PETEGHEM, membre de la Société centrale de médecine du Nord. In-8° de 113 pages. — Prix : 3 fr. — Lille, 1878, Quarré, libraire.

De l'Absorption des médicaments par le placenta et de leur élimination par l'urine des enfants nouveau-nés, par le docteur PORAK, ancien interne de la Maternité annexe (hôpital Cochin), membre de la Société anatomique. — Prix : 2 fr. Paris, G. Masson.

Études sur quelques manifestations articulaires de la phlegmatia alba dolens, par le docteur COSNARD. In-8° de 50 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Octave Doin.

De l'Épilepsie et de l'hémiplégie pleurétiques, par le docteur M.-L. AUBOUIN, ancien externe des hôpitaux. Gr. in-8° de 87 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Octave Doin.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Aperçu sur le fonctionnement du système nerveux, par le docteur RAMES, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 106 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(REVUE MENSUELLE)

Fracture intra-utérine. (Séances des 27 mars et 3 avril). — M. ANGER présente une pièce de fracture de l'extrémité supérieure du fémur recueillie chez un fœtus de huit mois, occasionnée par une chute de la mère vers le septième mois de la grossesse. La possibilité des fractures intra-utérines ayant été niée, il n'est pas sans intérêt d'en établir la réalité.

Le 25 février, accouchait à Lourcine une femme de vingt ans qui présentait des plaques muqueuses avec œdème des grandes lèvres et une roséole en voie de disparition. Elle était au huitième mois de sa grossesse, et, après des douleurs modérées, elle expulsait un fœtus encore inclus dans les membranes. On signala dès la naissance de l'enfant une déformation de la hanche gauche : le grand trochanter de ce côté faisait une saillie notable, comme s'il se fût agi d'une luxation congénitale du fémur. L'enfant succomba huit jours après ; on ne trouva à l'autopsie aucune trace de syphilis congénitale. Au lieu de la luxation attendue, c'est une fracture que l'on constata. Cette fracture siège à l'union de la base cartilagineuse du grand trochanter avec la diaphyse du fémur, en sorte qu'on pouvait également la considérer comme une disjonction épiphysaire. Ce traumatisme était ancien, puisqu'il était impossible de remettre les fragments dans leurs rapports normaux.

En recherchant la cause, on apprit que la mère de cet enfant avait toujours été bien portante jusqu'au quatrième mois de sa grossesse ; à cette époque, elle eut un chancre ; la grossesse n'en continua pas moins sans accident notable : au septième mois environ la femme fit une chute de plusieurs mètres dans une cave. Le choc eut lieu sur l'abdomen du côté gauche, et il en résulta une contusion avec épanchement sanguin : il n'y eut ni hémorrhagie, ni douleurs expulsives, mais, à partir de ce moment, elle ressentit jusqu'à son accouchement des douleurs assez vives pour la forcer à garder le lit.

Une coupe du fémur a été pratiquée et présentée à M. Parrot, qui n'a pas hésité à déclarer que la syphilis ne devait nullement être mise en cause : dans la syphilis, la séparation a toujours lieu au-dessous du cartilage, auquel reste adhérente une couche de tissu chondroïde ayant un millimètre d'épaisseur ; dans cette pièce la fracture ou la disjonction existe entre le cartilage et le corps ossifié de la diaphyse.

Dans la syphilis les lésions seraient plus généralisées, elles porteraient sur l'extrémité fracturée ; enfin, la syphilis était trop récente, et il faudrait admettre que les premières manifestations syphilitiques chez le fœtus atteindraient d'abord les os, et cela très-rapidement, puisque la syphilis naturelle en était encore aux accidents secondaires.

M. LANNELONGUE ne voit là qu'un décollement de l'épiphyse, et non une fracture, et en rapporte la cause à la syphilis. Ce n'est pas la seule lésion qui se trouve sur le petit squelette ; l'autre fémur présente à ses deux extrémités des décollements.

M. Anger attribue cette mobilité à l'âge du squelette et peut-être à la macération : d'ailleurs, après l'examen fait par M. Parrot, il ne tient pas au mot de fracture, et admet bien un décollement de l'épiphyse, mais non causé par la syphilis.

M. LANNELONGUE (séance du 3 avril) communique un exemple de syphilis infantile héréditaire dont les manifestations osseuses sont survenues tardivement en présentant une forme qui, au premier abord, devait en faire méconnaître la nature.

Le père avait eu la syphilis un an avant la naissance de l'enfant : pas de renseignements précis sur la mère. L'observation indique les commémoratifs de l'enfant jusqu'au jour de son entrée : la mort ayant été accidentelle et provoquée par une diphthérie, on trouve dans les deux tibias et le maxillaire inférieur des lésions variées : d'une part, des productions osseuses nouvelles, véritables exostoses ; de l'autre, des suppurations intra-osseuses. L'un de ces abcès, celui du tibia, qui s'est ouvert à l'intérieur, a laissé une cavité placée au centre de l'épiphyse supérieure de cet os. Le cartilage épiphysaire est détruit au niveau de cette cavité qui s'étend à la fois au-dessus et au-dessous de lui. Cette cavité est déjà en voie de réparation, elle est tapissée par une membrane rougeâtre émettant quelques prolongements qui la cloisonnent. Un abcès analogue occupant la partie supérieure de la branche de la mâchoire a produit une fracture spontanée de cette branche.

Cet enfant avait été amené à l'hôpital à l'âge de quatre ans, ayant eu déjà des accidents cutanés, et à ce moment atteint d'un gonflement à la jambe, dont on ne peut retrouver la cause. Une collection purulente est évidente au côté externe du genou gauche, le pus ne venant pas de l'articulation, mais paraissant plutôt avoir son origine dans une lésion du tibia. L'abcès fut ouvert ; mais, huit jours après, l'enfant succombait à la diphthérie.

Une ulcération, encore en voie d'évolution à la face, avait ravagé une partie des fosses nasales et le plancher inférieur des deux narines.

Kyste du cou à contenu huileux : guérison par l'injection d'alcool pur, par M. Malherbe (de Nantes). Séance du 3 avril. — M. GUYON, rapporteur. Après la communication faite il y a un an à la Société de chirurgie par M. Verneuil, il n'est pas sans intérêt de recueillir les faits de kystes huileux qui peuvent se présenter. Il s'agit ici d'une fille âgée de vingt-cinq à trente ans, institutrice ; elle portait sous l'angle de la mâchoire droite une petite tumeur qui paraissait s'implanter assez profondément, peu mobile, située au-dessous de cette partie de l'aponévrose cervicale qui, du bord inférieur de la mâchoire, s'étend au sterno-mastoïdien. Du volume d'une grosse noix, elle se limite parfaitement en tous sens : fluctuation très-nette.

On se serait aperçu de l'existence de cette tumeur dans l'enfance de cette jeune fille, vers l'âge de cinq ou six ans : la tumeur

avait donc mis vingt ans à acquérir le volume constaté. Pas de traces de scrofule.

Sans trancher complètement le diagnostic de kyste dermoïde, ou de kyste développé dans un ganglion lymphatique, ou d'épanchement sanguin passé à l'état kystique, M. Malherbe fit une ponction avec une aiguille de la seringue de Pravaz, et il en retira un liquide ayant l'aspect d'une huile un peu pâle et transparente. Après avoir extrait le contenu d'une ou deux seringues, il injecta dans le kyste une seringue d'alcool pur. Un an après le kyste était à peu près dans le même état ; il s'était rempli lentement, sans douleur. Dix ou douze seringues du contenu du kyste furent extraites comme l'année précédente, puis on injecta deux seringues d'alcool pur. Il y eut une sensation de cuisson modérée qui dura tout au plus une demi-heure. Aucun accident consécutif. Depuis lors la tumeur a diminué peu à peu : trois mois après, on ne trouvait plus trace du kyste.

Le liquide de ce kyste avait l'aspect d'une huile un peu pâle : il graissait les doigts et tachait le papier ; il renfermait 89 0/0 d'oléine et 9 0/0 de palmitine.

Il est de même nature que ceux des six observations qui ont été communiquées à la Société de chirurgie ; mais il en diffère par le siège, puisque, dans tous ces cas, le mal occupait le grand angle de l'œil.

Ces kystes huileux sont-ils congénitaux, comme le soutiennent MM. Verneuil, Magitot et Le Dentu, ou accidentels, comme l'a pensé M. Perrin ?

Ce cas particulier est probablement congénital, puisqu'il n'a été relevé comme circonstance étiologique aucune violence ; d'ailleurs la face profonde de l'angle de la mâchoire est une des régions les mieux abritées de notre corps. Ce kyste n'aura été découvert que vers l'âge de cinq ou six ans, tout aussi bien que cela arrive aussi pour des kystes dermoïdes dont l'origine congénitale n'est point contestée.

L'origine traumatique des kystes huileux est mise hors de doute par une observation de Gosselin (*Clinique chirurgic.*, t. II, page 615), et par deux faits, qui pourtant sont moins probants, de Benjamin Anger (*Progrès méd.*, 1875, page 83).

Quant au traitement essayé avant de recourir à l'extirpation qui constitue une opération grave, M. Malherbe l'avait vu employer en 1872, par M. Guyon, à l'exemple de M. Monod, pour la cure de l'hydrocèle.

Cette opération réussit bien dans les cas d'hydrocèle, et l'auteur la préconise, *vu son innocuité*, pour combattre divers épanchements traumatiques, par exemple pour les kystes muqueux dans lesquels on a recommandé les injections de chlorure de zinc.

L'injection se fait avec de l'alcool à 90 degrés, et après avoir vidé la plus grande partie du liquide de la tumeur kystique.

Des lésions rénales consécutives aux fistules vésico-vaginales. (Séance du 10 avril). — M. VERNEUIL a publié l'année dernière, sur la mortalité après les opérations de la fistule vésico-vaginale, une note dans laquelle il exposait que sur 80 opérations il avait perdu six femmes, soit 7 0/0 de mortalité, par hémorrhagies, par érysipèles, et surtout à la suite d'états pathologiques antérieurs, aggravés par le traumatisme.

Parmi ces complications, il signalait les lésions rénales : une femme atteinte de fistule vésico-vaginale mourut *sans opération* à la suite d'accidents cérébraux probablement urémiques. A l'autopsie, on constata que la fistule siégeait précisément à l'intervalle compris entre les deux uretères : l'uretère droit était considérablement dilaté, doublé de volume, et son extrémité inférieure offrait à son embouchure un rétrécissement très-marqué. Le rein correspondant était affecté de pyélo-néphrite.

Des cas analogues ont été publiés par M. Pablock de Londres (*Medical Times*, 1859), par M. Blin (thèse de doctorat). Depuis cette époque, M. Verneuil examine avec grand soin les fonctions rénales des femmes atteintes de fistule vésico-vaginale. Chez une jeune femme, opérée deux fois et très-habilement par la suture sanglante, l'insuccès avait été complet, et, chaque fois, des accidents sérieux s'étaient développés. L'examen de cette femme montra qu'elle était atteinte de gravelle et de néphrite. De même, chez une autre malade, des accidents très-graves se développèrent par le fait de l'introduction d'un tampon de charpie ; on constata encore gravelle rénale et néphrite concomitante.

Voici, enfin, un nouveau fait qui vient confirmer l'influence que les fistules vésico-vaginales peuvent exercer sur les lésions rénales : une femme de province était venue à l'hôpital de la Pitié pour se faire opérer d'une fistule déjà ancienne ; elle était atteinte de troubles graves, diarrhée, fièvre avec frissons, et elle succomba avant une tentative qui allait être faite avec le thermocautère, préférable dans ce cas particulier à l'opération sanglante. L'autopsie démontra le diagnostic de néphrite interstitielle avec rétrécissement des uretères, avec dilatation du bassinet et même des calices. Toute la portion cervicale de l'utérus était détruite.

Il semble donc très-intéressant de faire connaître ces faits de lésions rénales consécutives aux fistules vésico-vaginales, qui donnent l'explication de ces lésions par l'oblitération ou même par le rétrécissement des uretères.

M. DESPRÈS a fait six ou sept opérations de fistules vésico-vaginales sans avoir eu à déplorer des cas de mort : il suppose que, pour expliquer les lésions rénales que M. Verneuil a rencontrées sur ses malades, on peut admettre une néphrite parasitaire. L'air, pénétrant dans la vessie par la fistule peut y apporter des germes, des bactéries qui s'y développent et envahissent les uretères, puis le rein ; d'autant plus que les lésions décrites ne correspondent pas à celles que produit ordinairement l'oblitération des uretères.

M. HOUEL pense que ces lésions constituent le rein de Bright, et croit que ces lésions sont très-anciennes et remontent à une époque antérieure à la formation de la fistule.

M. VERNEUIL fait remarquer que jamais on ne rencontre de lésions rénales chez des femmes dont les fistules vésico-vaginales ont respecté les uretères : la conclusion très-nette qu'il croit pouvoir déduire des faits communiqués, c'est que, lorsque l'on se trouve en présence d'une femme chez laquelle on soupçonne des lésions rénales, il ne faut pas tenter d'opérations sanglantes.

Sur la périostite albumineuse. (Séance du 10 avril.) — M. TERRIER. — Chez une jeune fille âgée de vingt-deux ans, femme de chambre, soumise à des fatigues exagérées et d'un tempérament un peu lymphatique, apparut sans cause traumatique connue une douleur profonde persistante, avec exacerbations nocturnes, siégeant à la région moyenne et postéro-externe de la cuisse droite.

Malgré un traitement assez énergique et l'application de nombreux révulsifs, malgré les injections sous-cutanées de morphine et d'azotate d'argent, les douleurs persistent, et il apparaît une tuméfaction profonde, d'abord mal circonscrite. C'est après vingt mois de souffrances que cette jeune fille entre à l'hôpital Beaujon, où l'on constate tout d'abord l'existence d'un petit abcès sous-cutané, seul résultat des injections de nitrate d'argent ; puis, peu après, une tuméfaction profonde située vers le fémur et présentant une fluctuation obscure.

La fluctuation devenant évidente, et s'appuyant sur la durée du mal, sur l'état général médiocre de la patiente, sur son âge, M. Terrier crut avoir affaire à un abcès symptomatique d'une lésion osseuse (ostéite ou ostéo-périostite du fémur).

Or, loin de fournir du pus, la ponction, faite d'abord avec un bistouri, puis avec l'aspirateur, donna issue à un liquide filant, légèrement rougeâtre, entièrement analogue à de la synovie.

Ce fait se rapproche donc de ceux décrits par Poncet (de Lyon) dans son mémoire sur la *périostite albumineuse* où il expose les caractères attribués par lui et plus particulièrement par le professeur Ollier à cette singulière maladie.

Il peut se développer, soit sous le périoste, soit dans l'épaisseur même de cette membrane, d'ordinaire aux extrémités de la diaphyse des os, chez les sujets jeunes, par conséquent en voie d'accroissement, une collection liquide, filante, visqueuse, qui renferme beaucoup d'albumine et peut se coaguler spontanément quand on la laisse reposer dans un vase. Le liquide ainsi recueilli présente souvent trois couches : une tout à fait inférieure, laquelle est constituée par des globules blancs et quelques globules rouges ; une cou-

che moyenne visqueuse pouvant se coaguler spontanément; enfin une couche supérieure séreuse, renfermant souvent des globules huileux; il y aurait aussi, dans ce liquide, une grande quantité de phosphate calcaire.

La cause de cette variété de périostite, désignée par Ollier sous le nom de *périostite albumineuse*, serait le froid; aussi en fait-il une affection d'origine rhumatismale, sans toutefois y trop insister, puisqu'il en aurait observé un cas à la suite d'un traumatisme.

Les symptômes diffèrent assez peu de ceux de la périostite ou de l'ostéo-périostite, soit aiguë, soit chronique; les phénomènes douloureux, plus ou moins intenses, sont toujours exaspérés la nuit; enfin, dès que la collection liquide est formée, les accidents généraux se calment, et plus tard on peut confondre la lésion, soit avec un abcès froid, soit avec une hydropisie articulaire, en raison même du développement de la tumeur vers les épiphyses.

Cette affection peut se terminer par résolution ou par suppuration; dans ce dernier cas, l'exploration de la cavité, faite avec un stylet, permet dans quelques cas de constater la dénudation de l'os malade; dans d'autres cas, celui-ci est constamment recouvert de bourgeons charnus, et la collection paraît alors s'être développée dans l'épaisseur du périoste.

D'après le professeur Ollier, le liquide albumineux résultant, soit de la périostite, soit de l'ostéo-périostite dite albumineuse, pourrait être observé dans d'autres affections des os, et en particulier dans l'ostéite chronique.

M. Terrier en a observé un exemple dans son service qui avait une fracture ouverte de l'humérus gauche; lorsque les phénomènes inflammatoires furent moins accusés, la suppuration abondante du début fut remplacée par l'écoulement d'un liquide visqueux, filant, légèrement ambré.

Notons encore que, chez la jeune fille de M. Terrier, le liquide albumineux contenait aussi du sucre; il n'est pas besoin de dire que les urines n'en renfermaient pas.

Chez cette malade, le siège même de la collection empêchait toute confusion possible avec une lésion articulaire; il n'existait pas à ce niveau de gaine synoviale; enfin, la profondeur de la tuméfaction, sa large base ne pouvaient faire penser qu'à une lésion osseuse. Quant au traitement, M. Ollier a recommandé les révulsifs et l'immobilisation; ils avaient été employés ici pendant vingt mois sans succès. Lorsque la malade entra à l'hôpital, M. Terrier, en présence de l'augmentation rapide de la collection albumineuse et des douleurs vives qui en résultaient, résolut de donner issue au liquide et de faire suppurer la cavité kystique. Des accidents multiples vinrent entraver la marche vers la guérison. Les fistules se sont fermées, mais la douleur persiste; le fémur est encore tuméfié, douloureux, et il se peut que des abcès ultérieurs se produisent et même qu'une petite portion d'os soit éliminée par la suite. Le pronostic doit donc toujours être réservé, comme d'ailleurs dans toutes les affections des os ou de leurs annexes.

M. LANNELONGUE communique deux observations analogues recueillies chez deux enfants, l'un de sept ans, l'autre de trois ans, à l'hôpital Sainte-Eugénie. Tous les deux sont des exemples de cavités développées sur le corps des os longs sans avoir aucun rapport avec les extrémités épiphysaires ou apophysaires de ces os; ils en sont donc indépendants, et à ce point de vue on ne saurait les rattacher à la croissance ou au développement de l'os. Le premier de ces malades ayant dû subir l'amputation de la cuisse (à laquelle il a succombé), on a pu disséquer avec soin le kyste du tibia et reconnaître qu'il est parfaitement indépendant de la surface de l'os qui est intact, et qu'il ne se rattache qu'au périoste, à la face externe de celui-ci simplement.

La qualification de ces tumeurs paraît donc devoir être celle de kyste, que justifient et la constitution de la poche et les qualités du liquide contenu.

Dans les deux cas, les sujets sont deux scrofuleux ayant, l'un et l'autre, une tumeur blanche de l'articulation la plus voisine, sans qu'il y ait propagation inflammatoire de la tumeur blanche au kyste. Est-ce à dire, malgré cette apparence de continuité de lésion, qu'il n'y ait eu aucun rapport? On ne saurait l'affirmer.

Dans les deux cas, la tumeur était constituée par une collection fluctuante et élastique; la peau n'ayant pas changé de couleur et ne présentant aucune adhérence, la tumeur pouvait sans difficulté être prise pour un abcès froid, et ce n'est qu'à la ponction que l'on fut étonné de trouver, non du pus, mais un liquide clair, citrin, sans mélange de grumeaux. Il était renfermé dans une cavité limitée par une membrane molle, fongueuse, reposant sur le périoste, mais l'os étant intact et nullement gonflé au niveau de la poche kystique.

Contribution à l'histoire des tumeurs sarcomateuses de la main, par le docteur Gross (de Nancy). (Séance du 17 avril.) — Les tumeurs solides de la paume de la main sont rares; on trouve cependant des observations de lipomes, d'enchondromes, mais très-exceptionnellement de sarcome et surtout de sarcome myéloplaxe ou myéloïde de Ranvier, sarcome giganto-cellulaire de Virchow. D'après les dernières recherches, il semblait que ce genre de sarcome devait se développer près des os; l'observation de M. Gross prouve qu'il peut se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, portant une tumeur au niveau de la racine de l'indicateur gauche; cette tumeur était formée de deux parties: une sous-cutanée au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne; la seconde, située plus profondément et recouverte par l'aponévrose. Le début remontait à environ deux ans; la tumeur a grossi lentement, mais progressivement. La tumeur est mobile et ne tient pas au squelette de la région. Les deux lobes de la tumeur sont indolores; ni fluctuation, ni crépitation. La tumeur, située au-devant des tendons des fléchisseurs, est indépendante d'eux et n'est pas entraînée dans leurs mouvements; d'ailleurs, la gaîne des fléchisseurs n'existe pas à l'endroit ou siège la tumeur.

Hésitant entre un lipome et un sarcome, M. Gross fit une ponction exploratrice qui lui fit ramener quelques parcelles de la tumeur et lui permit de diagnostiquer un sarcome. L'extirpation du néoplasme fut faite à l'hôpital Saint-Léon, la malade chloroformée et l'appareil d'Esmarch appliqué. L'incision fut faite sur la peau et le tissu cellulaire, coupant aussi une bride aponévrotique assez résistante qui étranglait la tumeur par son milieu en la divisant en deux lobes et un mince feuillet fibreux qui lui faisait suite. L'énucléation se fait facilement, sauf vers la paume de la main où existe un prolongement un peu pédiculé.

Dans le fond de la plaie apparaît le tendon fléchisseur recouvert d'une mince toile cellulaire.

Les suites de l'opération furent d'abord simples; mais, le quatrième jour, M. Gross vit apparaître un bourgeonnement insolite. Craignant une récidive, il fit une ligature qui entraîna la chute des bourgeons; mais, peu de jours après, nouvelle poussée de bourgeons qui fut détruite par l'application de pâte de Canquoin. Trois fois la repullulation se produisit dans le courant du mois, trois fois on eut recours à la pâte de Canquoin, dont l'effet fut souverain. Un mois et demi après l'opération, la cicatrisation est complètement terminée.

Un an et demi après l'opération, la cicatrice linéaire est absolument intacte, et partout la peau a l'apparence normale.

L'examen histologique de la tumeur (qui pesait 9 grammes) montra qu'elle était composée de faisceaux, de cellules fibroplastiques qui séparent des nids de cellules globuleuses; mêlées à ces dernières, on trouve des cellules volumineuses, irrégulièrement polygonales, renfermant de un à cinq ou six noyaux; ces éléments sont des myéloplaxes. La tumeur extirpée est donc un sarcome à myéloplaxe, sarcome myéloïde (Ranvier), tumeur myéloïde (Paget-Michel), tumeur à myéloplaxe (Robin, Broca), sarcome giganto-cellulaire (Virchow, Rindfleisch). Le développement vasculaire y est très-abondant dans certaines parties du néoplasme.

Autrefois on pensait que ces tumeurs appartenaient exclusivement au système osseux; mais, depuis la découverte des myéloplaxes ou plaques à noyaux multiples dans la moelle des os, par Robin, on a rencontré ces éléments dans d'autres tissus normaux et dans un très-grand nombre de néoplasies pathologiques. Ainsi Koëlliker les a vus dans le foie de l'embryon et dans la résorption

osseuse, etc. Le mémoire de M. Gross se termine par l'indication des diverses observations publiées concernant l'histoire des sarcomes et des tumeurs solides de la main, avec les indications bibliographiques.

M. VERNEUIL fait remarquer que la repullulation qui s'est produite chez la malade de M. Gross n'est pas surprenante et est fréquente lorsqu'on enlève par énucléation les tumeurs dites bénignes. Lorsqu'on étudie la disposition que présente une tumeur fibro-plastique, on constate qu'elle se trouve dans une loge cellulaire qui forme une bourse séreuse à la périphérie. Cette disposition permet de les énucléer avec une très-grande facilité; mais, lorsqu'on examine le kyste qui les enveloppé, on constate que ce kyste est garni de fibres tout à fait analogues à celle de la tumeur, et c'est cette poche qui donne des récidives. M. Verneuil insiste pour conseiller de ne jamais énucléer les tumeurs fibro-plastiques et recommande pour les fibromes du sein, par exemple, de tailler en plein tissu sain pour enlever la zone suspecte.

M. DESPRÈS croit que la tumeur à myéloplaxe siégeait peut-être sur le tissu osseux, comme c'est l'habitude: il ne serait pas étonné que le bourgeonnement constaté peu de jours après l'opération ait eu pour point de départ le pédicule adhérent à l'os.

M. TILLAUX, rapporteur, n'est pas de cet avis; la tumeur n'était pas fongueuse; elle était située en dehors de la gaine, puisque, après l'énucléation, on a vu le tendon recouvert par une mince toile celluleuse. La tumeur ne tenait ni à l'os ni à la gaîne. C'est cette particularité, observée d'une façon méticuleuse, qui force à admettre que le point de départ a eu lieu dans le tissu cellulaire sous-cutané et rend cette observation très-intéressante.

Arthrite tuberculeuse ou synovite granuleuse. (Séances des 17 et 24 avril.) — M. LANNELONGUE appelle l'attention sur une forme d'arthrite qui, jusqu'ici, n'a pas encore reçu la description qu'elle mérite. Il s'agit de l'arthrite tuberculeuse caractérisée par des granulations miliaires de la synoviale articulaire. Il la croit assez fréquente et en a déjà eu la preuve deux fois à l'amphithéâtre. Une première fois on vit manifestement des granulations tuberculeuses sur un bourrelet fongueux de la synoviale de la hanche placé autour de la cavité cotyloïde; la coxalgie n'avait qu'un mois de date; l'enfant avait succombé à la diphthérie. Plus récemment, un autre enfant, âgé de douze ans, entra à l'hôpital Sainte-Eugénie, se plaignant de souffrir du membre gauche; depuis trois mois, sans cause apparente, il est pris d'une douleur assez vive en dedans et en dehors du genou, qui gonfla peu à peu et l'obligea à garder le lit six semaines après le début. L'enfant succomba un mois après à une méningite tuberculeuse; l'autopsie fit découvrir dans le genou gauche la présence de granulations tuberculeuses sur la synoviale qui était épaissie et présentait une rougeur intense. De ces granulations, les unes étaient opaques, les autres transparentes; elles offrent le même aspect que celles de la plèvre, de la pie-mère.

On chercha en vain la présence de tubercules dans les os voisins, dans le corps de sept à huit vertèbres dorsales et lombaires.

Cette granulose des synoviales doit donc être considérée comme étant l'origine d'une certaine catégorie de tumeurs blanches dans lesquelles les lésions osseuses sont à peine marquées, tandis que les lésions de la synoviale, par leur très-grand développement, constituent toute l'affection. L'évolution a été primitive et non secondaire, car le mal a débuté par le genou; l'épaississement de la synoviale a été constaté dès l'entrée du malade à l'hôpital, alors que rien n'existait du côté de l'encéphale ni du côté de la poitrine.

M. Ranvier a vu dans le laboratoire de Koster, à Wursburg, trois pièces d'arthrite tuberculeuse.

M. TERRIER présente un aperçu historique de cette maladie. Signalés par Bonnet (de Lyon), qui décrivait une arthrite tuberculeuse, les tubercules des articulations furent récemment étudiés par Virchow et Koster (1869), Cornil et Ranvier, Debove, Jean Roux, élève du professeur Ollier, enfin Laveran.

Pour la plupart de ces auteurs, les altérations siègent de préférence dans la synoviale, qui offre des granulations tuberculeuses dans son épaisseur et jusque dans ses franges, comme l'a vu Laveran.

Dans quelques cas, les cartilages sont altérés, surtout quand l'affection est ancienne et qu'il y a eu arthrite aiguë.

La marche de l'affection peut être aiguë ou chronique, et la tuberculisation débuterait par la synoviale articulaire. Toutefois Ollier signale une forme fongueuse dont les fongosités, infiltrées de produits caséeux, seraient inoculables. Pour Chauveau, c'est là une caractéristique de la tuberculose, caractéristique acceptée par Ollier et son élève, Jean Roux.

L'arthrite tuberculeuse se développerait chez des sujets déjà atteints de tubercules pulmonaires, ou bien pourrait être la manifestation primitive de la tuberculose, soit par une synoviale saine, soit par une synoviale déjà malade, comme l'admet Ollier, d'après la thèse de Jean Roux. Les symptômes sont mal déterminés; elle peut être confondue avec un rhumatisme articulaire aigu; les phénomènes pulmonaires qui se manifestent vite rectifient le diagnostic; tantôt l'article atteint offre tous les signes d'une arthrite fongueuse, avec des poussées aiguës; mais ce sont là des phénomènes assez vagues, qui, la plupart du temps, ne permettent pas le diagnostic.

Inclusion péritesticulaire, par le docteur J. BŒCKEL (de Strasbourg) (séance du 24 avril). — M. VERNEUIL, rapporteur. — L'inclusion scrotale est une affection rare dont les annales de la science ne renfermaient que dix exemples en 1855 (Mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire, Verneuil, 1855, *Arch. de méd.*). Depuis cette époque, quelques autres observations ont été publiées. M. J. Bœckel a observé le cas dont voici l'histoire en quelques lignes:

Un Alsacien, âgé de trente-huit ans, sans antécédents pathologiques, ressentit, il y a trois ans, pour la première fois, sans cause connue, quelques douleurs vagues dans le testicule droit: une douleur soudaine, à la suite d'un effort, se fit encore sentir en mars 1876 et revint à plusieurs reprises; elle semblait provenir du testicule droit. En février 1877, cet homme remarqua, après des travaux fatigants, que son testicule avait augmenté de volume; la région du cordon jusqu'au canal inguinal était également tuméfiée, mais presque indolente. Au bout de quatre mois, la tumeur avait acquis les dimensions d'un œuf de poule. La masse devenant gênante par son poids, M... consulta son médecin qui, croyant à une hydrocèle, pratiqua le 10 août une ponction; il s'écoula quelques gouttes d'un liquide épais, visqueux, jaunâtre. Deux jours après, la tumeur s'enflamma; la peau du rectum devint rouge, chaude; la fièvre s'alluma.

Le 14, formation, au niveau du trou de la ponction, d'une tache bleuâtre, indice d'une gangrène imminente; une eschare se détacha spontanément le lendemain, laissant un orifice à travers lequel un bourgeon charnu vint bientôt faire hernie.

M. Bœckel, appelé le 17 août, trouve la tumeur présentant le volume du poing d'un adulte; à la partie antéro-inférieure deux gros bourgeons charnus, saignant facilement, font hernie à travers l'ouverture signalée plus haut et par laquelle s'échappe, à la moindre pression, une sanie fétide. Songeant à un sarcocèle cancéreux, il proposa la castration, qui fut acceptée et pratiquée séance tenante. Au bout de cinq semaines, la cicatrisation était complète, et la guérison s'est maintenue depuis cette époque.

L'*examen anatomique* de la tumeur montre que le testicule, parfaitement sain, est refoulé en arrière et en bas de la tumeur, qui est, en quelque sorte, contenue dans une poche formée par les couches profondes du scrotum. Cette masse est fort irrégulière; elle se compose de lobes et de lobules, de bourrelets et d'excroissances. Toutes ces saillies présentent une surface externe franchement cutanée avec des plis, des rugosités et des *touffes de poils* longs et épais. Au fond des replis, la surface perd son aspect cutané, redevient lisse et comme muqueuse.

Une coupe antéro-postérieure de la tumeur montre une substance fibreuse assez molle, parsemée de *kystes* nombreux à parois lisses, de *canaux* de même nature, de *pelotons adipeux*; une poche se prolonge dans la substance même du testicule. La plupart des kystes sont remplis par un magma blanchâtre, par des *cellules épithéliales cylindriques à cils vibratiles*, etc.; en certains points durs on trouve de véritables *lamelles osseuses*.

L'examen microscopique d'un des bourgeons dermoïdes y démontre un épithélium pavimenteux stratifié, des *glandes en tube*, des follicules pileux, des *fibres musculaires lisses*, des *glandes muqueuses*; au niveau des canaux excréteurs, des travées osseuses à corpuscules étoilés, et quelques fragments de cartilage hyalin.

M. Verneuil profite de cette occasion pour rapporter une observation inédite qu'il a recueillie avec M. Léon Labbé, en 1858, à l'hôpital Cochin. Il s'agit d'un garçon de quatorze ans qui, depuis un an, s'était aperçu que la moitié droite du scrotum était gonflée. Mais son père raconte que le mal remonte presque à la naissance, car, lorsque l'enfant revint de nourrice, le testicule droit présentait déjà un volume beaucoup plus considérable et affectait une forme presque carrée. La tumeur, grosse comme un œuf de poule, dure et irrégulière, est prise pour un sarcocèle : la castration est pratiquée et suivie de succès.

L'examen de la tumeur montre que la tumeur est implantée en dehors du testicule, qu'on retrouve sain, et qu'elle est formée surtout par des kystes renfermant des liquides divers, matière d'apparence sébacée, fluide, mucilagineuse, poils; dans l'intervalle des poches kystiques, masses adipeuses, grains cartilagineux, etc.

L'examen microscopique précise ces données : on reconnaît des cellules épidermiques, des cristaux de cholestérine, des poils courts, follets, incolores, dépourvus de bulbe, très-nombreux ; sur la paroi du kyste, poils avec bulbe et glandes sébacées. Dans un kyste, on trouve deux masses consistantes : l'une arrondie, grosse comme une cerise ; l'autre allongée, cylindrique, longue de 2 centimètres environ sur 1 centimètre à peine de diamètre. Creuses à l'intérieur, elles présentent une cavité au quart remplie de mucus; la paroi est constituée par une couche de fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif, et supporte une véritable muqueuse avec glandes tubuleuses, papilles et cellules cylindriques. Il s'agit, sans aucun doute posssible, de deux segments d'intestin grêle, isolés l'un de l'autre et juxtaposés.

Ailleurs, des noyaux cartilagineux, très-analogues aux cartilages aryténoïdes, permettent de même d'affirmer l'existence d'un vestige de larynx. Tels sont les faits les plus intéressants de cette observation.

D'autres cas, depuis 1855, ont été publiés par Tilanus, par Heschl (de Krakau), par Kocher.

En 1862, Julius Geinitz (d'Altenburg), publie l'*Extirpation d'un kyste dermoïde avec os et cheveux siégeant dans le scrotum*. Il s'agit d'un enfant de trois ans, auquel ce chirurgien pratiqua l'extirpation d'une tumeur arrondie, ayant envahi tout le scrotum, pendant jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, refoulant en haut le testicule gauche et le pénis, et remontant presque jusqu'à l'anneau inguinal. Par une dissection attentive, on reconnut l'existence des kystes, et on respecta le testicule, qui ne fut pas enlevé avec le reste de la tumeur, comme cela a été fait dans la plupart des cas. La guérison fut obtenue après des accidents fébriles sérieux.

Les bulletins de la Société anatomique de 1864 renferment une observation importante à cause des détails cliniques et des notes histologiques dues à MM. Robin et Cornil. M. Cruveilhier fit sur ce cas un rapport assez étendu :

Inclusion scrotale viscérale. Tumeur encéphaloïde de l'épididyme. Infection générale. Mort six semaines après la castration, par M. Spiess, interne du service de M. Richet, à la Pitié, en 1864. — Cette observation concerne un garçon de restaurant, âgé de vingt-quatre ans, qui avait vu son testicule se développer à la suite d'un froissement de cet organe en montant à cheval, trois ans auparavant.

La castration fut pratiquée par M. Richet; mais le malade succomba six semaines plus tard.

Cette masse morbide renfermait principalement du cartilage, avec le caractère fœtal, et des kystes contenant de la matière sébacée semblable à celle de l'enduit fœtal et des kystes pileux de l'ovaire : cette substance était accompagnée de poils. Entre les kystes et le cartilage se trouvent quelques fragments osseux, et un tissu rougeâtre formé principalement de corps fusiformes, de noyaux, de corps fibro-plastiques, etc.

En 1871, M. Ed. Lang (d'Innsbruck) publia une longue observation d'un enfant âgé d'un an et demi, chez qui l'on enleva avec succès une tumeur du volume d'un œuf de poule contenant des kystes cutanés et des kystes muqueux.

M. Verneuil se demande si tous ces nouveaux faits, qu'il ajoute à ceux qu'il avait déjà relevés en 1855, éclairent beaucoup la question et dissipent les obscurités signalées jadis? Il ne le pense pas. Toutefois, plusieurs circonstances paraissent confirmer ce qu'il avait déjà avancé.

Jusqu'à ce jour, on n'a pas encore vu les deux côtés pris à la fois, c'est-à-dire l'inclusion double ou bilatérale.

La tumeur se développe parfois dans les couches sous-cutanées du scrotum, en dehors de la glande séminale; elle peut, dans d'autres cas, être primitivement étrangère et se trouver en connexion intime avec le testicule avant sa descente. L'indépendance absolue ou la fusion complète du testicule et de la tumeur peuvent se rencontrer, ainsi que toutes les dispositions intermédiaires.

L'inclusion est ordinairement extra-glandulaire, et les observations établissant que le sac fœtal peut siéger dans l'intérieur même de la glande séminale sont encore à produire.

Quant à l'anatomie pathologique, les vestiges d'organes trouvés dans ces tumeurs, jusqu'en 1855, appartenaient presque exclusivement aux parties qui dérivent du feuillet externe, du blastoderme, et les organes splanchniques n'étaient jusqu'alors représentés que d'une manière équivoque. En effet, on ne pouvait citer alors qu'un sac renfermant du méconium et une espèce de poche à paroi musculaire, rappelant la structure d'un viscère creux, intestin ou vessie. Or, depuis, des tronçons d'intestin ont été vus nettement par M. Verneuil et par M. Lang, qui a noté aussi la présence de quelques glandes muqueuses. Personne n'a retrouvé de substance cérébrale ni de cordons nerveux distincts, et nul encore n'a constaté l'existence des muscles striés.

Le diagnostic de l'inclusion scrotale n'a pas été fait d'avance par les chirurgiens contemporains, pas plus que par leurs prédéceseurs, André, de Péronne et Velpeau exceptés. La ponction exploratrice ne pourrait même le permettre qu'autant que le trocart amènerait quelques poils ou au moins du magma épidermique pour que l'on songeât à des débris de fœtus. C'est par les signes cliniques qu'on arriverait le mieux au diagnostic; aussi y a-t-il lieu de s'étonner qu'on ait fait si peu d'attention à la congénitalité, à l'indolence, à la marche lente, etc.

Le traitement dans la plupart des cas a été la castration, qu'à la rigueur on aurait pu remplacer par l'extirpation dans le fait de Bœckel. Si elle est possible, l'extirpation avec conservation du testicule doit être recommandée ; cependant, dans les deux seuls cas où ce procédé a été mis en usage, on a vu survenir des accidents fort graves, allant jusqu'à la mort chez l'opéré de Velpeau.

Après une discussion minutieuse des faits, en 1855, M. Verneuil était arrivé à conclure que tous les cas connus jusqu'alors se rapportaient à la monstruosité par inclusion, et qu'il fallait en conséquence donner à cette affection le nom d'inclusion scrotale ou testiculaire. Les faits nouveaux ne l'ont pas fait encore changer d'avis. « Enfin, » dit en terminant M. Verneuil, « s'il faut vous exprimer mon sentiment sur les diverses hypothèses, anciennes ou récentes, destinées à expliquer la monstruosité par inclusion et la formation de kystes dermoïdes, et la fréquence des tératomes dans l'ovaire ou dans le testicule, je vous dirai tout nettement qu'aucune ne me satisfait. En conséquence, au lieu de vous entretenir de l'hétérotopie plastique, de la puissance prolifique particulière du testicule, de l'hermaphrodisme des deux glandes séminales mâle et femelle à une certaine période de développement, des propriétés de l'épithélium germinatif, de la fécondation des deux germes dans un seul ovule ou de la parthogénèse, je préfère vous dire que rien n'est encore décidé et vous engager à attendre qu'une nouvelle lumière ait éclairé ce coin obscur de la science. »

SIGNE DIFFÉRENTIEL

ENTRE LES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX, SÉREUX OU PURULENTS (1)

Par M. le professeur Guido Baccelli (de Rome).

Il y a déjà plus de dix ans que, recherchant dans l'ordre des phénomènes physiques s'il pouvait y avoir un signe différentiel entre les épanchements pleuraux, les séreux et les purulents, je m'étais aperçu que les vibrations sonores de la respiration, de la voix et de la toux traversaient d'une manière différente les différents liquides épanchés.

Contrairement à tout ce qui était admis jusqu'alors, j'ai pu reconnaître qu'une masse liquide pouvait dans certains cas transmettre la *voix aphoniquement syllabée*, et que cette masse liquide, par conséquent, pouvait être traversée dans toute sa profondeur par les vibrations les plus légères et avec une étonnante précision. Dans d'autres cas, au contraire, il n'y avait rien de pareil.

Depuis 1862, j'ai publié mon premier travail sous ce titre : *De la Pectoriloquie aphonétique, et de la Diplophonie, pouvant servir comme nouveaux signes pour préciser le diagnostic des cavernes pulmonaires.*

Bien des années se sont écoulées avant que personne n'eût repris cette étude en France. M. Budin, le 22 février 1873, publia un mémoire à ce sujet, dans le compte-rendu de la Société de biologie. Ensuite M. Mermet fit sa thèse inaugurale, en 1876, sous le titre : *Quelques recherches sur la pectoriloquie aphone.* Il est donc de toute évidence que M. Budin, M. Mermet et après lui M. Tripier n'ont fait que répéter et confirmer mes études à l'égard du diagnostic des cavernes pulmonaires, quoiqu'on eût complètement oublié de me tenir compte de la priorité de mes recherches.

Les choses en étaient à ce point pour la pectoriloquie aphonétique comme signe des cavernes pulmonaires, et, de son côté, un de vos éminents collègues, M. Guéneau de Mussy, dans un travail ayant pour titre : *Quelques considérations sur les signes physiques de la pleurésie,* avait vulgarisé en France ma découverte de la transmission des sons à travers les liquides endopleuriques de différente nature, publiée à Rome en 1875.

Je dois insister sur la considération que mon travail avait deux parties distinctes : l'une de physique médicale générale, l'autre d'application clinique. M. Guéneau de Mussy, s'appuyant sur cette seconde partie, a appliqué le nom de *pectoriloquie aphone* à la voix qui traverse les épanchements séreux et sérofibrineux, confirmant de la sorte le fait que je nommais : *la voix aphonique nettement syllabée* pour éviter toute ambiguïté dans l'exacte appréciation du phénomène.

En même temps que M. Guéneau de Mussy faisait connaître en France mon étude, M. Gerhardt, professeur de clinique médicale à Wurzbourg, la répandait en Allemagne, et je leur dois l'attention que le monde scientifique a prêtée à cette doctrine.

En Allemagne, Helmholtz, Friedreich, Gerhardt et d'autres savants ont étudié la question, et un travail très-récent, rédigé sous la direction du clinicien de Wurzbourg, confirme de point en point toute ma théorie.

Dernièrement, M. Tripier de Lyon a fait des objections auxquelles je désire faire une courte réponse devant vous, qui êtes le plus haut tribunal scientifique de la France.

M. Tripier a publié cette année une brochure : *De la valeur de la voix aphone dans le diagnostic de la nature des épanchements pleurétiques.* Je regrette que, tout en citant mon premier travail de 1875, il n'ait pas eu connaissance de celui de 1877. Je pense que cela lui aurait évité une de ses objections.

Voici ce qu'il dit : « La transmission de la pectoriloquie aphone est en rapport avec la présence du souffle bronchique, et celui-ci offre la mesure quantitative de la pectoriloquie aphone, » et il rapporte des cas d'épanchements séreux sans souffle bronchique, et partant sans pectoriloquie aphone, et réciproquement des cas d'épanchements purulents avec souffle bronchique et une pectoriloquie manifeste.

Que le soufffe bronchique et la parole aphoniquement articulée aillent de conserve dans leur transmission à travers certains liquides, c'est précisément ce que j'ai soutenu, au point que j'ai parlé de *transmission des sons,* c'est-à-dire de la respiration de la voix et de la toux, et pas seulement de la pectoriloquie aphone. En effet, j'ai insisté sur ce que le bruit de la respiration broncho-vésiculaire et bronchique se transmet ou ne se transmet pas au même titre que la parole aphoniquement articulée ; par conséquent il faut de l'attention pour éviter un cercle vicieux.

M. Tripier, ayant voulu subordonner l'existence de la pectoriloquie aphone à la présence du souffle bronchique, est allé trop loin, ainsi que l'expérience clinique le démontre. En effet, dans les épanchements initiaux, lorsque le poumon est encore peu comprimé dans l'angle costo-diaphragmatique et qu'il n'y a et qu'il ne peut pas y avoir de résonnance bronchique, *la parole aphoniquement syllabée se transmet manifestement* dans un étroit espace, et cela est un précieux critérium pour reconnaître l'épanchement au début, lorsqu'il n'est pas toujours facile de le reconnaître par d'autres symptômes. Je suis heureux que l'un de vos savants collègues, M. Peter, ait pu constater lui-même le fait que je viens de signaler.

Je me suis demandé comment un médecin aussi distingué que M. Tripier a pu faire des observations qui semblent contredire ma doctrine. Je pense que M. Tripier, au lieu de constater des sons à travers la masse du liquide, a eu affaire avec des sons produits alentour et à la couche superficielle de l'épanchement. J'ai démontré que, dans ces endroits de la masse d'un liquide dense, non homogène et corpusculé, et que, lorsque l'interligne du poumon comprimé et du liquide est plus inégale, l'intensité des sons peut être plus grande. C'est là un phénomène de réflexion qui augmente l'intensité des sons, et, si on ne met pas tout le soin nécessaire pour atteindre à une grande finesse d'auscultation, on peut être induit en erreur, parce que les ondes sonores qui se transplantent à la surface thoracique externe, lorsqu'elles ne sont pas interrompues par quelque moyen approprié, peuvent transmettre à l'oreille des sons n'émanant pas de la masse hydrique convibrante.

Je maintiens donc les conclusions données dans mes publications, à savoir :

1° Que la vibration sonore dans un fluide est en raison inverse de la densité, de la corpusculation et de l'hétérogénéité ;

2° Que la faculté conductrice s'amoindrit notamment par la non-homogénéité du liquide et par la corpusculation ;

3° Que l'hétérogénéité du liquide se mesure à la quantité des détritus pseudo-membraneux et des flocons albumino-fibrineux, et particulièrement à la présence des leucocytes, cellules épithélioïdes, pyoïdes et purulentes ;

4° Que les caractères externes d'un liquide, couleur, épaisseur, opacité, viscosité, n'en démontrent pas toujours fidèlement la nature intrinsèque, laquelle doit être élucidée par l'analyse microchimique ;

5° Que la viscosité d'un liquide, au point d'en devenir extraordinairement filant, ne diminue pas d'une manière notable la transmission des plus faibles sons, lorsqu'il est très-homogène.

(1) Note lue à l'Académie de médecine, séance du 10 septembre 1878.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

220. Hays. — Contribution à l'étude de la sacro-coxalgie.

221. Faure. — Du soulèvement de l'artère sous-clavière étudié comme signe diagnostique nouveau de la dilatation supérieure de l'aorte.

222. Petit. — De la meningite suppurée dans l'endocardite ulcéreuse.

223. Rafinesque. — Étude sur les invaginations intestinales chroniques.

224. Saucet. — Influence de la syphilis sur l'évolution de la paralysie générale.

225. Pelan. — Étude clinique sur la phthisie laryngée.

226. La Vieille. — Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants et de son traitement par le salicylate de soude.
227. Allais. — De l'anesthésie dans le croup.
228. Ardouin. — Coup d'œil sur l'histoire de l'électro-thérapie.
229. Félissent. — De quelques accidents consécutifs aux explorations vaginales.
230. Boyt. — Du traitement des brûlures par le pansement à l'acide phénique.
231. Coulon. — Étude sur le mécanisme de l'accommodation de l'œil.
232. Magne. — Des paralysies diphthériques.
233. Foucher. — De la rotation de la tête dans les positions occipito-postérieures.
234. Roger. — Signes, diagnostic et terminaison du cancer du pylore.
235. Chiron. — Essai sur les kystes des mâchoires.
236. Coutisson. — Effets physiologiques et thérapeutiques de la cantharidine dissoute dans le chloroforme.
237. Viard. — De l'épilepsie d'origine syphilitique.
238. Edelmann. — Sur quelques causes d'intoxication saturnine.
239. Vielle. — Quelques considérations sur l'épilepsie et plus spécialement sur l'épilepsie associée à de certaines malformations du corps en général et de la tête en particulier.
240. Méchain. — Considérations sur quelques cas de pneumothorax double.
241. Calmettes. — De la suture médio-frontale ou métopique.
242. Folliet. — De la fièvre ntermittente chez les enfants en bas âge.
243. Porak. — Considérations sur l'ictère des nouveau-nés et sur le moment où il faut pratiquer la ligature du cordon ombilical.
244. Lefèvre. — De l'influence des flueurs blanches sur la santé générale de la femme et sur chacun de ses organes en particulier.
245. Pellier. — De la luxation extra-caracoïdienne de l'épaule, luxation en haut des auteurs, sus-caracoïdienne de Malgaigne.
246. Largillière. — Essai sur la rétraction de l'aponévrose palmaire.
247. Dulac. — Étude sur la syphilis contractée à un âge avancé.
248. Angelé. — Contribution à l'étude des névralgies au point de vue de leur nature et de leur traitement par les injections irritantes.
249. Brivois. — Des paralysies traumatiques du membre inférieur consécutives à l'accouchement laborieux.
250. Leroux. — Contribution à l'étude des kystes de la glande vulvo-vaginale.
251. Callen. — De l'hypertrophie du cœur dans l'emphysème pulmonaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 septembre 1878, M. le docteur Ovion, adjoint au maire de Boulogne-sur-Mer, a été nommé chevalier de la Légion-d'honneur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'anatomie. 2e édition du Résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

De l'Accommodation en obstétrique, par le docteur J. Martel, chef de clinique d'accouchement. In-8° de 150 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1878, J.-B. Baillière et fils.

Des Paralysies diphthériques, par le docteur Paul Magne, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 82 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Octave Doin.

De l'Assistance aux filles mères et aux enfants abandonnés, par le docteur Gustave Drouineau, chirurgien adjoint des hospices civils de la Rochelle, etc. — Prix : 2 fr. — Paris, G. Masson.

De la Névrite dans l'intoxication saturnine, par le docteur Lespille-Moutard. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1878, Alexandre Coccoz.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 108. — MARDI 17 SEPTEMBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 17 SEPTEMBRE 1878. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Bronchite généralisée avec broncho-pulmonie chez un alcoolique. — Autopsie.

Les pièces anatomiques que vous avez sous les yeux proviennent d'un malade qui était couché au n° 24 de la salle Saint-Charles, et dont voici en quelques mots l'observation.

C'était un homme de quarante-cinq ans, valet de chambre, et qui, à en juger par son apparence extérieure, avait l'habitude de se livrer à un usage immodéré de boissons alcooliques, quoiqu'il nous affirmât le contraire, Il paraissait très-fatigué et ses traits indiquaient un état de débilité profonde. Mais ce qui frappait surtout en lui, c'était un embonpoint énorme et tel qu'on ne le rencontre pas ordinairement chez les gens qui sont accoutumés à travailler de leurs mains.

Interrogé sur ses antécédents pathologiques, il déclarait avoir été traité à l'Hôtel-Dieu, en 1868, pour un kyste du foie dont il aurait été opéré d'après le procédé de Récamier. Il présente, en effet, à la région hypochondriaque droite, des cicatrices bridées qui paraissent bien résulter d'une application de caustiques.

A sa sortie de l'hôpital et quoique sa tumeur eût, dit-il, complètement disparu, cet homme ne recouvra pas sa santé parfaite : il avait alors des étouffements fréquents, l'haleine courte; il s'enrhumait très-facilement, enfin ses nuits étaient agitées et son sommeil troublé par des rêves pénibles. Ces phénomènes, joints à cette obésité si prononcée et qu'on observe rarement parmi les gens de sa profession, nous firent immédiatement penser que nous étions en présence d'un alcoolique. En effet, les phénomènes qu'il présenta pendant le cours de sa maladie ne tardèrent pas à nous confirmer dans cette opinion.

Les choses en étaient là quand, quatre ou cinq jours avant de se présenter à notre consultation, cet homme commença par éprouver, au côté gauche de la poitrine, une douleur assez vive; son oppression redoubla; il eut de la toux avec une expectoration qui, disait-il, contenait un peu de sang. Enfin de la fièvre, de la céphalalgie, la disparition de l'appétit, un sentiment de courbature générale, mais sans frisson initial, vinrent se joindre à ces premiers phénomènes; c'est alors que, le 15 décembre, voyant sa maladie se prolonger malgré l'application d'un large vésicatoire au côté gauche de la poitrine, cet homme se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment, la fièvre était assez modérée, la température était à 39°,3; le pouls battait 100 pulsations par minutes. Le malade était couché sur le dos et abattu; sa figure, violacée, indiquait que la respiration se faisait mal; néanmoins, à part son état de débilité profonde, il ne paraissait pas très-malade. Joignez à cela une toux pénible, fréquente, et une dyspnée telle que l'on comptait quarante-quatre respirations par minutes.

A l'auscultation et à la pression, on constatait des signes physiques assez particuliers. Dans toute l'étendue de la poitrine, à droite comme à gauche, on n'entendait que des râles sibilants. La sonorité était normale partout, sauf à la base du poumon gauche, à la partie inférieure et latérale de cette région, où, dans l'étendue d'environ la largeur de la main, il existait une légère matité relative. En cet endroit également, l'oreille appliquée sur la poitrine percevait, mélangée aux râles sibilants, des crépitations ne ressemblant nullement aux râles fins de la pneumonie, mais inégales, humides, à bulles un peu grosses et se manifestant aux deux temps de la respiration.

Le lendemain, 16, comme la langue était sale, comme le malade accusait une absence complète d'appétit et que, d'autre part, l'expectoration se faisait difficilement, on lui fit prendre 1 gr. 50 d'ipéca, à la suite duquel il eut un vomissement qui procura quelque soulagement.

Le 17 décembre, mêmes symptômes que les jours précédents, et mêmes signes physiques. Mais la prostration avait augmenté, et de plus le malade avait eu pendant la nuit un peu de délire ou plutôt de subdelirium, car il répondait encore avec intelligence aux questions qu'on lui adressait.

Ce jour-là, cependant, il se produisit chez lui quelque chose de particulier, je veux parler d'une expectoration de nature spéciale qui persista pendant les deux jours qui suivirent. Elle consistait dans des crachats ressemblant tout à fait à de la confiture de groseilles, roses, un peu foncés, un peu transparents, mais peu visqueux et peu adhérents au vase qui les contenait; en un mot, semblables, au premier abord, aux crachats pneumoniques. Cependant il y avait entre ceux-ci et l'expectoration rendue par notre malade une différence que je tiens à bien établir. En effet, les crachats de la pneumonie ressemblent bien plutôt, passez-moi cette expression vulgaire, à de la marmelade d'abricots qu'à de la gelée de gro-

seilles; ceux de notre malade étaient plus roses, plus rouges; il semblait qu'il n'y eût pas, dans l'intérieur des bronches qui les sécrétaient, un mélange aussi intime de sang et de mucus que dans la pneumonie vraie, légitime; de plus ces crachats étaient moins visqueux, moins adhérents que ceux qui caractérisent l'inflammation franche du poumon. En d'autres termes, c'étaient plutôt des crachats hémoptoïques, semblables à ceux qui surviennent dans les hémoptysies, alors que l'hémorrhagie touche à sa fin. Cette expectoration méritait donc une attention spéciale.

C'est alors que je vis le malade pour la première fois. En présence de ces phénomènes, je prescrivis immédiatement une saignée dans le but de diminuer l'oppression. On recueillit environ 450 grammes de sang qui le lendemain présentait les caractères suivants : il s'était formé à la surface du quide une couenne très-dense, de quatre millimètres d'épaisseur, et tellement tenace qu'on pouvait soulever le caillot tout entier sans qu'il se déchirât. Il y avait là, en un mot, ce que l'on observe dans les maladies franchement inflammatoires, dans la pleurésie, dans le rhumatisme articulaire aigu et surtout dans la pneumonie vraie, légitime. Aussi ce phénomène, dans une affection que, comme je le dirai plus loin, je ne considérais pas comme une pneumonie lobaire, m'ébranla-t-il pendant quelques instants ; il m'obligea à me demander s'il n'y avait pas, avec la bronchite, une pneumonie centrale dont les signes, en raison de sa situation profonde, n'arrivaient pas jusqu'à l'oreille.

J'ajouterai que, malgré nos soins, l'état de cet homme a empiré. La température, sans être très-élevée, est restée jusqu'à la fin à 39,5; le malade est tombé dans une prostration de plus en plus profonde; le subdelirium, qui jusque-là ne s'était produit que la nuit, se prolongea pendant le jour; enfin des phénomènes d'asphyxie se manifestèrent, et cet homme finit par succomber cinq jours après son entrée dans nos salles.

Quel était le diagnostic de la maladie à laquelle nous avions affaire? D'après la dyspnée, d'après la toux et les caractères de l'expectoration, d'après les signes physiques qui consistaient dans l'existence de râles sibilants répandus dans presque toute l'étendue de la poitrine et dans les résultats presque négatifs de la percussion, nous avions pensé qu'il s'agissait chez ce malade d'une bronchite généralisée dans laquelle les grosses et les petites bronches étaient également intéressées et qui, outre sa gravité propre, empruntait un caractère fâcheux tout particulier à ce fait qu'elle survenait chez un homme déjà atteint d'emphysème pulmonaire, affection qui nous paraissait, en effet, suffisamment démontrée chez lui par cette respiration courte et pénible, par de la toux survenant tous les matins, et enfin par la facilité très-grande avec laquelle il s'enrhumait. Nous expliquions ainsi et la dyspnée intense et la teinte violacée de la face et des extrémités. Quant à la prostration, à l'affaissement considérable qu'il nous présentait, nous l'attribuions à ses habitudes alcooliques.

Mais, comme je vous l'ai dit, il y avait dans l'état de ce malade un point qui ne nous semblait pas aussi clair que le reste. Avait-il, avec sa bronchite généralisée, soit une pneumonie, soit une broncho-pneumonie? La douleur de côté, très-vive, que le malade avait accusée au début de sa maladie et qui avait nécessité l'application d'un vésicatoire, les râles sous-crépitants très-tranchés qui existaient à la base du poumon gauche, la légère submatité que nous avions perçue à la percussion en cet endroit, enfin, fait significatif, cette expectoration qui à un certain moment avait contenu du sang, et la couenne abondante qui s'était formée aux dépens du produit de la saignée, semblaient d'abord faire croire à l'existence d'une pneumonie franche. Néanmoins nous ne pensions pas qu'il en fût ainsi, et, malgré la présence du sang dans les crachats, malgré la formation d'une couenne inflammatoire, nous admettions que nous avions affaire chez ce malade à une pneumonie lobulaire, c'est-à-dire à une inflammation ayant son point de départ dans l'élément bronchique plutôt que dans l'élément pulmonaire lui-même. Nous nous fondions pour émettre ce diagnostic sur les caractères de l'expectoration qui étaient, comme je l'ai dit, hémoptoïques plutôt que pneumoniques.

D'autre part, les signes que nous percevions à l'auscultation ainsi qu'à la percussion n'indiquaient pas que le poumon fût arrivé soit à la seconde, soit à la troisième période de l'hépatisation ; il n'y avait ni souffle tubaire, ni bronchophonie; la respiration était bien un peu rude, un peu sonore, mais ce bruit n'était pas du souffle tubaire à proprement parler; il rappelait plutôt ce phénomène que Laennec a décrit sous le nom de souffle voilé, qui précède en quelque sorte le souffle tubaire, mais qui n'indique pas que l'air passe dans des tuyaux bronchiques entourés de tissu pulmonaire induré.

Ainsi, bronchite généralisée avec broncho-pneumonie, compliquée très-probablement de congestion du tissu pulmonaire autour des bronches malades, avec propagation de l'inflammation en un point d'ailleurs très-limité de la plèvre: tel est le diagnostic que nous avions posé.

L'autopsie est venue confirmer en grande partie notre appréciation. Voici, en effet, ce que l'on constate.

Le cœur présente une surcharge graisseuse considérable. Il offre, à la coupe, sur la valvule mitrale une petite plaque d'incrustation calcaire qui empêche celle-ci d'obstruer complètement l'orifice sous-jacent. Il y avait donc chez cet homme une insuffisance mitrale peu prononcée, il est vrai, et que la couche de graisse extérieure, en ne laissant les bruits arriver à notre oreille que sourds et éloignés, nous a empêché d'apprécier pendant la vie.

Les reins disparaissent également sous une enveloppe de graisse considérable. A la coupe ils ne présentent pas trace de dégénérescence graisseuse.

Du côté du foie, c'est en vain qu'on recherche les vestiges de ce kyste dont cet homme avait subi la ponction à l'Hôtel-Dieu. Mais, comme les autres organes, il est recouvert de tissu adipeux abondant et, de plus, considérablement augmenté de volume. Il pèse en effet 2,400 grammes, au lieu de 1,600, chiffre normal. Nous avons donc, dans ces faits, la confirmation de ce que nous avons établi relativement aux habitudes alcooliques de notre malade.

Quant aux poumons, voici ce qu'ils présentent de particulier. A gauche, la plèvre est beaucoup plus enflammée que nous ne l'avions supposé. Il n'existe pas, il est vrai, d'épanchement, mais tout le poumon de ce côté est englobé par une pseudo-membrane épaisse et résistante.

Avec cette pleurésie, qui n'était qu'un épiphénomène, et qui ne pouvait à elle seule amener la mort, puisqu'il n'y avait pas d'épanchement comprimant le poumon, nous trouvons cet organe très-rouge, peu aéré, en un mot présentant une congestion extrême. De plus, en pressant sur les petites bronches on en fait sourdre une quantité considérable de liquide qui n'est autre que du muco-pus, et qui est la meilleure preuve que nous puissions invoquer en faveur de cette bronchite généralisée que nous avions diagnostiquée. A la

partie antérieure des poumons, vous pouvez également constater les lésions propres à l'emphysème.

Enfin, dans le poumon gauche, à l'endroit précis où nous avions perçu pendant la vie des râles sous-crépitants, on trouve des parties disséminées par places dans lesquelles le poumon est, non pas induré, mais singulièrement ramolli. Toutefois, à ce niveau, la coupe est inégale et présente des petites granulations semblables à celles de la pneumonie franche.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. E. MEYER.

Des affections du tractus uvéal dans leurs rapports avec les troubles de la vie sexuelle chez la femme.

Par M. Virgile CAUDRON, chef de clinique.

Depuis longtemps, les liens étroits qui rattachent les maladies des yeux à la pathologie générale ont été nettement établis, et l'on a noté le retentissement que peuvent avoir sur l'organe de la vision les affections du cœur, des reins, des centres nerveux, la syphilis, la scrofule, le rhumatisme, la glycosurie, l'hystérie, la tuberculose, etc.

Il est une classe de maladies qui me paraissent avoir, elles aussi, une action indéniable dans le sens qui nous occupe, mais peut-être leur rôle a-t-il été moins soigneusement mis en relief: je veux parler des maladies spéciales à l'appareil sexuel chez la femme. Attaché depuis plusieurs années en qualité d'interne à la clinique du docteur Meyer, j'ai eu l'occasion d'observer bon nombre de cas à l'appui de cette idée sur laquelle M. Meyer avait dès longtemps et à différentes reprises appelé mon attention; j'en ai réuni un certain nombre qui me paraissent offrir un intérêt clinique réel.

Les deux observations qui suivent ont trait à l'établissement de la menstruation et aux troubles qui l'accompagnent chez un certain nombre de jeunes filles. La première établit nettement la corrélation que nous voulons faire ressortir.

OBSERVATION I. — Le 17 mai 1877, se présente à la clinique une jeune fille de dix-huit ans, Marie H..., exerçant la profession de couturière. Grande et d'apparence robuste, cette jeune personne présente, si on l'examine de plus près, les attributs du tempérament lymphatique. Elle a eu, étant enfant, la coqueluche et la variole, puis plusieurs poussées de kérato-conjonctivite qui n'ont pas laissé de traces.

Réglée à quatorze ans et demi, elle présente, à dater de ce jour, une histoire médicale du plus haut intérêt.

L'établissement du flux menstruel a été précédé chez elle de courbature, de céphalalgie extrêmement vive, de tintements d'oreilles, de nausées et de vomissements. Mais, à ces troubles, observés si fréquemment qu'ils sont devenus classiques, s'est joint, deux jours avant l'apparition des règles, brusquement, un phénomène insolite: sa vue a baissé au point de la rendre incapable de tout travail. L'écoulement, fort peu abondant, n'a duré qu'un jour. Le lendemain, tous les accidents ont diminué notablement d'intensité, la force visuelle a gagné. Cinq à six jours plus tard, tout est rentré dans l'ordre. Les mêmes phénomènes se sont produits les mois suivants et ainsi, sans interruption, jusqu'au mois de mars 1877. Vers cette date, Marie H... remarque que les troubles de la vue auxquels elle n'accordait qu'une importance médiocre, parce qu'ils disparaissaient en même temps que les maux de tête à la suite du flux cataménial, ont, cette fois, diminué seulement d'intensité et persisté entre deux époques. Dans les premiers jours d'avril, la baisse de la vision s'accentue au point d'obliger la jeune fille à abandonner son travail. Elle tergiverse, malgré ses inquiétudes trop bien justifiées, et ne se présente à la consultation que le 17 mai suivant.

17 mai: jour sombre. La force visuelle est examinée tout d'abord. De l'œil droit, la malade lit à une distance de six mètres le nº 14 des échelles typographiques de Snellen, soit 1/4 de la force visuelle normale; de l'œil gauche elle peut seulement compter les doigts à 2 mètres 1/2.

Le champ visuel est normal pour l'œil droit, légèrement rétréci dans le segment interne inférieur pour l'œil gauche. A l'éclairage oblique on aperçoit des taches couleur de rouille sur la capsule du cristallin et de nombreuses synéchies postérieures reliant l'iris à la cristalloïde, taches d'anciennes iritis. A l'ophthalmoscope le corps vitré présente un aspect jumenteux (épanchement récent) et renferme des opacités organisées, restes d'épanchements antérieurs. La choroïde est parsemée de plaques exsudatives plus larges et plus abondantes à mesure qu'on s'éloigne du pôle postérieur du globe. La malade est soumise à un examen complet qui ne révèle rien en dehors des faits précités. Aucune indication chez les ascendants.

Nous nous trouvons en présence d'une double irido-choroïdite avec synéchies postérieures multiples sous la dépendance manifeste de troubles d'une fonction physiologique: la menstruation.

M. le docteur Meyer indique le traitement suivant: cataplasmes chauds appliqués sur les yeux matin et soir pendant trois quarts d'heure et renouvelés dès qu'ils refroidissent, pour favoriser la résorption des épanchements du corps vitré. Vésicatoire permanent au bras. Pilules d'aloès (0 gr. 10 cent. à 0 gr. 20 cent. par jour) pour combattre la constipation et fluxionner l'utérus. Instillations d'un collyre de sulfate neutre d'atropine au 1/100 (cinq gouttes trois fois par jour) pour juger la résistance des synéchies et diminuer l'apport du sang. Frictions faites, matin et soir, sur tout le corps à l'aide d'un tampon de flanelle imbibé d'eau salée ou alcoolisée: stimulant énergique des fonctions de la peau pouvant suppléer à l'hydrothérapie inabordable ou contre-indiquée pour bon nombre de malades.

La force visuelle va s'améliorant lentement jusqu'au 4 juin. A cette date:

4 juin, jour clair, la malade lit, de l'œil droit, le nº 12 des échelles typographiques (1/2 de la force visuelle normale), de l'œil gauche elle compte les doigts à 5 mètres 1/2.

Le 13 juin, rechute au moment des règles.

Le 18 juin, M. Meyer nous signale un obstacle à une amélioration durable dans la présence des synéchies larges et nombreuses qui interrompent la communication entre la chambre antérieure et les parties profondes du globe, provoquent des tiraillements de l'iris et constituent, en dehors de la prédisposition générale, une cause d'irritation permanente pour l'œil. Il propose et pratique deux jours plus tard un large colobome artificiel à la partie supérieure de l'iris, de façon à ce qu'il soit masqué par la paupière supérieure.

Au bout de huit jours, la guérison de cette double opération est parfaite, et, un mois après, par un jour sombre, l'opérée lit, à six mètres de distance, de l'œil droit, le nº 9 des échelles (3/4 de la force visuelle normale), de l'œil gauche elle compte les doigts à 4 mètres 1/2.

En septembre, l'écoulement des règles devient plus abondant et dure deux jours au lieu d'un. La jeune fille note peu après un accroissement de sa vision. En effet, le 11 octobre, par un jour clair, elle lit, de l'œil droit, à 6 mètres de distance, le nº 6 des échelles (force visuelle normale), de l'œil gauche le nº 36 (1/6 de la force visuelle normale). Depuis, la force visuelle est restée stationnaire à l'examen méthodique, mais la malade affirme qu'elle a gagné en netteté. Elle accuse encore, au moment des règles, une depression brusque qui coïncide avec des phenomènes de congestion vers la tête; mais ces phénomènes sont bien moins accusés qu'autrefois et de durée moindre.

Lors du dernier examen, pratiqué le 20 mars 1878, nous avons pu constater que la tension des deux yeux est inégale. Elle paraît exagérée pour l'œil gauche qui présente, en outre, un état jumenteux du corps vitré et une foule de corps flottants minuscules se déplaçant à chaque mouvement du globe et exécutant, dans le corps vitré ramolli, un véritable chassé croisé comparable à celui que font les fragments de verre dans un kaléidoscope.

Les parties de la choroïde qui avoisinent la papille sont débarrassées des plaques exsudatives disparues sans laisser derrière elles d'atrophie de cette membrane; mais on retrouve des exsudats vers la périphérie, à la partie supérieure, l'examen étant fait à l'image droite. Le corps vitré de l'œil droit est sillonné, lui aussi, par des corps flottants, mais l'on n'y constate pas d'épanchement récent et l'on n'y trouve plus d'exsudats de la choroïde.

Dans l'observation qui précède, on voit l'affection du tractus uvéal débuter en même temps que les troubles qui accompagnent l'établissement de la menstruation, puis présenter, à chaque nouvelle époque, des phénomènes d'exacerbation Dans d'autres cas l'affection de la choroïde se manifeste dans les mêmes conditions, mais suit une marche indépendante même après la disparition de toute anomalie de la vie sexuelle.

L'observation qui suit en fournit un exemple.

Obs. II. — Jeanne M... est une jeune fille de seize ans, blonde, pâle, un peu frêle. Ses parents et son frère sont des ouvriers très-sains et robustes. Elle-même, en dehors des maladies de l'enfance, a joui, jusqu'en ces derniers temps, d'une santé régulière. Elle se présente à la clinique le 16 octobre 1876 et nous raconte les faits suivants :

En janvier 1874, surprise par la neige sur le chemin de l'école, elle commit l'imprudence de rester mouillée pendant plusieurs heures. Le lendemain, elle accusait du malaise, du coryza, une céphalalgie très-vive et un affaiblissement de la vue tel qu'elle pouvait difficilement se conduire. Il se déclara une bronchite pour laquelle l'enfant reçut des soins et qui guérit en moins de trois semaines. Les troubles de la vue persistaient. Deux mois plus tard, la menstruation s'établit sans provoquer de phénomènes anomaux. L'écoulement dura quatre jours, et la jeune fille observa qu'avec la première manifestation de cette fonction physiologique concordait une amélioration sensible de sa vue. Cette amélioration se poursuivit les jours suivants, si bien que, vers la fin de la première quinzaine d'avril, les troubles de la vision avaient complètement disparu. L'année suivante, vers la même date (janvier 1875) les mêmes accidents se reproduisirent. Pendant deux mois environ, la jeune malade éprouva des douleurs de tête accompagnées de troubles de la vue qui s'effacèrent avec lenteur et incomplètement. Dans les premiers jours d'octobre 1876, apparition des mêmes phénomènes plus accusés que les fois précédentes, et, huit jours plus tard, première visite de la malade à la clinique.

Le jour est clair, l'acuité visuelle des deux yeux est examinée séparément; Jeanne M... peut à peine compter les doigts de la main à 3 mètres. A l'éclairage oblique on trouve des taches de rouille sur la capsule du cristallin et quelques synéchies isolées, très-minces, traces d'anciennes iritis. A l'ophthalmoscope, le corps vitré offre un aspect jumenteux des plus prononcés indiquant des épanchements récents et de grosses opacités organisées provenant d'épanchements antérieurs. Il est impossible d'éclairer convenablement le fond de l'œil. Le jeu des autres organes est régulier; l'examen des diverses fonctions ne révèle rien d'intéressant. M. Meyer diagnostique une double choroïdite exsudative et conseille :

Des compresses trempées dans l'eau chaude, additionnée, pour un bol, d'une cuillerée d'eau de laurier cerise;

Des instillations d'atropine ;

A l'intérieur, l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour.

Le 23 octobre, amélioration légère, la malade compte les doigts à 4 mètres. On peut, avec quelques difficultés, apercevoir des taches exsudatives de la choroïde.

La lumière pénètre au fond de l'œil dans l'intervalle des corps flottants mobiles dont le corps vitré est farci. La présence en nombre considérable de ces épanchements organisés et leur extrême mobilité donnent l'explication d'un phénomène observé chaque fois que l'on examine la force visuelle de la malade. Il consiste dans un mouvement brusque de rotation de haut en bas que la jeune fille imprime à ses yeux pour déplacer les corps flottants qui gênent l'exercice de sa vision.

Le 25 octobre, poussée d'iritis aiguë à l'œil droit.

M. Meyer ordonne le calomel à doses fractionnées.

Calomel à la vapeur.	0 gr. 20 cent.
Sucre en poudre.	20 grammes.

F. s. a. divisez en vingt parties égales.

Un paquet d'heure en heure.

Surveiller la salivation et maintenir la bouche dans un état de propreté extrême à l'aide d'un collutoire au chlorate de potasse. Pour l'œil gauche, l'amélioration se poursuit.

Le champ visuel est pris le 14 novembre. Il est normal à gauche. Pour l'œil droit, il accuse un léger rétrécissement en haut et en dehors.

Le 18 novembre, M. Meyer fait commencer une cure d'inonctions. L'onguent mercuriel double est employé, en frictions, d'abord à la dose de *un gramme* par jour. On augmente de 0 gr. 50 cent. tous les deux jours jusqu'à 8 grammes par jour. Ces frictions sont pratiquées matin et soir par la malade, d'abord à la face interne des avant-bras, puis aux bras, aux jambes et aux cuisses successivement. Avant la friction, la peau est nettoyée soigneusement à l'aide d'eau chaude et de savon pour la rendre plus perméable. Après la friction, le membre est enveloppé de taffetas gommé et la malade absorbe un bol de tisane de salsepareille additionnée d'*un gramme* d'acétate d'ammoniaque pour favoriser l'absorption. La bouche est l'objet de soins minutieux. Le collutoire au chlorate de potasse est employé pendant et après les frictions. Il ne se produit du reste aucun accident de ce côté. La cure d'inonctions dure six semaines. Après ce délai, l'examen de la force visuelle donne les résultats suivants.

Œil droit. Compte les doigts de la main à 3 mètres;

Œil gauche. Lit le n° 17 des échelles typographiques à 6 mètres de distance (1/3 de la force visuelle normale).

Les frictions sont remplacées par l'iodure de potassium à l'intérieur à la dose de 1 gramme par jour pendant huit jours, puis 2 et 3 grammes dans les semaines qui suivent.

Le 6 février 1877, c'est-à-dire au bout de cinq semaines :

L'œil droit compte les doigts à 4 mètres ;

L'œil gauche lit le n° 12 des échelles à 6 mètres (1/2 de la force visuelle normale).

La jeune fille suit un traitement tonique et passe l'été à la campagne d'où elle revient au mois d'octobre avec une nouvelle amélioration de l'œil droit.

L'œil droit lit le n° 60 des échelles (1/10 de la force visuelle normale).

L'œil gauche lit le n° 12 (1/2 de la force visuelle normale).

Depuis cette époque, la situation est restée absolument la même.

La malade revient à la clinique de temps en temps. Ces jours derniers (3 avril 1878), la force visuelle et le champ visuel ont été examinés à nouveau; aucune modification n'a été constatée. Le corps vitré offre toujours un aspect jumenteux, moins prononcé il est vrai, et des corps flottants mobiles en nombre moindre qu'autrefois surtout à l'œil gauche. L'examen, par l'image droite, révèle sur la choroïde de l'œil droit la présence de plaques exsudatives et d'une grande tache atrophique de forme allongée, entourée d'une auréole de pigment située à la partie inférieure et interne, assez loin de la papille du nerf optique.

A gauche, on trouve des exsudats occupant la partie supérieure, mais aucune trace d'atrophie.

La jeune fille a pris pendant ces derniers mois un développement marqué. Elle présente aujourd'hui toutes les apparences d'une santé régulière.

A côté des observations que l'on vient de lire nous en possédons d'autres où l'irido-choroïdite se montre, soit dans le cours de la vie sexuelle troublée dans son évolution, soit au moment de la ménopause, en rapport direct avec les autres manifestations de l'âge critique. Ces faits cliniques feront le sujet de communications ultérieures.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

Quelques chirurgiens semblent croire que, pour guérir un anévrysme poplité, il est nécessaire d'obtenir une flexion excessive et douloureuse, et ils appuient cette idée, que le traitement est douloureux, sur ce fait que les personnes en santé ne peuvent supporter sans douleur une flexion forcée prolongée. C'est ainsi que M. Lawson Tait (*Med. Times*, 1867, t. II, p. 535) dit qu'il a essayé la flexion forcée sur lui-même et d'autres personnes en santé, et qu'aucun d'eux ne put la supporter au-delà d'un temps très-court. Mais ceci ne prouve rien. Dans la plupart des cas il est absolument inutile de recourir à une flexion exagérée, et son augmentation brusque est une grande erreur qui a probablement été la cause d'insuccès nombreux de la méthode. Les guérisons les plus rapides et les moins douloureuses que j'ai vues ont été obtenues sans flexion exagérée ou sans appareil d'aucune sorte, même un simple bandage. J'ai eu, dans ma pratique particulière, deux cas d'anévrysmes poplités guéris par la flexion en moins de deux jours. Dans le premier (*Brit. med. journ.*, 1868, t. I, p. 585), la flexion était jusqu'à un certain point forcée, c'est-à-dire que le membre était maintenu en position à l'aide d'un bandage fixé à un collier de cuir autour de la cuisse et de la jambe. Dans le second (*Brit. med. journ.*, april 6, 1872), la flexion forcée occasionna de vives douleurs; en conséquence, on engagea le malade à fléchir simplement la jambe lui-même aussi longtemps et aussi souvent que possible, la jambe reposant sur un coussin placé dans le lit, et, quand il serait fatigué de la position, à la changer légèrement. Après deux jours seulement de ce traitement, le bruit et les pulsations avaient disparu, et l'on sentait le développement de la circulation collatérale. Par précaution, la flexion volontaire fut continuée deux jours de plus.

J'ai revu souvent cet homme depuis sa guérison. La tumeur a disparu, mais l'élargissement des collatérales est demeuré permanent, ce qui prouve, à mon avis, que l'artère est oblitérée au niveau de l'anévrysme.

La guérison au moyen de la flexion volontaire n'est pas un fait exceptionnel. A peu près en même temps que mon malade guérissait, mon collègue, M. Rosen, avait à l'hôpital Saint-Georges un malade portant un large anévrysme qui, après sa solidification, avait le volume d'une orange ordinaire, chez lequel le même traitement eut le même résultat heureux, mais plus lent. Les deux cas suivants, d'origine française, prouvent qu'à l'étranger on reconnaît également l'efficacité de cette méthode si simple et si peu douloureuse.

Dans la *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 529, se trouve le récit, par M. Henry de (Clermont-Ferrand) d'un cas de guérison d'anévrysme poplité par la flexion volontaire. L'anévrysme était récent et peu volumineux. On avait d'abord essayé la compression mécanique qui ne put pas être supportée. En conséquence, dit M. Henry, « cette méthode fut abandonnée, et on conseilla au malade d'essayer la flexion sans aucun bandage ou appareil. Le malade, fort intelligent, comprit très-bien la raison de la position qu'on lui recommandait de prendre et de conserver le plus longtemps possible; aussi, pendant plusieurs heures de suite, il maintint sa jambe fléchie sur la cuisse. Il conservait la même position en s'asseyant, n'étendant la jambe que pour faire quelques pas de loin en loin. Après avoir persévéré dans cette position depuis le 27 octobre jusqu'au 3 novembre, les pulsations étaient devenues beaucoup moins fortes, et le 4 elles avaient complètement disparu. Tout ce dont le patient se plaignit pendant le traitement fut une sorte de crampe dans le tiers inférieur de la jambe. ».

Dans le même journal 1870, p. 99, M. Verneuil rapporte un cas d'anévrysme poplité dans lequel il y avait déjà eu des signes d'embolie dans l'artère au-dessous de la tumeur, suivis de gangrène d'un orteil, et la tumeur renfermait une certaine quantité de caillots.

On essaya l'emploi d'un sac de plomb, ce qui détermina de la douleur. On passa à la flexion forcée qu'il fallut remplacer, à la demande du malade, par la flexion volontaire; celle-ci fut réalisée en plaçant le pied du côté malade sous la cuisse opposée pendant une heure à la fois. Cette manœuvre fut répétée six fois les trois premiers jours et trois fois le quatrième; au bout de ce temps, la tumeur était définitivement solidifiée.

Le cas le plus satisfaisant de guérison d'anévrysme poplité par la génuflexion est le suivant, dans lequel deux anévrysmes poplités furent guéris par la flexion forcée maintenue chaque fois pendant sept heures seulement. Je suis redevable de cette observation inédite à M. Beufield de Leicester, qui a soigné le malade. C'était un homme de trente-huit ans, ancien soldat, qui avait servi en Crimée. De retour de cette campagne, il avait eu un rhumatisme aigu, mais il n'est pas indiqué qu'il ait eu d'autre maladie jusqu'à son admission à Leicester Infirmary en 1870, pour un anévrysme poplité du côté droit. La tumeur était de moyenne grosseur. La flexion forcée fut maintenue pendant sept heures, avec un succès complet. Les pulsations cessèrent et n'ont jamais reparu. En janvier 1874, cet homme se représenta avec un anévrysme plus petit, dans le jarret gauche, présentant des pulsations énergiques et un bruit intense. Il datait de six semaines. Le même traitement fut appliqué avec le même succès. La flexion fut maintenue pendant sept heures juste, mais, les douleurs devenant insupportables, il fallut suspendre. Les pulsations avaient disparu, la jambe et le pied étaient sensiblement froids. La tumeur anévrysmale diminua rapidement, et elle avait complètement disparu quand le malade quitta l'hôpital, trois semaines après.

Les indications de l'emploi de la flexion, c'est-à-dire les circonstances de nature à en faire espérer le succès, sont le petit volume et l'origine récente de la tumeur, l'intégrité et la solidité du sac, la présence d'une certaine quantité de caillots, l'arrêt ou du moins la diminution des pulsations sous l'influence de la flexion, enfin le fait que la position cause peu de gêne, que quelquefois même elle fait cesser les douleurs dues à l'anévrysme. Quand toutes ces circonstances se trouvent réunies, ou même que les plus importantes peuvent être constatées, nous sommes autorisés à espérer le succès de la génuflexion. Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, relativement à l'efficacité des autres méthodes dont nous pouvons mieux, je pense, apprécier les effets, il est peu rationnel de persister trop longtemps dans l'emploi de la flexion quand elle ne produit pas de bons résultats d'une manière évidente, et de risquer de faire par là le mal que quelquefois elle peut très-certainement occasionner.

(1). Suite. — Voir le numéro du 31 août.

OBSERVATIONS DE VARIOLE

Par le docteur Edmond Metzquer (de Montbozon).

J'ai eu l'occasion d'observer, soit dans ma clientèle particulière, soit dans mon service de médecin de la compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, cinq cas de variole qui, à divers titres, présentent tous, je crois, quelque intérêt. Je les rapporte très-brièvement, en n'indiquant que les particularités qui les ont signalés à mon attention.

Observation I. — La nommée L..., vingt-sept ans environ, garde-barrière, fut prise, le 5 février dernier, de frissons, vomissements, rachialgie. L'éruption se fit le *lendemain*, confluente au visage surtout et prenant, après deux jours, le caractère hémorrhagique. Cette femme était allée, vingt et un jours avant le début de la maladie, à Besançon où existait une épidémie de variole. Elle n'avait pas vu de varioleux; il n'y en avait pas dans la maison où elle resta quelques heures seulement. Elle avait d'ailleurs été vaccinée dans son enfance. La marche de la maladie fut très-rapide. Le délire survint le dixième jour; elle mourut le onzième. Dans cette observation plusieurs points méritent d'être signalés. L'apparition de l'éruption au premier jour de la période prodromique; c'est toujours, d'après Sydenham et Uxham, le signe d'une variole grave. La longue période d'incubation : il est rare, en effet, de voir l'incubation durer vingt et un jours. A ce sujet, les auteurs qui ont écrit sur la variole sont très-divisés. Tandis que J. Franck prétend que l'action du virus peut être instantanée et nie presque l'incubation, Rilliet et Barthez portent sa durée de trois à quarante-six jours. Entre ces deux opinions extrêmes, on peut citer: Rayer, qui assigne à cette période une durée de un à deux septénaires; Guersant et Blache, qui admettent que l'incubation dure neuf jours; Nysten, qui la fixe de trois à huit jours, et enfin Trousseau, qui, s'appuyant sur les faits d'inoculation, prétend que le temps compris entre l'entrée du virus dans l'organisme et la manifestation des premiers symptômes peut être fixé entre huit et onze jours.

Observation II. — La nommée L..., d'Authoison, seize ans, habitant Besançon depuis quelques mois. Voyant des cas nombreux de variole se déclarer dans cette ville, elle prit peur et revint dans son village. De retour depuis dix-neuf jours, pendant lesquels elle avait joui d'une santé excellente, elle fut prise des symptômes prodromiques de la variole. L'éruption, qui se fit après trois ou quatre jours, fut assez confluente. La malade guérit. Je ne signalerai dans cette observation que la longue durée de la période d'incubation et la bénignité de la variole dont l'éruption n'avait paru qu'au quatrième jour. Sydenham et Uxham indiquent ce signe d'un pronostic favorable.

Le cas de variole grave qui avait paru dans ma section me fit craindre de nouveaux cas. Après avoir pris l'avis de M. le médecin en chef, qui voulut bien m'envoyer du vaccin, je pratiquai des revaccinations. Le 15 et le 16 février, je vaccinais les trois enfants de cette malheureuse femme qui avait succombé la veille (Obs. I.), et dont l'un, âgé de deux ans, n'avait pas encore été vacciné, et des enfants de « passages à niveau », voisins de celui-ci. Dix jours après, deux des enfants vaccinés avaient des prodromes de variole. Voici leurs observations :

Observation III. — Adolphe L..., âgé de deux ans, est vacciné le 16 février. Quatre inoculations sont faites sur chaque bras. Deux jours après le vaccin paraît réussir. Il y a de la rougeur; mais l'inflammation locale disparaît très-vite, les piqûres même s'effacent. Le 26, il est pris de vomissements. L'éruption variolique paraît le *lendemain*, très-confluente. Il meurt six jours après.

Dans cette observation, le vaccin a paru avorter devant l'infection variolique. Cet enfant avait-il, au moment de l'inoculation vaccinale, la variole à l'état latent? Supposons-le d'abord. Il serait difficile, dans cette hypothèse, de comprendre la cause de l'insuccès de la vaccine; il serait encore plus difficile à expliquer que cette inoculation vaccinale n'ait pas modifié et atténué la variole. Il est admis, en effet, par la généralité des observateurs, que la vaccine et la variole se développent de front et indépendamment l'une de l'autre et que le vaccin transforme la variole en varioloïde. Je citerai à l'appui de cette assertion deux observations, entre autres, l'une rapportée par M. Ambroise Tardieu, l'autre par Velpeau. M. Ambroise Tardieu, alors médecin du bureau central, rapporte le fait suivant : Un jeune homme, âgé de dix-sept ans, non vacciné, est au quatrième jour de la variole; l'éruption est commencée. Le docteur Flendin tente l'inoculation vaccinale. La variole parcourt ses phases rapidement; la desquamation arrive en huit jours. Ce n'est qu'à ce moment que le vaccin semble se réveiller; mais les pustules en sont modifiées, elles parviennent rapidement à dessiccation et sont très-petites. D'après M. Tardieu, ce fait prouve l'heureuse influence du vaccin alors même que la pustule n'est pas développée et la nécessité de la revaccination au début même de la variole. (*Archiv. gén. méd.*, novembre 1845.)

En septembre 1844, entrait dans le service de Velpeau une fille portant un abcès du sein. Plusieurs cas de variole existant dans les salles, on lui proposa la vaccine qu'elle accepta. Le vaccin se développa au troisième jour, elle fut prise le cinquième de varioloïde ; les deux éruptions marchèrent de front. De ces deux observations il semble résulter que la vaccine et la variole peuvent se développer parallèlement, sans se détruire, mais non sans se modifier. Dans mon observation, au contraire, non-seulement le vaccin n'a pas modifié les allures de la variole grave, mais il a échoué. Cet échec n'est pas dû au vaccin employé, le contenu du même tube m'ayant servi à inoculer avec succès deux autres enfants.

Supposons, au contraire, que le virus varioleux ait envahi l'organisme après l'introduction du virus vaccinal. On ne pourrait comprendre alors la cause qui aurait troublé l'évolution du vaccin, et on s'expliquerait encore moins la gravité de la variole après la vaccine.

Observation IV. — Le 15 février, je vaccinai l'enfant A..., âgé de deux ans et demi. Il y eut, le deuxième jour, une rougeur locale qui diminua les jours suivants; au huitième jour, la mère me l'apporta, il était en convulsion. La dentition étant terminée, et me rappelant l'opinion de Sydenham sur ce symptôme, je prévis une variole et portai un pronostic favorable. L'éruption assez confluente se fit après deux jours. Le petit malade guérit assez promptement; je n'ai pourtant pas remarqué que la vaccine ait modifié sensiblement les allures de la maladie. Les réflexions faites sur l'observation III s'appliquent à celle-ci. Les convulsions m'ont permis de plus de diagnostiquer la variole et de porter un pronostic favorable.

Observation V. — Le 26 février, je suis prévenu de la maladie du nommé L..., poseur. Cet homme, souffrant depuis la veille, a tous les prodromes de la variole. Mais je ne puis établir un diagnostic certain, car mon malade, vacciné et revacciné avec succès, a eu, il y a quatre ans, une variole confluente qui a laissé des cicatrices sur le visage. Le lendemain l'éruption commence, mais se fait mal; elle débute par les cuisses, paraît très distincte, mais la fièvre est très-forte. Le malade, indocile, refuse les médicaments, et meurt le 3 mars.

Les cas de récidive de variole sont assez rares; ils ne sont pourtant pas inconnus, mais la variole récidiviste se borne ordinairement à une varioloïde. Ici, au contraire, la récidive a été d'une gravité exceptionnelle.

Jenner, lui-même, avait constaté que les personnes occupées à traire les vaches pouvaient prendre deux fois le cow-pox. M. Serres, dans son rapport à l'Institut, admet la possibilité de prendre deux fois la variole : « La variole après la

vaccine, dit-il, n'est ni un fait nouveau ni un fait inattendu. Ce n'est pas un fait inattendu, par la raison que la science avait déjà constaté depuis longtemps qu'il est des personnes, et même des familles entières, qui sont affectées plus d'une fois de la variole naturelle. » Ce fait est confirmé par une observation rapportée par M. le docteur Richelot (*Arch. gén. de méd.*, avril 1844) : Une enfant non vaccinée a eu la variole à six mois. A trois ans, une petite épidémie sévit dans le quartier qu'elle habitait, elle fut reprise de variole confluente et mourut le treizième jour. Son père, non vacciné, a eu la variole à sept ans. Sa mère, vaccinée à six mois, a eu la variole à vingt-sept ans.

Les observations de variole récidivée, quoi qu'on en ait dit, sont peu nombreuses, il importe de publier toutes celles qui sont constatées avec soin. Cette publication aura pour avantage d'engager à la revaccination des sujets ayant eu déjà la variole, et cela surtout s'ils peuvent craindre une récidive peut-être mortelle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, arrête ainsi qu'il suit les sujets de thèses que les candidats aux places d'agrégés dans les écoles supérieures de pharmacies et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, mises au concours par l'arrêté du 23 août dernier, pourront traiter à leur choix :

1° *Section de physique, de chimie et de toxicologie.* — 1re Question. — De la propagation de l'électricité dans les corps, sous leurs trois états : gazeux, liquide et solide; ses actions chimiques.

2e Question. — Théorie générale des alcools.

3e Question. — Étude des alcalis, de l'opium; leur recherche dans le cadavre.

2° *Section d'histoire naturelle médicale et de pharmacie.* — 1re Question. — Des appareils glandulaires des végétaux et des produits qu'ils fournissent à la matière médicale.

2e Question. — Des insectes et de leurs produits, au point de vue pharmaceutique.

3e Qestion. — Méthode d'analyse des eaux minérales.

4e Question. — Action de l'air et de la lumière sur les médicaments chimiques.

5e Question. — Des extraits et de leurs principes immédiats. Procédés généraux de préparation et d'analyse.

6e Question. — Des fermentations et des altérations qu'elles déterminent dans les médicaments galéniques.

Fait à Paris, le 12 septembre 1878.

— *Hôpitaux de Paris.* — *Concours de l'externat.* — Sur la réclamation d'élèves israélites qui, par suite de la fête du Grand Pardon, n'auraient pu prendre part au concours de l'externat des hôpitaux de Paris, l'ouverture de ce concours, annoncée pour le lundi 7 octobre, est remise au surlendemain mercredi 9 octobre, à midi.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Émile Gromier, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon. Né à Bourg, en 1810, M. le professeur Gromier débuta dans la carrière médicale par la médecine militaire; admis très-jeune, par voie de concours, au Val-de-Grâce, il eut la bonne fortune d'être distingué par Broussais, qui se l'attacha comme secrétaire particulier et qui eut toujours pour notre regretté confrère une grande prédilection.

Nommé, en 1842, après un brillant concours, médecin de l'Hôtel-Dieu, M. Gromier devint successivement suppléant pour les chaires de médecine, puis professeur de pathologie interne à l'École de Lyon. Lors de la création de la nouvelle Faculté, en 1877, il fut nommé professeur de médecine légale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition, revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Leçons sur les centres nerveux, par le docteur Fort, cours professé à la Faculté, 1877-78. 1 vol. in-8° (autographié avec figures). — Prix : 6 fr. — Paris, veuve Frédéric Henri.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance des plus remplies : deux rapports et cinq lectures ou communications diverses. Après un rapport officiel de M. Planchon sur les remèdes secrets, M. H. Roger a fait un rapport sur un travail de M. le docteur Delthil relatif à l'ulcération sublinguale de la coqueluche, lu l'année dernière à l'Académie. L'auteur soutenait dans ce travail cette opinion que l'ulcération du frein de la langue, déjà constatée par plusieurs observateurs, notamment par notre collaborateur, M. Bouchut, qui en a attribué l'origine à l'usure de la base de la langue par l'arcade dentaire pendant les quintes de toux, est l'expression d'un état spécifique, ce qui lui a fait donner à cette lésion le nom d'altération ou de plaque diphthéroïde.

M. H. Roger, dans une étude approfondie de la question, tout en rendant justice aux efforts de l'auteur et au mérite de ses observations, a réfuté la théorie pathologique par laquelle M. Delthil avait tenté d'élever à la hauteur d'un caractère spécifique une lésion purement mécanique, mais qui n'en conserve pas moins, malgré cette origine et à cause même des conditions particulières dans lesquelles elle se produit, une valeur séméiologique réelle. Les propositions dans lesquelles M. Roger a résumé son rapport peuvent être considérées, à juste titre, comme l'expression la plus complète et la plus exacte de ce point d'histoire de la coqueluche.

M. J. Guérin a ouvert la série des lectures, en communiquant à l'Académie quelques-uns des résultats remarquables qu'il a obtenus de l'emploi des cautérisations ponctuées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, entre autres, l'observation d'une jeune femme qu'il a présentée à l'Académie comme spécimen de ce mode de guérison. L'un des points particuliers de l'histoire de cette malade, sur lesquels M. J. Guérin a insisté, est la dépression de la région sous-claviculaire qu'il considère, lorsqu'elle accompagne les symptômes rationnels, généraux et locaux de la tuberculose, comme l'indice le plus certain de l'imperméabilité du poumon dans le point infiltré. M. J. Guérin a également saisi cette occasion pour montrer dans l'enfant de cette jeune femme un des plus beaux spécimens de l'allaitement artificiel bien dirigé.

M. le docteur Vidal (d'Hyères) a lu ensuite un énoncé des recherches qu'il a faites, de son côté, sur les températures locales dans la tuberculose, pendant que M. Peter procédait aux siennes, et qui les confirment sur tous les points.

Nous ne pouvons que mentionner la communication orale de M. le docteur Mandon (de Louvain) sur une préparation de lait au bichlorure de mercure, l'absence de notes écrites ne nous permettant de nous arrêter sur aucun détail précis de l'objet de cette communication.

Nous signalerons, enfin, une lecture de M. Guéniot, ayant pour objet la description d'une altération morbide particulière de la paroi abdominale chez la femme, qu'il désigne sous le nom de prolapsus graisseux, et la communication faite par M. Reliquet au nom de M. Cadiat et au sien, relative à un cas de sympexions volumineux trouvés dans l'une des vésicules séminales chez un sujet sain.

En histologie, on désigne sous le nom de sympexions des corps solides, incolores, transparents, qu'on trouve dans les vésicules closes de la glande thyroïde, dans celles de la rate et des ganglions lymphatiques, dans les petits kystes des glandes du corps et du col de l'utérus, et enfin dans le liquide des vésicules séminales. Il y a quelques années, en 1874, M. Reliquet avait déjà communiqué à l'Académie l'observation d'un cas d'oblitération de l'un des canaux éjaculateurs par des sympexions de la vésicule séminale. Il a eu l'occasion, depuis, d'observer deux nouveaux faits d'oblitération des canaux éjaculateurs dont l'un est encore soumis à son observation. Hier, de concert avec M. Cadiat, il est venu soumettre à l'examen de l'Académie une vésicule séminale d'homme sain, l'un des deux derniers suppliciés, contenant des sympexions d'un très-gros volume. On trouvera la curieuse description de cette disposition histologique dans le compte-rendu de la séance.

Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DUPLAY.

Du valgus pied plat douloureux.

Nous avons, en ce moment, dans nos salles, un exemple très-net de cette affection qui a été décrite sous les noms de valgus pied plat douloureux et de tarsalgie des adolescents.

Il s'agit d'un jeune garçon de quinze ans, exerçant la profession de doreur sur bois, qui, il y a environ huit mois, a ressenti pour la première fois dans le pied gauche des douleurs assez mal limitées, mais dont le siège principal était un peu au-dessous et en avant des malléoles. Ces douleurs existaient depuis quelque temps avec des alternatives manifestes d'aggravation et de diminution, quand vint s'y joindre

une déviation particulière du pied en dehors qui, surtout depuis six semaines, est devenue très-prononcée.

A l'entrée de ce jeune garçon à l'hôpital ces phénomènes existaient d'une manière très-nette. Ce qui frappait surtout, c'était une torsion considérable de l'avant-pied sur les articulations médio-tarsiennes, comme si tout le métatarse eût été tordu lui-même de haut en bas et de dedans en dehors. De cette situation vicieuse, il résultait que les parties antérieures du métatarse étaient serrées les unes contre les autres, et surtout que la saillie sous-métatarsienne du gros orteil était située sur un plan inférieur.

A la face plantaire, une série de sillons antéro-postérieurs et obliques indiquait que la peau était plissée dans le sens de la rotation du pied.

Comme conséquence de cette disposition vicieuse, on constatait enfin, dans cette région, l'existence d'une saillie anormale constituée par l'astragale et surtout par le scaphoïde.

Cette déviation vicieuse était permanente, car, le malade étant couché, on avait beau imprimer à la jambe toutes sortes de mouvements, le pied demeurait invariablement fixé dans cette position.

Il y avait enfin une contracture évidente du long extenseur commun des orteils ainsi que des péroniers antérieurs et latéraux, dont les tendons se dessinaient sous la peau à la face externe du pied.

Le malade accusait en outre des douleurs spontanées et des douleurs provoquées par la marche et un peu par la pression. Elles étaient surtout très-vives au niveau de la partie moyenne de l'articulation tibio-tarsienne, au-dessous et en avant des malléoles.

Le diagnostic de cette déviation douloureuse du pied était facile à établir : il s'agissait en effet tout simplement d'un valgus douloureux. Mais quelle était sa nature ?

Deux doctrines ont été émises dans la science, au sujet de cette affection : deux doctrines tout à fait opposées et qui entraînent une thérapeutique tout à fait différente.

La première, celle de la tarsalgie, qui fait du valgus pied plat ou creux une affection articulaire à la manière des autres arthrites, de la coxalgie, par exemple, est due à M. le professeur Gosselin. D'après cet auteur, la maladie aurait son siège dans les articulations des os du tarse avec le scaphoïde ou le calcanéum. Elle consisterait dans des altérations des cartilages, des synoviales et des ligaments, comparables à celles qui caractérisent les arthrites fongueuses ou tumeurs blanches. Elle déterminerait enfin une contracture réflexe de certains muscles qui mettrait le pied en valgus, creux ou plat.

Mais cette théorie ne repose pas sur des faits bien établis. Une seule fois, en effet, M. Gosselin a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une jeune fille qui avait succombé au choléra dans le cours d'une tarsalgie, et les lésions que l'on constata ne furent pas favorables à cette manière de voir. Elles consistaient, en effet, simplement dans une légère altération des cartilages qui unissent l'astragale avec le calcanéum et le scaphoïde. Ces lésions n'avaient rien de caractéristique : c'étaient celles que l'on retrouve toutes les fois qu'une articulation a été soumise à une pression forte et prolongée. Plus récemment, M. M. Raynaud a publié une observation qui semblait être, selon lui, une nouvelle preuve à l'appui de la théorie de M. Gosselin; mais, ici, le diagnostic avait été méconnu. Il s'agissait, en effet, d'une tumeur blanche qui, à aucun moment, n'avait donné lieu à des symptômes de tarsalgie.

Il y a, de plus, dans l'examen des malades, un grand nombre d'arguments péremptoires qui sont tout à fait opposés à cette doctrine de la tarsalgie. En effet, jamais vous ne trouverez chez ces malades le moindre gonflement, la moindre rougeur des téguments, comme cela se voit par exemple dans la coxalgie. Jamais vous ne saisirez la moindre trace de fongosités, d'épanchement interarticulaire. Il n'y a, en un mot, dans cette affection, rien de ce qui caractérise l'arthrite. Si quelquefois vous rencontrez, chez les jeunes gens atteints de valgus, de l'œdème dans le voisinage des malléoles, cet œdème n'est autre que celui que l'on observe dans tous les cas où les conditions de la station du pied ne se font pas bien, et il suffit d'obliger les malades à garder le repos pendant quelque temps pour le voir disparaître du jour au lendemain. Il en est de même d'ailleurs de la contracture et de la déviation vicieuse. Ces phénomènes cessent spontanément après quelques jours de séjour au lit. Or, est-ce là ce que l'on observe dans les affections articulaires, alors que les muscles sont contracturés ?

Mais ce qui ne serait pas un phénomène moins étrange s'il s'agissait ici, comme le veut M. Gosselin, d'une véritable arthrite, c'est que la déviation du pied fût toujours la même, le valgus ; contrairement à ce qui a lieu pour les autres articulations qui, lorsqu'elles sont malades, présentent chacune deux ou trois types de situation vicieuse.

Enfin, ce qui est tout à fait contraire à cette manière de voir, c'est que jamais cette prétendue arthrite ne se transforme en une tumeur blanche véritable.

La théorie suivante me paraît au contraire être la seule véritable. C'est à Duchenne (de Boulogne) qu'en revient le mérite.

Pour le dire de suite, le siège véritable de cette affection réside dans un trouble fonctionnel du muscle long péronier latéral, qui n'est pas assez vigoureux, assez puissant, pour remplir convenablement le rôle qui lui est dévolu par la nature dans la station et dans la marche.

Vous savez que, dans la station verticale, le pied repose sur deux points principaux qui sont, en arrière, le calcanéum, en avant la saillie qui est située au-dessous de la tête du premier métatarsien et à laquelle Duchenne (de Boulogne) a donné le nom de talon antérieur. Vous n'ignorez pas non plus qu'entre ces deux points il existe une voûte, la voûte plantaire, qui, dans les conditions ordinaires, pour que la marche s'exécute régulièrement, doit être conservée. L'agent actif qui empêche cette concavité de s'effacer, c'est le long péronier latéral. C'est lui qui, dans la marche et dans la station debout, a pour but de maintenir abaissée la saillie sous-métatarsienne.

Eh bien, supposez que, dans le second temps de la marche, alors que le talon s'est détaché du sol et que tout le poids du corps repose sur la saillie métatarsienne, supposez, dis-je, que, pour une raison quelconque, ce muscle soit trop faible pour soutenir la voûte plantaire, qu'il se contracte d'une façon insuffisante : au moment où le pied se soulèvera, la saillie sous-métatarsienne sera supprimée et tout le poids du corps se trouvera reporté sur la tête des métatarsiens. Mais ces métatarsiens ne sont pas fournis de puissances pour les maintenir, ils s'affaisseront en même temps que l'avant-talon, et seront mis forcément en valgus par la résistance du sol, répondant au poids du corps. De là des tiraillements dans les articulations du tarse, des pressions en sens inverse des car-

tilages les uns contre les autres, tous phénomènes qui déterminent de la douleur d'abord, puis, par le fait de cette dernière, de la contracture réflexe.

Dès lors, cette torsion de l'avant-pied qui, au début, était produite directement et nécessairement par le sol, deviendra à un certain moment permanente ou persistera pendant un temps plus ou moins long, c'est-à-dire tant que la contracture n'aura pas disparu elle-même par le repos au lit.

Chez notre malade, cette contracture ne s'est pas bornée exclusivement au muscle long péronier latéral; elle s'est étendue aux muscles que je vous ai indiqués, si bien que nous assistons chez lui à ce phénomène singulier que la saillie sous-métatarsienne est augmentée et le creux plantaire également plus accusé alors que ce garçon ne devrait avoir, en toute autre circonstance, qu'un valgus pied plat. Mais cette contracture est purement spasmodique, et il suffit de faire marcher le malade pour voir que le talon antérieur n'a pas la force de supporter le poids du corps.

Que deviendrait cette maladie si nous l'abandonnions à elle-même? Au point de vue des lésions des surfaces articulaires, le valgus pied plat ou creux, douloureux, ne va jamais au-delà des désordres que je vous ai signalés au début de cette leçon. Ce que vous pouvez craindre seulement, c'est le passage à l'état permanent de cette affection. Dans ce cas, les muscles restent contracturés même pendant le repos, ils finissent par subir dans leur structure une dégénérescence fibreuse, la déviation vicieuse s'établit à demeure, et les malades sont atteints d'un pied-bot vulgaire accidentel.

Mais cette terminaison est extrêmement rare, parce qu'il faut pour cela que la maladie se prolonge pendant des années. Or, ainsi que l'a très-bien démontré M. le professeur Gosselin, il s'agit ici d'une de ces maladies de l'adolescence, qui, comme les polypes rétro-pharyngiens, par exemple, cessent de se produire vers l'âge de vingt-trois, vingt-quatre ou vingt-cinq ans.

Cependant il faut bien savoir qu'il peut survenir une rétraction réelle du muscle long péronier latéral, laquelle devient une cause de gêne considérable relativement à la marche.

En quoi consiste le traitement? M. Gosselin, conséquent avec lui-même, considérant la maladie comme une véritable arthrite, cherche à arrêter les progrès des lésions des surfaces articulaires en mettant le pied dans un appareil inamovible qu'il laisse appliqué pendant deux ou trois mois.

Ce traitement serait irrationnel au point de vue de notre théorie. Il aurait pour effet d'augmenter, par le repos, la faiblesse du long péronier latéral. Il est cependant un certain nombre de cas dans lesquels l'application du membre dans une gouttière est indiquée. C'est alors que la contracture ne disparaît plus après quelque temps de séjour au lit. Il faut alors endormir les malades, lutter contre la tendance du membre à la rétraction, la faire céder sous l'influence du chloroforme, mettre le pied en varus et s'opposer par l'emploi des appareils inamovibles à ce qu'il revienne à sa situation première. Ce résultat est obtenu au bout de dix à quinze jours. On retire alors l'appareil et l'on termine le traitement en dirigeant contre le muscle qui est le siège de la maladie tous les moyens propres à lui rendre son énergie : c'est-à-dire en ayant recours à l'électricité et à un exercice modéré. On achève enfin la guérison à l'aide des moyens susceptibles de fortifier l'état général, tels que le séjour au plein air, les douches, les bains, etc.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Brochard.

Hygiène des nourrissons. — Industrie nourricière; bureaux de nourrices.

L'industrie nourricière n'existe qu'en France; elle est inconnue à l'étranger. Sans doute, dans les autres pays, il y a des femmes qui ne peuvent pas allaiter leurs enfants et qui sont obligées de recourir à des nourrices mercenaires; mais il n'y a qu'en France que la spéculation s'est chargée de ce soin et que c'est une vraie profession. Cette industrie est une des plus fâcheuses au point de vue de la morale; elle étouffe tous les sentiments maternels; les nourrices de profession ne tiennent plus à leurs enfants; elles ne cherchent à être enceintes que pour avoir du lait. Quant à leur enfant, elles ne s'en occupent pas, elles le sèvrent dès qu'elles prennent un nourrisson, et généralement il est mort quinze jours après. J'ai fait autrefois à Nogent une statistique pour l'arrondissement qui comptait 2,400 nourrissons. J'ai trouvé que les enfants des nourrices mouraient dans la proportion de cinq sur six, quatre sur six ou six sur six, selon les communes.

Les femmes enceintes, ayant l'espoir de devenir nourrices, voient mourir leurs enfants avec un sang-froid inouï. De même la mort de leur nourrisson ne les attriste pas davantage; elles en cherchent un autre, et le bien-être continue au logis.

Les infanticides ne sont pas rares dans les pays de nourrices; on ne s'enquiert presque jamais de la cause de la mort du nourrisson; elles en concluent que c'est bien peu de chose que la mort d'un enfant. M. Guérin, à l'Académie de médecine, a cité avec étonnement à la commission une nourrice d'Eure-et-Loir qui avait eu huit nourrissons morts chez elle dans la même année.

La mortalité est encore désastreuse quand on prend les nourrices sur lieu, car celles-ci, pour venir à la ville, ont abandonné leurs enfants dans leur village, à la garde de quelque vieille grand'mère; ces pauvres êtres sont voués à une mort presque certaine. On en perd 64 à 84 p. 100.

On appelle bureaux de nourrices les agences qui se chargent de servir d'intermédiaire pour le placement de ces nourrices venues de la campagne pour se faire nourrices sur lieu et pour le placement des nourrissons chez les nourrices de la campagne.

Ces bureaux sont donc, pour ainsi dire, des établissements d'alimentation publique; il semble qu'il serait rationnel de les surveiller comme on surveille les marchés de viande; on prépose des vétérinaires aux abattoirs publics : il n'y a, hélas! personne pour surveiller les bureaux de nourrices.

On a bien voté la loi Roussel, mais elle n'est pas encore mise à exécution, quoiqu'elle soit faite depuis longtemps.

Autrefois, d'ailleurs, les bureaux de nourrices étaient mieux surveillés que maintenant. Actuellement il n'y a aucune surveillance ni administrative ni médicale. Il n'en était pas de même dans les siècles passés. Il existait déjà des gens chargés de servir d'intermédiaires pour ces besoins; mais alors les « recommandaresses » étaient soumises à des lois sévères. En 1350, une ordonnance du roi Jean (30 janvier) limite ces fonctions à des mains privilégiées; la nourrice recevra cent sous par an et elle sera contrainte de faire en cette qualité tout le temps pour lequel elle s'est engagée. Le Parlement, en 1611, condamne à l'amende et à la prison les meneurs qui conduiront des nourrices ailleurs que chez les recommandaresses qui ont le monopole. Le nombre en était fixé à quatre pour Paris.

Le 20 janvier 1715, une ordonnance royale défend à une nourrice qui se saurait enceinte ou atteinte de quelque maladie de prendre un nourrisson sous peine d'être fouettée en public. En 1756, une autre sentence du Parlement défend aux nourrices de coucher dans le même lit que leurs nourrissons sous peine d'une amende de 100 livres, et, en cas de récidive, du fouet en public.

En 1769 fut décidée la suppression des recommandaresses. On institua une direction municipale des nourrices pour la ville de Paris. Cette institution a donné des résultats excellents. Les nourrissons étaient envoyés dans les arrondissements de province où ils

étaient examinés à leur arrivée par un médecin inspecteur qui constatait, « sur sa responsabilité personnelle », l'état actuel du nourrisson au moment où celui-ci était remis à la nourrice. Des visites mensuelles étaient faites au domicile des nourrices par le médecin-inspecteur. Quand la mère ne pouvait payer la somme mensuelle, la ville de Paris garantissait le payement jusqu'au dixième mois à la nourrice qui était ainsi assurée de son payement.

Quant aux nourrices qui venaient à Paris, elles étaient soumises à une surveillance sérieuse; en effet, la nourrice devait d'abord avoir été visitée par le médecin de sa localité et apporter un certificat de celui-ci au médecin de l'arrondissement qui l'examinait à son tour et l'admettait ou la refusait. S'il l'admettait, il l'expédiait pour Paris où, à la direction municipale, elle subissait un *troisième* examen médical avant d'être placée. Les nourrices, ainsi examinées, présentaient des garanties très-sérieuses.

Pour éviter ces entraves, on vit bientôt se créer des petits bureaux se chargeant du recrutement des nourrices. Pour être placées dans ces conditions, sans se soumettre à aucune visite médicale, les nourrices se sont adressées à ces agences, et surtout les nourrices refusées à la direction municipale.

La prospérité de ces établissements a aussi été assurée, grâce aux remises qu'ils accordent à tous ceux qui leur font placer une nourrice. Des meneurs leur conduisent des nourrices, moyennant prime convenue, et, faut-il le dire ? des sages-femmes, qui leur procurent un nourrisson, reçoivent des primes de 5 à 25 fr. environ, suivant la position sociale de l'enfant mis en nourrice et de l'intermédiaire.

La direction municipale présentait des avantages trop réels pour qu'on n'arrivât pas à la décrier et à la faire supprimer. Le conseil général l'a supprimée depuis dix-huit mois.

Depuis lors, les petits bureaux ont absolument le monopole. Un des graves inconvénients de la suppression de la direction municipale est le suivant : autrefois, quand une femme pauvre ne pouvait allaiter son enfant, elle allait à la direction municipale qui donnait une nourrice à son enfant et en garantissait le payement; actuellement, cette femme ne reçoit plus que des secours temporaires, la somme pour payer un mois de nourrice. Avec cette modeste ressource, elle n'est plus assurée que d'avoir une nourrice au rabais et une nourrice qui, ne se voyant garantir qu'un mois de nourrice, se souciera fort peu de conserver son nourrisson au-delà de ce délai. Le mois écoulé, le plus souvent, le nourrisson a succombé.

On s'est déjà ému de cette situation nouvelle faite à la classe pauvre; espérons que la surveillance deviendra plus effective et que la direction municipale sera reconstituée. Voilà la part que nous devons faire à l'administration, aux pouvoirs publics à qui incombe la surveillance des nourrices. Mais il ne faut pas attribuer à l'incurie administrative toute la responsabilité des abus de l'industrie nourricière.

Ces abus doivent aussi être imputés aux familles des nourrissons; les parents ont autant de torts que les petits bureaux. Aujourd'hui les jeunes femmes ne savent pas élever leurs enfants; elles sont obligées de s'en rapporter à la nourrice, et c'est la nourrice qui gouverne la mère. La nourrice est absolument la maîtresse de la maison. On ne saurait jamais imaginer tout l'empire qu'elle y prend. Les prétentions inouïes des nourrices, leurs caprices, les ruses qu'elles emploient pour prolonger leurs fonctions alors qu'elles n'ont plus de lait, le chantage auquel elles ont si souvent recours pour se faire augmenter leur salaire, enfin la mauvaise direction qu'elles donnent à l'alimentation et à l'hygiène des nourrissons, tout cela est dû à l'ignorance des mères et à leur faiblesse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 septembre 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend une lettre de M. le docteur Mignot (de Chantelle), accompagnant l'envoi d'une observation de petite vérole ou variole compliquée de purpura hæmorrhagica (commission des épidémies).

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Baudrimont, membre correspondant, assiste à la séance.

PRÉSENTATIONS

M. GUBLER présente, au nom de M. le docteur Drouineau, une brochure intitulée : *Assistance aux filles mères et aux enfants abandonnés.*

M. RICHE présente deux brochures dont il est l'auteur, l'une ayant pour titre : *Mémoire sur le dosage du manganèse, du plomb, du cuivre, du zinc et du nickel, et sur l'analyse des alliages de ces métaux;* l'autre : *Dosage des petites quantités de manganèse et recherche de ce métal dans le sang, le lait et l'urine.*

M. LARREY, au nom de M. le docteur Plassard (de Roanne), présente une observation imprimée d'exostose volumineuse de la face interne du bassin chez une femme enceinte, détruite par les caustiques.

LECTURES

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la cautérisation ponctuée. — Allaitement artificiel. — M. J. GUÉRIN fait la communication suivante :

A l'occasion des intéressantes recherches de notre collègue M. Peter sur la température locale dans la tuberculose pulmonaire, j'ai indiqué incidemment l'emploi que j'avais fait, depuis longtemps, de la *cautérisation ponctuée* dans le traitement de cette maladie.

Le hasard m'a mis à même de revoir et de pouvoir présenter à l'Académie une jeune dame guérie depuis cinq ans d'une tuberculeuse confirmée, ayant offert tous les caractères de la maladie et offrant aujourd'hui ceux de la guérison.

Indépendamment d'une hémoptysie revenant à de courts intervalles, d'altérations caractéristiques du bruit respiratoire, de matité au sommet du poumon droit, d'état fébrile presque continu et d'un amaigrissement considérable, la malade présentait, sous la clavicule du même côté, une dépression que je considère, lorsqu'elle accompagne les précédents symptômes, comme l'indice le plus certain d'une imperméabilité du poumon en ce point par infiltration tuberculose.

Or, sous l'influence de la cautérisation ponctuée répétée deux fois la semaine, associée à l'emploi semi-quotidien d'une légère purgation saline (un verre d'eau de Pulna ou 20 grammes de sulfate de soude) et à l'usage ordinaire d'un macéré de quinquina mêlé à deux tiers de bon vin, j'ai vu graduellement disparaître, en moins d'une année, tous les symptômes de la maladie.

Partie pour la campagne à la fin de son traitement, Mme W... en est revenue trois mois après, ayant augmenté de 7 kilog. La guérison de Mme W... ne s'est pas démentie depuis; elle a eu deux enfants robustes, et, malgré la fatigue de ses deux grossesses, elle reste aujourd'hui, après cinq années depuis son rétablissement, sans autre souvenir de sa maladie qu'un peu de dépression sous-claviculaire.

En attendant le travail développé que je me propose de soumettre à l'Académie sur les déformations du thorax dans la phthisie pulmonaire et le traitement de cette affection par la cautérisation ponctuée, je crois utile de résumer dès aujourd'hui, dans quelques propositions, les résultats obtenus par l'emploi de cette méthode.

1° La tuberculose pulmonaire s'annonce généralement par une dépression sous-claviculaire caractérisée.

2° Cette dépression, qui coïncide avec un défaut d'expansion pulmonaire en ce point, et avec toutes les modifications corrélatives du bruit respiratoire, est le résultat de la pression atmosphérique extérieure, laquelle ne se trouve plus balancée par l'expansion pulmonaire, c'est-à-dire la pression intérieure.

3° La cautérisation ponctuée, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire à la première période, agit non comme révulsif, mais en réveillant dans le poumon la vitalité dont l'abaissement successif est la véritable cause initiale du dépôt tuberculeux.

Voici le moule de la personne dont je viens de résumer l'observation.

Tout le monde pourra vérifier sur ce plâtre la dépression caractéristique dont je viens de parler.

Pour corroborer l'observation présentée, voici un second moule fourni par une autre personne également guérie de tuberculose par la cautérisation ponctuée. La surface de la peau porte encore les traces des petites brûlures de la cautérisation ponctuée, ainsi que la dépression caractéristique de la maladie.

Allaitement artificiel. — Je profite de la même occasion pour placer sous les yeux de l'Académie le second enfant de la dame dont il vient d'être question; c'est un des plus beaux spécimens de l'allaitement artificiel bien dirigé.

Cet enfant, quoique exceptionnellement bien développé pour son âge, n'offre rien de bien extraordinaire; mais il est le douzième enfant élevé de la même manière, par la même personne et avec le même succès. Voici donc douze enfants allaités artificiellement, et qui tous ont été rendus à leurs parents en bonne santé.

M. le docteur Avenel, vaccinateur du canton de Gisors, pourra en témoigner.

Voici en deux mots la manière de procéder de la nourricière continuant les traditions de sa mère qui avait élevé beaucoup d'enfants de la même façon. La femme X... donne du lait coupé avec de l'eau d'abord, puis avec de l'eau panée, pendant trois ou quatre mois.

A cette époque elle commence à ajouter au lait un peu de biscote; puis viennent successivement les petits potages au beurre et au bouillon. Ce n'est que vers un an que l'enfant commence à sucer de la viande, et en petite quantité, mais toujours avec du lait matin et soir. Si dans le cours de la nourriture il survient de la diarrhée verdâtre, elle administre à plusieurs reprises de petites quantités de sirop de chicorée.

Ces faits, qui ne sont que la continuation et la confirmation de ceux que j'ai communiqués précédemment à l'Académie, me paraissent de nature à dissiper les préventions provoquées contre l'allaitement artificiel par ceux qui l'emploient mal ou ne l'emploient pas du tout.

Températures morbides locales. — M. le docteur ÉMILE VIDAL, médecin en chef de l'hôpital d'Hyères, lit un mémoire sur l'élévation de la température du tégument externe au niveau des portions du poumon, dans lesquelles il existe des tubercules en évolution.

J'ai remarqué depuis longtemps, en auscultant des phthisiques, dit M. Vidal, l'élévation de la température sur certains points bien circonscrits des parois de la poitrine.

Les observations contenues dans ce mémoire confirment les conclusions de M. Peter. L'auteur y ajoute quelques remarques personnelles.

Dans la tuberculisation pulmonaire, dit-il, aussitôt qu'un noyau de tubercules entre en évolution, et à partir seulement de ce moment, on peut constater une augmentation de la température de la peau correspondante. Cette augmentation persiste pendant tout le temps de la période inflammatoire pour cesser avec elle.

L'élévation de la température de la peau correspond si bien à l'inflammation interne qu'il est impossible de dessiner exactement avec le thermomètre le pourtour d'une caverne lorsque des tubercules péricaverneux entrent à leur tour en évolution.

A mesure que le thermomètre s'éloigne du point qui correspond au foyer interne, la température diminue graduellement pour redevenir normale à une distance qui varie de 3 à 4 centimètres.

En général, je n'ai pas constaté une élévation de température locale de plus de 2 degrés par rapport à celle prise sous l'aisselle du malade; M. Peter a signalé, il est vrai, des températures plus élevées, surtout dans la forme caséuse; je n'ai pu observer qu'un seul cas de ce dernier genre, et je n'ai pas remarqué de différence.

Au moment de l'élévation de la température, la peau est presque toujours sèche.

Toute élévation de la température locale est liée à une accélération du pouls, etc.

En thèse générale, je crois que l'élévation de la température locale est produite, non point tant par la quantité de sang qui afflue dans un organe que par la difficulté que ce liquide éprouve à retourner de la périphérie vers le centre circulatoire; il semblerait que toutes les fois que, dans les capillaires, le sang éprouve de la difficulté à pénétrer dans le réseau veineux, il y a production de chaleur.

L'élévation moindre de la température dans les congestions pulmonaires suivies d'hémoptysie me paraît constituer à ce point de vue un argument d'une grande valeur, puisque dans ce cas la déchirure vasculaire permet au liquide sanguin de s'échapper librement.

RAPPORTS

Remèdes secrets. — M. PLANCHON, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Ulcération du frein de la langue dans la coqueluche. — M. ROGER, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Guéneau de Mussy et Moutard-Martin, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Delthil ayant pour titre : *De l'ulcération diphthéroïde de la coqueluche.*

Les praticiens, et surtout ceux qui sont particulièrement adonnés à la pathologie infantile, savent que dans certains cas de coqueluche on observe sur la langue une ulcération du frein. Quelques observateurs, M. Delthil entre autres, ont voulu y voir un phénomène presque constant, initial, antérieur aux quintes, lié aux différentes phases de la maladie et qui en serait le caractère spécifique, au même titre que l'exanthème dans la fièvre. La plupart des auteurs, MM. Bouchut, Devilliers, Gamberini et M. Roger en particulier, n'y voient qu'une lésion chirurgicale produite par une action mécanique, le frottement et l'usure du frein contre les dents incisives inférieures, quand la langue est projetée violemment hors de la bouche dans les fortes quintes.

De l'examen des travaux publiés sur ce sujet et de nombreuses observations personnelles recueillies pendant de longues années à l'hôpital et en ville, M. Roger déduit les conclusions suivantes :

1° L'*ulcération sublinguale* est une lésion propre à la *coqueluche*, et comme elle ne peut se produire qu'à la suite de fortes quintes, elle devient un signe presque certain de coqueluche confirmée, intense et conséquemment plus ou moins grave;

2° Elle n'est que le résultat d'un *traumatisme;* les conditions matérielles indispensables à son développement sont, pendant les quintes violentes, la propulsion de la langue hors de la bouche, le heurt de sa face inférieure contre les dents et le frottement répété du frein sur le bord libre des incisives.

3° Une des preuves de cette action mécanique est le rapport qui existe entre l'intensité des quintes et l'ulcération, car celle-ci ne se forme qu'alors que les accès convulsifs sont bien établis; elle persiste aussi longtemps qu'ils gardent leur violence, et elle se cicatrise dès qu'ils la perdent, la coqueluche elle-même étant en décroissance, mais non guérie.

4° Ce qui prouve surtout qu'il s'agit bien d'un traumatisme, ce sont les caractères physiques de la lésion qui sont ceux d'une coupure, d'une déchirure; son siège presque exclusif au frein, le plus directement exposé à se blesser aux dents qu'il rencontre; ses variétés de fréquence, de situation et d'aspect à la face inférieure de la langue, dépendantes du nombre, de la forme et de la disposition des dents tranchantes du petit coquelucheux, les incisives médianes étant les plus offensives.

5° Ce qui prouve enfin de la façon la plus positive la réalité et la nécessité d'une action traumatique, c'est l'absence de l'ulcère même chez les jeunes enfants dont la mâchoire inférieure est armée de dents acérées, dans les cas où la coqueluche est bénigne, où les quintes sont légères et courtes et par conséquent sans projection de la langue; c'est encore son absence, même dans les formes véhémentes de la maladie, chez les édentés de tout âge, soit les allaités dont la dentition n'est pas commencée, soit les enfants plus âgés qui viennent de perdre leurs premières dents. La lésion fait toujours défaut dans la coqueluche qui atteint les enfants pendant les premières semaines, les premiers mois de la vie, avant la pousse des incisives du bas. Sans dents offensives, pas de blessure possible,

et conséquemment pas d'ulcérations sublinguales avant la première dentition. C'est une loi de la clinique.

6° L'ulcère du frein ne saurait être considéré comme une manifestation morbide qui, élément constitutif de la pyrexie, montrerait la spécificité, car il n'a lui-même rien de spécifique; loin d'être constant, il ne se rencontre que dans la moitié des cas; il n'apparaît pas au début comme les éruptions dans les fièvres, ni à époque fixe, mais après un temps fort variable; il suit les quintes et ne les précède jamais. On peut le regarder comme un exanthème, puisqu'il ne commence ni par une vésicule, ni par une pustule, ni par une tache, ni par une plaque diphthéroïde, encore moins par une pseudo-membrane. C'est d'abord une érosion, une coupure transversale qui devient plaie, puis ulcère, et celui-ci se couvre d'un produit pultacé blanc ou grisâtre, mol ou induré, très-dissemblable à la vue et au microscope de la fausse membrane de la diphthérie.

Si l'on observe la lésion presque exclusivement dans les coqueluches graves, c'est que la recrudescence des quintes augmente et renforce les conditions du traumatisme qui en est la cause productive; mais, par elle-même, elle est sans valeur aucune pour le pronostic.

7° Ce serait une grande erreur que de croire à un rapport de genèse entre la coqueluche et la lésion sublinguale et d'assimiler l'ulcère du frein « au chancre de la syphilis, aux aphthes de l'entérite, aux lysses de la rage ».

8° L'importance de l'ulcère du frein est nulle au point de vue de la pathologie générale, puisqu'il n'est qu'un accident local et un incident de la maladie; mais, comme on ne le rencontre dans aucune autre affection, il devient, dans certains cas donnés, un symptôme capital, signe certain de coqueluche et ordinairement d'une coqueluche intense; il acquiert alors une grande valeur séméiotique.

Après ces objections qui s'adressent au théoricien, le rapporteur du travail de M. Delthil rend justice au praticien; après l'avoir critiqué sur l'interprétation des faits, il le loue pour la collection même des faits curieux consignés dans son mémoire.

Il propose à l'Académie de voter des remercîments à l'auteur de la note sur l'*Ulcération diphthéroïde de la coqueluche*, et le dépôt très-honorable de son travail aux archives.

Ces conclusions favorables sont adoptées.

M. MANDON (de Louvain), candidat au titre de membre correspondant, fait une communication sur l'administration du bichlorure de mercure associé au lait. Cette communication est renvoyée à une commission composée de MM. Riche, Ricord et Gubler.

Prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme. — M. GUÉNIOT lit un travail intitulé : *Prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme*. L'auteur résume cette étude par les conclusions suivantes :

1° Il existe, particulièrement chez la femme, une altération morbide de la paroi abdominale, que l'on peut désigner sous le nom de *prolapsus graisseux* et qui, jusqu'à ce jour, n'a pas attiré, comme elle le mérite, l'attention des cliniciens;

2° Cette affection, anatomiquement caractérisée par la surcharge graisseuse du tissu cellulaire, de même que par l'exubérance, le défaut de ressort et la chute des couches superficielles (*tablier hypogastrique*), présente comme symptômes principaux: une tension exagérée des muscles de la région, des douleurs lombaires et inguinales, une sensation de malaise abdominal qui, suivant l'expression des malades, « porte au cœur », et enfin, pendant la marche ou la station verticale, un état de faiblesse générale qui rend les femmes plus ou moins impotentes;

3° Le prolapsus graisseux s'observe généralement chez des femmes robustes, douées d'un grand embonpoint et qui ont eu des grossesses plus ou moins nombreuses, sans prendre à leur suite certaines précautions d'hygiène que cette répétition rendait indispensables;

4° Le pronostic de cette affection, quoique sans gravité réelle, ne laisse pas que d'offrir toutes les conséquences d'une fâcheuse infirmité, surtout si, comme il arrive fréquemment, un autre état morbide de l'abdomen coexiste avec le prolapsus, et si ce dernier reste méconnu ou non traité;

5° Le diagnostic, cependant, est des plus faciles; une large éventration ou bien cette autre forme de prolapsus, que j'ai qualifiée de *pariéto-viscérale*, pourraient seules prêter à confusion; or, pour éviter l'erreur, il suffit d'apporter à l'examen clinique un peu d'attention;

6° Au point de vue thérapeutique, tantôt il convient de préserver du prolapsus les femmes qui s'y trouvent prédisposées, ce que l'on obtient à l'aide du *traitement préventif;* tantôt, la lésion étant confirmée, celle-ci réclame l'emploi d'un agent mécanique local et d'une hygiène générale appropriée (*traitement curatif*);

7° Pour être efficace, l'agent de contention doit satisfaire à deux indications fondamentales, à savoir: *a*. relever, puis soutenir la masse prolapsée de manière à supprimer les tractions qu'elle exerce sur les lombes et sur l'hypochondre droit; *b*. suppléer les couches tégumentaires dans l'appui qu'elles devraient fournir aux muscles sous-jacents pour supporter le poids des viscères abdominaux;

8° Enfin, grâce au point d'appui qu'elle prend sur les épaules, de même qu'à la fermeté élastique de son tissu, la ceinture abdominale dont j'ai donné la description et la figure semble particulièrement propre à remplir fructueusement ce double office. (Comm. : MM. Devilliers et Blot).

Sympexions volumineux d'une vésicule séminale chez un sujet sain. — M. RELIQUET, en son nom et au nom de M. CADIAT, soumet à l'examen des membres de l'Académie une pièce anatomique consistant en une vésicule séminale d'homme sain contenant des sympexions volumineux et il donne à ce sujet les explications qui suivent :

Cette pièce a été prise sur le cadavre d'un supplicié, âgé de vingt-cinq ans, exécuté six heures auparavant.

Au premier examen, les vésicules séminales distendues, dures, se tenaient raides comme dans une sorte d'état d'érection. Leur surface était injectée au point d'offrir une teinte violacée; la prostate n'offrait rien d'anormal et l'urèthre ne contenait pas de sperme, ce qui est pourtant ordinaire chez les suppliciés.

Deux jours après, MM. Reliquet et Cadiat reprennent la dissection de la pièce qu'ils avaient mise dans un liquide n'altérant pas les tissus (liquide de Müller). La vésicule séminale droite, à une pression légère entre les doigts, se vide facilement par le conduit éjaculateur; le liquide qui en sort a tous les caractères microscopiques du sperme. En même temps que lui, s'échappe une masse sphérique à peine grosse comme un petit grain de millet, transparente, jaunâtre et de consistance molle. La vésicule qui renfermait ces produits est absolument saine et ne renferme que du sperme normal.

La vésicule séminale gauche est très-dure; en la comprimant légèrement entre les doigts, il ne sort que très peu de liquide par le canal éjaculateur, à peine une goutte. Elle est littéralement remplie par des sympexions denses. L'un d'eux, du volume d'un pois, se trouve dans le cul-de-sac; un autre est au milieu de la cavité; et enfin, du côté du canal éjaculateur, on voit une masse volumineuse qui fait bouchon et oblitère ce conduit dans le premier tiers de son parcours.

Il faut noter encore qu'il n'y avait aucun dépôt de ce genre dans la partie vacuolée du canal déférent de ce côté gauche.

L'examen microscopique de ces sympexions nous a montré qu'ils étaient bien de même nature que ceux qui ont été décrits par le professeur Robin, dans son *Traité des humeurs*, page 443.

Celui qui s'est échappé de la vésicule séminale droite par le conduit éjaculateur est formé d'une substance homogène s'écrasant entre deux plaques de verre, un peu plus réfringente que l'eau, soluble dans l'acide acétique et couverte de cellules épithéliales et de spermatozoïdes adhérents à sa surface.

Les sympexions volumineux de la vésicule séminale gauche sont irréguliers, formés de travées ou trabicules anastomosées entre elles, de façon à limiter des aréoles remplies par des cellules épithéliales irrégulièrement entassées. La substance des travées est de même nature que celle de la petite masse sphérique de la vésicule droite.

Elle renferme quelques éléments englobés, des granules graisseux, des grains d'hématosine : tels sont les caractères habituels de ces productions. Ici seulement l'action des acides dissolvants est moins énergique en raison du séjour de la pièce pendant quarante-huit heures dans du bichromate de potasse.

Il faut noter encore que l'acide chlorhydrique ne donne d'effervescence en aucun point des préparations ; ce qui prouve qu'il n'y a pas de dépôt de carbonate de chaux. Ces formations calcaires existent en effet dans certains cas et très-probablement dans ceux où le sympexion est plus ancien. Ce caractère permet donc de penser que le produit spermatique que nous examinons actuellement doit être de formation récente.

Au point de vue pathologique, la consistance de ces sympexions et leur volume considérable explique très-bien comment ils peuvent oblitérer le canal éjaculateur. Poussés par la contraction expultrice de la vésicule séminale, ils pénètrent comprimés dans le canal éjaculateur qu'ils détendent. De là l'oblitération permanente de ce conduit et les symptômes douloureux de coliques spermatiques qui persistent jusqu'à l'évacuation spontanée ou provoquée des sympexions. (Commission : MM. Colin et Guyon.)

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — L'ouverture du concours de l'*internat* aura lieu le *mercredi* 9 *octobre* 1878, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration publique, avenue Victoria, n° 3.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat général de l'administration jusqu'au 21 septembre inclus.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 2 décembre 1878, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour six places d'élèves internes.

Le lundi 16 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour quatre places d'élèves externes (ce nombre pourra être élevé si la commission le juge nécessaire).

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical. Les candidats aux places d'élèves internes auront à justifier de douze inscriptions ; les élèves externes en activité de service seront dispensés de cette formalité.

Le traitement est fixé pour les internes de 1re année à 800 francs ; pour ceux de 2e année à 900 francs ; pour ceux de 3e année à 1,000 francs. Le traitement des externes est de 500 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat général des hospices civils de Marseille.

— Les *Archives de médecine navale,* dans leur numéro du 15 septembre, publient la note suivante :

« Une grave épidémie de fièvre jaune a éclaté soudainement à Gorée, dans le courant de juillet, succédant à une légère épidémie de dengue qui s'était montrée dès les premiers jours du mois. Le premier malade, atteint le 11, a succombé le 13. Depuis lors, les cas se sont multipliés : des mesures de précaution ont été prises tout aussitôt. Les troupes ont été disséminées sur la terre ferme ; mais, malgré tous les efforts, la maladie n'est pas restée limitée à l'île de Gorée ; elle a atteint Dakar, Rufisque, le cap Manuel, le camp de Hann et Thiès. Du 13 juillet au 7 août, on a compté environ un décès par jour, puis la mortalité semble avoir atteint son apogée du 8 au 16 août, où l'on a eu 6, 7, 8 et 9 décès par jour. Au 4 septembre, on compte 148 décès pour un effectif de 472 militaires et employés.

« Le corps de santé déplore la perte de MM. Bellom et Maissin, médecins de 1re classe ; Roche et Borallo Thoraval, médecins auxiliaires ; Legall, pharmacien de 2e classe, et enfin celle de M. Briant, médecin de 2e classe. Nos confrères sont morts en faisant noblement leur devoir, et nous savons tous que leurs postes ne sont pas un instant restés vides. On apprend aujourd'hui que les cas sont devenus moins nombreux et moins graves.

« Aux premières nouvelles, la métropole a fait partir des renforts, en personnel et en matériel. M. le médecin en chef Bourgarel est parti de Bordeaux le 24, avec quatre médecins et trois pharmaciens ; ils doivent être aujourd'hui rendus au Sénégal. Le courrier du 5 emportait deux autres médecins. Les paquebots qui suivront continueront à assurer tous les besoins. »

Le *Journal officiel* du 17 septembre publie en outre les renseignements qui suivent :

« M. le colonel Brière de l'Isle, gouverneur du Sénégal, qui est parti de Bordeaux le 5 de ce mois pour rejoindre son poste, vient d'adresser au Ministre le télégramme suivant :

« Saint-Vincent (îles du Cap-Vert), 15 septembre 1878.

« Je serai à Saint-Louis dans deux jours. Depuis le 8 septembre, aucun nouveau cas, ni décès, à Gorée ou à Dakar. Presque tous les derniers atteints seront sauvés. — Situation bien améliorée. »

Manuel d'anatomie. 2e édition du Résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 110. — SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1878. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tumeurs kystiques de la mamelle.

Sous ce titre de tumeurs kystiques de la mamelle, sujet imposé pour sa thèse du dernier concours d'agrégation, M. G. Richelot s'est proposé surtout d'étudier, au double point de vue anatomo-pathologique et clinique, ces tumeurs du sein qui ne sont ni des kystes simples dont il est presque impossible d'affirmer *à priori* l'existence à titre d'affection essentielle, une tumeur étant presque toujours cachée derrière eux, ni des carcinomes, mais qui embrassent dans leur complexité tout le groupe des tumeurs dites bénignes, par opposition à la malignité du groupe cancéreux. Malgré l'intérêt qu'il y aurait à suivre l'auteur dans sa savante dissertation sur les caractères histologiques et la genèse des diverses lésions de la mamelle, et dans son exposition des diverses doctrines qui se partagent en ce moment l'opinion, nous nous bornerons à résumer ici la partie essentiellement clinique du travail de notre distingué confrère. Voici en quels termes il décrit la marche clinique générale des affections dont il s'agit :

En présence d'un kyste mammaire, le chirurgien peut être assuré qu'il n'assiste pas au début de la maladie. Il est rare, à moins de kyste simple, qu'il soit appelé à constater la présence du liquide dans une tumeur encore jeune et peu développée. Généralement, la tumeur kystique est déjà volumineuse, soit que le développement des kystes et celui du tissu morbide aient marché de front, soit qu'une tumeur stationnaire et de minime dimension ait reçu, par l'addition du liquide, un accroissement plus ou moins rapide.

Dans leur période initiale, les tumeurs franchement kystiques soumises à notre examen, dit M. G. Richelot, ont fourni une première étape, souvent très-longue, pendant laquelle tous les signes répondaient à la description classique de l'adénome. La femme était mariée ou fille, mère ou stérile; elle a reçu, à une époque plus ou moins éloignée, un coup sur le sein, ou bien c'est le hasard qui lui a fait découvrir une petite tumeur, indolente à la pression, arrondie et mobile. Quelquefois, dès les premiers temps, elle éprouvait des sensations pénibles ou même de véritables névralgies mammaires; quelquefois le sein devenait plus dur, plus tendu au moment du flux menstruel. La tumeur était régulière, et tendait bientôt à s'isoler de la glande; sa surface était lisse, avec quelques bosselures légères, sa consistance ferme et élastique. Elle glissait sur les parties profondes et roulait sous la peau, qui n'avait contracté aucune adhérence avec le produit morbide. Parfois un liquide muqueux ou sanguinolent coulait par le mamelon. Telles sont les origines du mal.

Un jour, la maladie a pris une activité nouvelle. Après un traumatisme, à la suite de quelques phénomènes congestifs liés à la ménopause, ou encore sans motif appréciable, elle augmente rapidement dans l'espace de quelques semaines ou de quelques mois et présente alors des signes physiques très-nettement accentués. La tumeur est saillante, repousse la peau et déforme la région; mais elle n'est pas diffuse, elle est toujours lobulée et toujours mobile, parce qu'elle est enveloppée d'une capsule fibreuse; elle écarte les tissus autour d'elle, distend les téguments, refoule les restes de la glande qui lui sont adhérents ou s'en séparent nettement. Quelles que soient ses dimensions, elle est circonscrite, différente en cela du carcinome.

C'est à partir du jour où la tumeur s'est lancée qu'on voit les kystes apparaître. Des bosselures se forment à la surface, n'adhérant pas à la peau, les unes dures, chondroïdes, les autres plus saillantes, d'une grande mollesse ou manifestement fluctuantes.

La tumeur continue à grandir; alors le mamelon s'étale, s'aplatit, et il en sort un écoulement séreux ou sanguinolent, signe auquel on a cherché à attacher une importance pronostique, et qui, en réalité, n'a pas de signification bien nette.

Telle est la période d'état de ces tumeurs, période pendant laquelle l'état général des malades reste satisfaisant.

Après une durée plus ou moins longue, le mal, atteignant sa période ultime, aboutit à la nécessité d'une intervention chirurgicale, qu'il se soit manifesté des signes d'une inflammation vive, que la suppuration ait envahi les kystes, qu'il se soit établi des trajets fistuleux donnant passage à des masses végétantes, ou enfin que la gangrène se soit emparée d'une partie plus ou moins étendue de la tumeur.

Deux points importants de l'histoire des tumeurs kystiques de la mamelle ont été étudiés avec soin par M. G. Richelot : la question de la récidive et celle de la transformation des tumeurs.

La tendance à la récidive, dit M. Richelot, appartient à toutes les variétés, mais elle est plus marquée dans les formes les plus molles, les plus embryonnaires. Si une tumeur kystique à stroma fibreux récidive, le nouveau produit peut revêtir exactement la forme de l'ancien. D'autres fois, c'est un tissu plus envahissant et franchement sarcomateux qui naît au lieu et place du premier. On voit quelquefois des récidives nombreuses qui ne montrent que mieux la bénignité relative et l'absence d'infection générale. On observe dans les tumeurs kystiques de la mamelle les deux procédés de récidive par repullulation ou par continuation. La tendance à repulluler *in situ* appartient aux formations les plus bénignes, aussi bien qu'aux espèces les plus graves.

M. Richelot ne croit pas à la transformation des tumeurs; il lui semble difficile d'admettre qu'un tissu pathologique déterminé puisse revêtir franchement la forme d'un tissu différent, relevant d'une autre diathèse, locale ou générale, et qu'une tumeur de la série épithéliale puisse devenir une tumeur de la série conjonctive. Qu'il survienne un changement d'allure dans la maladie, qu'une tumeur restée longtemps petite et stationnaire vienne, sous une influence quelconque, à acquérir en peu de temps un volume considérable, on ne serait nullement fondé pour cela à dire qu'elle a changé de nature. Tout cela nous paraît parfaitement motivé.

M. Richelot termine par la remarque suivante : Dans toutes les tumeurs de la mamelle on peut trouver des kystes; mais il en est qui forment un groupe naturel, et où la présence des ectasies d'origine glandulaire est un caractère essentiel, une loi d'évolution. Sur le terrain de l'anatomie pathologique, j'ai démontré, dit-il, qu'en général ce qui n'est pas un carcinome est une tumeur kystique à un moment quelconque de son évolution; c'est à ce groupe qu'appartiennent toutes les tumeurs bénignes. Sur le terrain clinique, j'ai dû établir, au contraire, qu'une tumeur franchement kystique est une tumeur qui a déjà grandi, dont les éléments glandulaires ou conjonctifs tendent à végéter, et qui dès lors a perdu les caractères de la bénignité absolue. Elle est douée presque toujours d'un certain degré de malignité locale, parfois tellement prononcée qu'on peut la confondre avec le carcinome.

Cependant la chirurgie peut en triompher. Comment? c'est là le sujet du dernier chapitre de l'important travail de M. Richelot, lequel peut se résumer dans cette proposition générale : les médications, dans les tumeurs kystiques de la mamelle, ne sont pas celles des kystes en général, mais bien celles des tumeurs solides. Il y a à faire la part des exceptions à cette formule générale. On trouvera cette part dans l'énoncé suivant de la direction à donner à l'intervention :

« Étant reconnue la présence d'un kyste en apparence bien isolé, pratiquez la ponction à la fois exploratrice et évacuatrice. La tumeur étant affaisée, si vous ne trouvez rien alentour, aucune induration suspecte, si la glande a partout sa souplesse normale, faites une injection iodée.

« Mais, pour peu qu'il y ait doute sur l'état des lobules glandulaires adjacents, doutez de l'efficacité d'un traitement aussi simple; et alors essayez d'une compression méthodique. Par ce moyen, vous favoriserez l'oblitération d'un kyste simple, et au besoin l'atrophie d'un adénome bénin devenu kystique.

« Si vous avez la surprise d'un kyste hydatique, évacuez par une large incision, ou enlevez partiellement la glande.

« Mais, dans tous les cas où vous aurez reconnu un kyste dermoïde, laiteux ou butyreux, dans tous ceux où la ponction suivie de compression n'aura pas dissipé les indurations douteuses, dans ces rares exemples de kystes par rétention qui vous sembleront causés par une végétation endo-canaliculaire peut-être sans gravité, peut-être aussi destinée à grandir à la manière des épithéliomes, *à fortiori* quand vous aurez devant vous des kystes multiples, annexés à des masses néoplasiques bien évidentes, alors n'hésitez pas, et, de parti pris, extirpez la tumeur. »

Hygroma prérotulien drainé au moyen du crin de cheval.

Depuis près d'une année, M. le docteur Daniel Mollière, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a érigé en méthode générale dans son service le drainage au moyen d'une mèche de crin de cheval qui agit en vertu de sa puissance capillaire qu'augmente encore l'immersion de ce drain dans de l'huile ordinairement phéniquée. Outre l'avantage de son action par capillarité, ce drain, bien que matière organique, est imputrescible et ne s'altère jamais au sein des tissus où il n'est pas rare de voir s'enkyster quelques crins sans inconvénient.

Le sujet de l'observation suivante, dont nous devons la communication à M. Valat, interne du service, est un exemple de la rapidité et de la bonté de la méthode:

Antoine R..., âgé de quarante-deux ans, cultivateur, entre le 13 août 1878 à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Louis n° 2), porteur d'un hygroma prérotulien du côté gauche datant de deux mois.

Fluctuation et tension moyenne, peau saine un peu rougie par l'application de vésicatoires, dimension d'une petite orange, absence de douleur excepté dans la flexion exagérée, tels sont les caractères de la région malade.

Le 15 août, une mèche de crin du volume d'un doigt est passée transversalement, à l'aide d'une aiguille à séton ordinaire, à travers la partie supérieure de la poche, *dans laquelle il n'entre pas d'air*. Une sérosité claire et citrine s'écoule en abondance le long des crins par capillarité; pas d'hémorrhagie. Les jours suivants, les pansements sont abondamment mouillés par la sérosité. La peau devient rouge, la région se tuméfie un peu, la douleur est modérée.

Le 29 août, un nouveau drain, plus petit que le premier, est passé obliquement de bas en haut et de dehans en dehors; écoulement de sérosité sanguinolente.

Peu de jours après, les symptômes inflammatoires périphériques s'apaisent. Le trajet se rétrécit, l'hygroma diminue; quelques crins sont enlevés chaque matin, et ainsi, autre avantage de cette méthode, le volume du drain diminue peu à peu et proportionnellement avec les orifices qu'il traverse.

Le 13 septembre, le dernier crin était enlevé, il n'y avait plus qu'une rougeur inflammatoire très-légère à la partie inférieure de la rotule. Actuellement, 17 septembre, la peau est encore épaissie, un peu rougeâtre, mais il n'y a plus de liquide.

Il reste deux cicatrices linéaires à peine perceptibles, traces du passage du dernier drain; celles du premier ne sont plus reconnaissables. Guérison parfaite de l'hygroma en un mois tout au plus, au bout duquel le malade marche sans douleur, avec un peu de raideur dans la flexion, mais tendant à disparaître, et sans avoir jamais couru les dangers auxquels exposent l'inflammation suppurative des séreuses et l'entrée de l'air dans ces cavités.

M. le docteur Mollière traite par le même procédé d'autres malades pour les kystes synoviaux du poignet, du creux poplité. Chez l'un d'eux le liquide, trop épais pour traverser un trocart capillaire, a pu s'écouler *complètement* le long de scrins.

La plupart de ces malades, en cours de traitement aujourd'hui, sont en voie de guérison et feront le sujet de communications ultérieures.

Traitement de la névralgie faciale épileptiforme par le sulfate de cuivre ammoniacal.

Dans l'une des dernières séances de la Société de thérapeutique, M. Féréol a rapporté à ses collègues le fait d'un malade de son service à l'hôpital Lariboisière, atteint d'une névralgie faciale d'une extrême intensité, qui a été guéri par l'usage du sulfate de cuivre ammoniacal.

Le malade, âgé de trente-deux ans, était depuis deux mois en proie à des accès de névralgie de la cinquième paire, d'une intensité excessive, se succédant à des intervalles de quelques minutes. La douleur, siégeant au niveau de la région temporale gauche, survenait brusquement, et s'irradiait jusque dans la mâchoire supérieure du même côté. En même temps, la face était fortement congestionnée. Au bout d'un temps variable, mais n'excédant généralement pas 5 à 6 minutes, l'accès se terminait par l'écoulement de quelques larmes.

M. Féréol avait eu recours d'abord aux granules d'aconitine, puis au sulfate de quinine, au *gelsemium sempervirens* récemment préconisé, aux injections hypodermiques d'atropine et de morphine, aux vésicatoires, au bromure de potassium, au chloral et aux granules de Dioscoride, le tout sans succès; en présence de tant de résistance, sur les indications qui lui furent données que son collègue M. Bourdon, médecin de la Charité, s'était servi avec succès, dans un cas semblable, du sulfate de cuivre ammoniacal, M. Féréol se détermina à administrer ce médicament. Il commença par prescrire le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de cinq centigrammes, à prendre avant le repas, en un paquet, avec du sucre en poudre.

Le lendemain, on constata une amélioration notable; les crises avaient été moins nombreuses. Il y avait eu un peu de douleur à l'estomac avec un peu de nausée. Il prescrivit, le deuxième jour, une potion avec :

Sulfate de cuivre ammoniacal.	10 centigrammes.
Eau de laurier cerise.	10 grammes.
Sirop de morphine	30 grammes.

Le jour suivant grande amélioration. Pas de crise la nuit ni le matin.

Après huit jours d'usage de cette potion, les accès avaient cessé. Le malade continuait seulement à se plaindre d'une sensation de gêne dans la gencive supérieure gauche.

Le jour même où ce malade quittait l'hôpital pour reprendre son travail, M. Féréol recevait à la consultation un autre malade atteint de névralgie intermittente du nerf sus-orbitaire, d'une vivacité extrême, s'accompagnant de rougeur de la conjonctive et de larmoiement et se produisant chaque matin entre sept et huit heures pour cesser à midi. M. Féréol commença par une application de sangsues, un vésicatoire le lendemain, et le sulfate de quinine à la dose d'un gramme d'abord, puis de 1 gr. 50. Il y eut une amélioration sensible, mais qui ne se soutint pas. Au bout de quelques jours, la névralgie avait repris avec la même intensité. Il prescrivit alors le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 10 centigr. par jour, puis au bout de trois jours il l'éleva à la dose de 15 centigr. La douleur disparut complètement et le malade quitta l'hôpital, guéri.

Ces deux succès, rapprochés de celui de M. Bourdon (dont nous n'avons pas les détails), sont de nature à encourager les praticiens dans l'emploi de ce moyen. Dr Brochin.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Ch. Abadie.

Cécité congénitale ayant disparu spontanément quelques mois après la naissance.

La cécité congénitale n'est pas une affection très-rare, et il est habituellement facile d'en reconnaître l'origine. Tantôt elle est occasionnée par des cataractes qui existent déjà au moment de la naissance, tantôt elle est la conséquence de processus pathologiques, irido-choroïdites, cyclites suivies de staphylomes de la région ciliaire, etc., qui, ayant évolué pendant la vie intra-utérine, ont profondément désorganisé le globe oculaire.

Dans certains cas pourtant la lésion n'est plus aussi apparente; l'œil a son aspect normal, ses milieux sont parfaitement transparents, la région ciliaire n'offre aucune déformation et l'examen ophthalmoscopique seul peut nous permettre de découvrir la raison d'être de la cécité.

On trouve alors le plus souvent des foyers plus ou moins étendus de chorio-rétinite qui se révèlent par une dépigmentation de la couche épithéliale et du stroma de la choroïde; le fond de l'œil n'a plus sa teinte rougeâtre uniforme habituelle; il paraît plus pâle, comme grenu par suite de la distribution irrégulière de son pigment; le réseau vasculaire de la choroïde se détache avec une grande netteté sur certains points.

Les altérations pathologiques sont quelquefois très-difficiles à différencier des *variétés physiologiques* si nombreuses de pigmentation du fond de l'œil. Elles paraissent presque toujours hors de proportion avec la gravité du trouble fonctionnel, ce qui conduit à penser que les éléments sensoriels de la rétine, *cônes* et *bâtonnets*, peuvent être profondément altérés sans que l'image ophthalmoscopique soit pour cela sensiblement modifiée.

C'est dans ce groupe de chorio-rétinites qu'il faut ranger les *rétinites pigmentaires anomales* signalées par Leber et dans lesquelles les lésions caractéristiques n'apparaissent qu'assez longtemps après la naissance.

Quoi qu'il en soit, quand la cécité semble dépendre de ces lésions des membranes profondes, *le pronostic est des plus graves, et la perte de la vision a été presque toujours considérée jusqu'ici comme complète et définitive.*

L'observation suivante prouve qu'heureusement il n'en est pas toujours ainsi, et qu'il est bon de faire quelques réserves au sujet de l'avenir de ces petits malades.

Il s'agit d'un enfant qui, trois mois après la naissance, semblait encore complètement aveugle et chez lequel la sensibilité rétinienne ne commença à se manifester qu'au bout de sept mois environ. Actuellement il a quinze mois, et sa vision paraît ne différer en rien de ce qu'elle est ordinairement à cet âge.

Mme C... se présente, le 14 septembre 1876, à ma clinique, m'amenant son enfant âgé de trois mois. Elle n'a rien remarqué de particulier dans ses yeux au moment de la naissance; mais elle s'aperçut, quand il eut environ six semaines, que ses globes oculaires étaient animés de mouvements oscillatoires. (Il existe en effet un nystagmus assez prononcé dans le sens horizontal.)

Dès lors elle a surveillé avec attention la vue de son enfant, et il

lui a semblé qu'elle était très-mauvaise, sinon nulle : jamais, nous dit-elle, il ne cherche à fixer les objets brillants qu'on lui présente. Cet état s'est maintenu tel quel jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois environ après la naissance.

Le père de cet enfant est brun. La mère est châtain clair avec des iris d'un bleu très-clair. Tous deux ont une excellente vue et personne dans la famille n'a souffert des yeux ; ils n'étaient pas parents avant leur mariage.

En examinant le petit malade nous constatons un nystagmus intermittent dans le sens horizontal. Quand les yeux ne sont plus animés de ces mouvements rhythmiques, ils roulent dans l'orbite sans direction déterminée. On a beau lui présenter des objets brillants, il ne les fixe jamais et il ne cherche pas à les saisir.

Quand il est placé en face du jour, ses pupilles, dans certaines positions du regard, présentent des reflets rougeâtres comparables à la lueur oculaire des yeux albinos. Un examen attentif démontre que ce phénomène est dû à l'absence de pigment derrière la face postérieure de l'iris ; ces diaphragmes minces et presque translucides laissent passer une certaine quantité de lumière réfléchie par le fond de l'œil.

Placé dans une chambre obscure (et disons en passant que c'est ainsi qu'on peut apprécier chez les enfants l'état de la sensibilité rétinienne), on promène la flamme d'une bougie dans toutes les directions devant ses yeux sans qu'il la suive du regard et sans qu'elle semble éveiller chez lui la moindre attention.

Les pupilles ayant été dilatées par l'atropine, on constate à l'ophthalmoscope une dépigmentation générale de la couche épithéliale et du stroma choroïdien ; les vaisseaux de cette membrane se distinguent avec une grande netteté.

L'aspect grenu du fond de l'œil se rapproche de celui qu'on observe dans certaines formes de chorio-rétinite congénitale.

Tel fut du reste le diagnostic forcé.

Rien d'anormal du côté des papilles.

Bien que, d'après leur dire, le père et la mère n'eussent jamais eu la syphilis, nous prescrivîmes 15 centigrammes d'iodure de potassium par jour et des frictions autour de l'orbite avec gros comme un petit pois d'onguent napolitain.

Nous recommandâmes à la mère de nous ramener son enfant tous les mois.

Elle ne revint que quatre mois plus tard, nous annonçant toute joyeuse que depuis quelques jours son enfant commence à distinguer les objets. Effectivement, quand on place quelque chose de brillant, tel qu'une montre, devant ses yeux, il cherche à la saisir. Dans une chambre obscure il suit les mouvements de la flamme d'une bougie dans toutes les directions du regard.

Le nystagmus a sensiblement diminué.

Le fond de l'œil est resté dans le même état.

La mère nous avoue que ce changement est survenu *spontanément et qu'elle n'a pas exécuté nos prescriptions*. Depuis, l'amélioration a continué de progresser, et actuellement la vue de cet enfant, âgé de quinze mois, paraît très-bonne. Quand on lui présente un objet brillant d'un petit volume, tel qu'un bouton, une épingle, il va le saisir sans hésiter ; il fixe parfaitement avec son regard, et le nystagmus a tout à fait disparu.

Néanmoins il n'est survenu aucune modification du fond de l'œil appréciable à l'ophthalmoscope.

L'interprétation de ce fait nous semble difficile, et, les renseignements anatomo-pathologiques qui auraient pu être fournis par des cas analogues faisant complètement défaut, nous en sommes réduits à nous livrer à des hypothèses.

Disons tout d'abord qu'il ne faudrait pas chercher à nous opposer la difficulté qu'on peut éprouver à être renseigné sur l'état de la sensibilité rétinienne d'un enfant de trois mois. A cet âge, et nous en avons fait bien souvent l'expérience, alors même que les cristallins sont opaques, comme dans les cataractes congénitales si les membranes profondes de l'œil sont saines, l'enfant placé dans une chambre obscure suivra toujours des yeux instinctivement la flamme d'une bougie promenée dans toute l'étendue du champ visuel.

Nous admettrions volontiers qu'il y a eu, ici surtout, en raison de l'absence de pigment de l'iris et d'une partie de la choroïde, un développement incomplet de la rétine ; l'organisation de cette membrane, défectueuse au moment de la naissance, ne serait arrivée que tardivement à l'état physiologique.

Peut-être ces cas ne sont-ils pas très-rares et ont-ils simplement échappé jusqu'ici à l'observation. Je dois dire toutefois que toutes mes recherches pour trouver dans la littérature ophthalmologique un fait analogue avaient été vaines, lorsque, en feuilletant au dernier moment un opuscule d'ophthalmologie (1) qui vient de paraître, je trouve la relation d'un fait intéressant qui présente de l'analogie avec le précédent en ce sens qu'il s'agit aussi d'une *amaurose congénitale qui s'est améliorée spontanément ;* seulement l'amélioration a été beaucoup plus tardive et beaucoup moins complète.

Adolphe M... est venu au monde complètement aveugle. Ses père et mère jouissaient d'une bonne santé et n'étaient pas parents avant leur mariage. A l'âge de six mois, de Graefe le vit et constata une amaurose absolue. Quand il fut un peu plus âgé, on le plaça dans un institut de jeunes aveugles où on lui fit apprendre à déchiffrer les caractères en relief. *Vers l'âge de neuf ans*, il commença à percevoir la lumière, à distinguer les gros objets et à pouvoir écrire. Aujourd'hui, à l'âge de douze ans, sa vision est assez changeante, tantôt bonne, tantôt mauvaise, toujours meilleure après un séjour de quelques heures dans l'obscurité. Il ne paraît pas avoir d'héméralopie, et par un beau clair de lune il est encore capable de distinguer les objets.

Malgré l'absence de photophobie, la détermination exacte de son acuité visuelle et l'examen du fond de l'œil à l'ophthalmoscope sont choses assez difficiles à cause d'un nystagmus très-prononcé et d'un clignement presque continuel des paupières. Pourtant on arrive à reconnaître que la vision centrale est à peu près la même sur les deux yeux ; il déchiffre le n° CC de Snellen à la distance de six à sept pieds. Il est impossible d'apprécier la vision excentrique, car, dès qu'on veut lui faire regarder un objet placé latéralement, il le fixe instinctivement avec sa ligne visuelle. Néanmoins, comme il s'oriente assez facilement, on peut en conclure que son champ visuel n'est pas trop rétréci.

La recherche de la perception des couleurs indique une altération probable des nerfs optiques, car il prend le vert pour le blanc, le pourpre pour du bleu sombre ; il distingue bien le bleu. Sa dyschromatopsie porte donc sur le vert et en partie sur le rouge.

L'examen ophthalmoscopique révèle un certain degré d'hypermétropie (les verres convexes ne donnent pourtant aucune amélioration), mais aucune altération importante de la rétine et de la choroïde seule. *La papille paraît pâle, plus blanche qu'à l'état physiologique, surtout dans la moitié temporale.* Mais cette exploration ne peut être faite avec grande précision en raison des oscillations continuelles des globes oculaires.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (2).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

Cependant la flexion ne réussit pas toujours aussi rapidement que dans les cas que je viens de citer, et, quand elle produit de bons résultats, lors même qu'elle n'est pas im-

(1) *Beitrage zur praktischen Augenheilkunde von Dr Hirschberg*, p. 73. Leipzig, 1878.

(2) Suite. — Voir le numéro du 17 septembre.

médiatement couronnée d'un succès complet, il n'y a pas de raison pour se hâter de passer à d'autres moyens, surtout quand il s'agit de malades chez lesquels des moyens plus actifs ne seraient pas sans danger.

L'observation d'un diabétique affecté d'un anévrysme poplité et qui a été soigné par M. Verneuil, fera mieux ressortir la vérité de ce que je viens de vous dire (*Union méd.*, tom VI, 1868, p. 630). L'affection constitutionnelle dut exclure l'idée de la ligature, et la tendance à la gangrène s'opposait à ce que l'on pût exercer la compression à un degré suffisant, quoique cependant la flexion fût aidée dans une certaine mesure par la compression directe et indirecte. Mais, comme une amélioration graduelle suivit l'emploi de la flexion dont les séances étaient courtes et séparées par des intervalles considérables, ce traitement fut continué avec persévérance jusqu'à guérison complète.

Voilà ce que j'avais à dire relativement aux succès dus à l'emploi de la génuflexion, et qu'il me soit permis de répéter ici que j'estime que le nombre des succès serait plus grand encore si la méthode était employée avec plus de douceur, et si l'on admettait plus généralement la possibilité de la guérison par la flexion volontaire et non forcée.

Mais on rencontrera beaucoup de cas dans lesquels la flexion est trop douloureuse et trop pénible pour le malade, pour qu'elle puisse être employée sous quelque forme que ce soit; d'autres, au contraire, où, bien que facilement supportée par le malade, elle reste sans résultats. De plus, il y a sans doute des cas dans lesquels elle est dommageable, soit en déterminant la rupture du sac, soit en provoquant la gangrène. La première complication est de beaucoup la plus commune.

Dans le cas du docteur Fayrer (*Med. Times*, mars 20, 1869), l'anévrysme se rompit immédiatement après la flexion; il y a lieu de croire que c'est la flexion qui a produit la rupture, et cela semble être également l'opinion du professeur Fayrer. L'anévrysme avait eu un développement rapide, puisqu'il n'avait été remarqué que peu de jours avant, et les parois du sac étaient minces. Le membre fut fléchi et maintenu dans cette position à l'aide d'un bandage. Un quart d'heure après, une douleur aiguë se fit sentir dans le creux poplité; elle devint bientôt intolérable, et le malade enleva lui-même le bandage. Le jour suivant, on constata la rupture de la tumeur; l'artère fut alors liée, mais la gangrène survint et l'amputation fut faite avec succès. Ce cas n'était pas probablement de nature à être guéri par les moyens dits de douceur, et il est même permis de douter que la ligature de Hunter, pratiquée en premier lieu, eût empêché la perte du membre.

Le cas de M. Holt est un autre exemple d'insuccès.

Il s'agit d'une vachère adonnée à l'ivrognerie, âgée de vingt-neuf ans. La tumeur, volumineuse et très-douloureuse, présentait des pulsations faibles, mais un bruit intense. On essaya la flexion pendant deux jours, mais la malade ne put pas la supporter, pas plus que la compression qu'on chercha à appliquer de diverses manières. On se décida alors à lier la fémorale, mais le sac s'enflamma et dut être découvert. Une hémorrhagie alarmante survint, et on fit alors l'amputation, qui fut suivie de succès.

Voici encore le cas d'un malade de l'hôpital Saint-Georges, soigné par M. Broadbent, en 1867, pour un anévrysme récent, mais qui grossissait rapidement. La flexion continuée pendant près d'une semaine arrêta les pulsations, mais détermina une vive inflammation de la peau. La tumeur finit par être de nouveau le siège de pulsations, et augmenta de volume. La suppression des pulsations était ici l'indice de la rupture de l'artère. La tumeur continua à s'accroître, la peau de la région poplitée s'ulcéra, et l'hémorrhagie secondaire qui survint obligea à recourir à l'amputation; le malade mourut des suites de l'opération. A l'autopsie, on put constater que l'artère était complètement divisée, et les deux bouts étaient séparés par une distance de trois pouces au fond d'une masse considérable de sang et de caillots.

Un cas à peu près semblable s'est présenté à l'hôpital de Dreadnought.

Nous pourrions évidemment être mieux à même d'éviter les échecs et les accidents de la flexion, si nous avions des notions plus précises sur sa manière d'agir. Chacun reconnaît que l'un des premiers effets de la flexion est de diminuer la vitesse du courant sanguin; c'est à cela même que la méthode doit son existence, car elle fut d'abord recommandée par Malgaigne, Thierry et autres, par analogie avec l'action hémostatique qu'elle possède dans les plaies de la main, et elle a d'abord été employée par Maunoir et Ernest Hart, qui avaient remarqué que les pulsations de l'anévrysme s'arrêtaient quand on pliait la jambe.

M. Larondelle donne la description suivante des modifications subies par l'artère, telles qu'elles sont constatées à l'amphithéâtre : « Lorsque la jambe est pliée à angle droit sur la cuisse, de rectiligne qu'elle était, la direction de l'artère devient sinueuse dans la portion située au-dessous de la flexion, les courbes étant très-petites et très-rapprochées l'une de l'autre. En même temps, l'artère est aplatie au niveau de la flexion. L'aplatissement et la flexuosité augmentent en raison de la flexion du membre, pendant qu'au-dessus du niveau de la flexion l'artère conserve sa direction normale. Si l'on coupe la tibiale postérieure au niveau de la malléole, et qu'on injecte de l'eau par la fémorale, on verra le jet diminuer à mesure que l'angle de flexion augmente, et, quand le talon est arrivé à quatre pouces environ de la tubérosité ischiatique, il s'arrête tout-à-fait, et le piston de la seringue résiste énergiquement aux efforts destinés à pousser l'injection.»

Cependant la flexion réussit encore dans les anévrysmes fémoro-poplités, comme le prouve le cas de M. Legouest (*Gaz. des hôp.*, 1865, p. 185), et il est clair que le résultat ne peut pas être entièrement expliqué par les modifications que cet auteur décrit dans la partie inférieure du vaisseau.

Dans un travail lu devant la Société de chirurgie de Paris par M. E. Hart (*Gaz. des hôp.*, 1864, p. 46), ce chirurgien explique l'action de la flexion des membres dans les anévrysmes par la combinaison des causes suivantes : 1° la diminution dans l'inclinaison du tube artériel diminuant l'influence de la pesanteur; 2° l'augmentation de frottement produite par l'angle de flexion du tube ; 3° le changement de forme de l'artère au point de la flexion; la section du vaisseau, qui était un cercle, devient une ellipse ; 4° le relâchement de la tension artérielle au niveau de la flexion; la pression exercée par une partie de l'artère sur l'autre, et peut-être la pression directe exercée par les muscles, conséquence de leur augmentation de volume pendant la contraction. Mais Hart a des doutes à ce sujet, et, dans le cas où cette compression existerait, il doute surtout qu'elle soit avantageuse

J'avoue cependant que, tout en reconnaissant la réalité de ces faits, que, tout en leur accordant l'importance qu'ils méritent comme moyens de ralentissement de la circulation dans la tumeur, j'avoue, dis-je, qu'ils ne suffisent pas, à mon

avis, à expliquer la rapidité de la guérison dans certains cas, ou la lenteur, quelquefois même l'inefficacité complète du traitement dans d'autres cas. J'imagine que la flexion guérit aussi par le déplacement d'un caillot et l'oblitération de l'orifice anévrysmal qui en est la conséquence, tout autant que par le ralentissement de la circulation et la compression directe sur la tumeur, sinon davantage. Si la tumeur est, en effet, occupée par quelques caillots peu consistants, et si la flexion vient à déplacer un de ces caillots dans l'orifice de l'anévrysme où il fera l'office d'un bouchon, nous comprenons aisément que ce bouchon peut s'accroître pendant la durée de la flexion, au point de former un invincible obstacle à tout développement ultérieur de la tumeur. Ou bien encore, si l'anévrysme ne contient pas de caillot, ou du moins de caillot susceptible d'être déplacé, on peut cependant concevoir que l'orifice soit placé de telle façon qu'il soit fermé par le fait de la duplication de l'artère. Enfin, l'ancienne opinion qu'un anévrysme peut être guéri par la compression que la tumeur exerce sur l'artère qui y aboutit, peut se trouver réalisée dans le cas où le membre est fléchi. A part une explication mécanique semblable, je ne vois pas bien comment on peut comprendre les guérisons rapides obtenues parfois à l'aide de la flexion (comme aussi à l'aide d'autres formes de compression), ou l'arrêt immédiat du bruit et des pulsations que produit la compression dans certains cas, mais non dans tous. De plus, les cas dans lesquels la flexion amène une guérison incomplète, mais qui graduellement devient complète et définitive, semblable en cela à ce qu'on observe après l'emploi de la compression rapide, me semblent s'expliquer par l'immobilisation d'un caillot dans l'orifice de l'anévrysme. S'il en est ainsi, l'action de la génuflexion peut se comparer à celle de la manipulation.

LÉSION DU SCROTUM.

FRACTURES MULTIPLES ET COMPLIQUÉES DE L'AVANT-BRAS. — PLAIES NOMBREUSES DE LA TÊTE ET DU CORPS. — GUÉRISON.

Par le docteur KOBRYNER.

Les plaies du scrotum, même avec issue des testicules, ne sont pas rares, mais ce qu'on ne voit pas souvent, c'est l'arrachement presque complet des bourses. C'est cette lésion qu'offrait un de mes malades, dont l'histoire est d'autant plus intéressante, qu'indépendamment de la lésion scrotale, il présentait une foule d'autres blessures, parmi lesquelles des fractures multiples de l'avant-bras, compliquées de plusieurs plaies, et dont la gravité inspirait plus de craintes et nécessitait plus de soins que la lésion scrotale elle-même.

Voici cette observation :

Eugène T..., âgé de trente-huit ans, de bonne constitution, ouvrier mécanicien à l'usine (fonderie et laminerie de cuivre) de M. Secrétan, en montant sur une échelle pour graisser le palier d'un arbre de transmission, commit l'imprudence de retourner la tête, et dans ce mouvement, que son corps suivit, il présenta le côté gauche à l'arbre qui, le saisissant par la blouse, l'enleva et l'entraîna, en un clin d'œil, dans son mouvement de rotation. Pendant les quelques tours qu'a faits le malheureux, il a frappé successivement contre une poutre, contre l'échelle, et enfin, complètement déshabillé, il a été lancé violemment sur un tas de résidu de coke et de creusets cassés, à une distance de six à sept mètres. La force avec laquelle il a été jeté est prodigieuse, car l'arbre de transmission reçoit son mouvement d'une turbine de 120 chevaux-vapeur et marche avec une vitesse de 100 tours à la minute. Tout le monde crut le blessé mort, mais il ne fit que perdre connaissance, et, une demi-heure après l'accident, il put, quoique avec beaucoup de peine, répondre à quelques questions.

Cinq plaies assez considérables et trois bosses sanguines (dont une énorme) du cuir chevelu; une plaie profonde de la face comprenant dans son parcours la paupière supérieure droite; le gonflement considérable et la couleur noirâtre des paupières; des ecchymoses, des écorchures, surtout celle du nez complètement dépourvu de son épiderme; le sang qui coulait et suintait de toutes ces lésions, donnaient à la physionomie du blessé un aspect tellement hideux, tellement étrange que le plus courageux n'aurait pu s'empêcher, en le regardant, de détourner la tête avec horreur et pitié à la fois. De larges écorchures, des ecchymoses nombreuses, des contusions et même des plaies avec perte de substance couvraient tout le reste du corps ainsi que les quatre membres.

Mais ce qui frappait le plus, surtout le chirurgien, c'était l'aspect de l'avant-bras gauche, qui offrait trois fractures dont une, la moyenne, comminutive, et la lésion du scrotum qui, entièrement arraché, ne tenait que par un petit pédicule à la racine de la verge, dont la peau elle-même était déchirée dans une certaine étendue. Il ne restait de cette enveloppe qu'un petit bord d'un centimètre et demi de largeur, tandis que l'autre bord de la plaie était formé par la peau de la cuisse droite. La cloison des dartos était détruite et les deux testicules, ainsi que les cordons spermatiques, complètement dépourvus de leurs enveloppes, descendaient presque jusqu'à la partie moyenne des cuisses.

Après avoir rasé, cousu et pansé les plaies de la tête et de la face, j'envoyai chercher mon collègue et ami, M. le docteur Pagès, pour m'assister dans l'opération des deux principales lésions : celle du scrotum et celle de l'avant-bras.

Les enveloppes des testicules ayant été complètement désorganisées, je les enlevai tout à fait, en les coupant au niveau de leur attache, à la racine de la verge; puis, après avoir coupé toutes les portions de peau trop désorganisées, après avoir lavé et enlevé les corps étrangers de la plaie, et après avoir réduit les testicules, j'ai rapproché les bords en les faisant glisser sur les tissus sous-jacents, opération singulièrement facilitée par l'accident lui-même car ils étaient décollés dans une certaine étendue, et, une fois cette soi-disant autoplastie exécutée, je les ai maintenus en contact par des points de suture placés à cinq millimètres de distance les uns des autres. Un linge fenêtré, de la charpie et un bandage en T complétaient le pansement.

Les premiers jours tout alla bien, mais bientôt les bords, à force d'être tiraillés par les fils, s'enflammèrent, et, malgré des applications émollientes, finirent par se gangrener. Alors, sans hésiter un seul instant, j'enlevai toutes les sutures et je les remplaçai par des bandelettes agglutinatives qui, grâce aux adhérences que la peau avait déjà contractées avec les tissus sous-jacents, maintenaient les bords assez rapprochés. Le travail de désorganisation cessa, les parties mortifiées se détachèrent, l'inflammation disparut et des bourgeons charnus remplirent peu à peu l'intervalle laissé par l'écartement des bords et par la petite perte de substance déterminée par la chute de l'eschare. Enfin, trente-deux jours après l'arrivée de l'accident, la guérison du scrotum était complète.

Quant à l'avant-bras, j'avais appliqué d'abord, vu le gonflement assez considérable du membre, un appareil de Scultet, mais je fus obligé de l'enlever séance tenante, le malade ne pouvant pas le supporter, et je soumis l'avant-bras à des irrigations continues d'eau froide. Le lendemain mon confrère, M. Pagès, après avoir opéré la réduction du membre fracturé, appliqua l'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras, en ayant soin toutefois, à cause de la fracture concomitante du radius vers son tiers inférieur, de se servir de l'attelle coudée qu'il appliqua sur la face dorsale. Mais une petite contusion, qui paraissait très-légère au début, frappa de mort la peau au niveau de la fracture moyenne, et nécessita l'application d'un autre appareil. Quoique ce dernier, par suite de nouvelles complications, ait subi le même sort que le premier, il a été cependant trop ingénieux pour que je le passe sous silence. C'est encore mon confrère qui l'a appliqué. Les pièces de l'appareil étaient les mêmes, la manière de les appliquer seule avait été

changée. L'attelle coudée, primitivement dorsale, a été placée sur la face palmaire et fixée, une première fois, par plusieurs circulaires, au niveau du poignet, et, une seconde fois, par d'autres circulaires d'une seconde bande, près de l'articulation du coude. Dans l'intervalle des circulaires des deux bandes, M. Pagès tailla ensuite une fenêtre à la compresse résolutive et mit ainsi la plaie à nu. Le pansement de celle-ci opéré, les compresses graduées supérieures ainsi que l'attelle furent placées dessus et le tout fixé par les doloires ascendantes et descendantes des deux bandes. On voit que de cette manière il n'était pas nécessaire de déranger tout l'appareil pour panser la plaie; il suffisait d'enlever l'attelle ainsi que les compresses graduées supérieures, et de rabattre la fenêtre faite à la compresse résolutive. Malheureusement l'apparition sur l'avant-bras de trois autres plaies, l'aggravation incessante de l'eschare gagnant en largeur et en profondeur, due sans doute à la compression exercée par l'appareil, et enfin le déplacement des os fracturés amené par la contraction continuelle des muscles, me forcèrent d'enlever complètement ce second appareil.

Afin de remplir toutes les indications, c'est-à-dire : 1° empêcher la tendance des os au déplacement; 2° soustraire le membre à toute compression ; 3° faciliter le pansement journalier des plaies sans déranger l'appareil, j'ai recouru à l'hyponarthécie, telle que l'employait Mayor, et, pour permettre au membre des mouvements de totalité, j'ai suspendu l'appareil au plafond au moyen de cordes munies de poulies. Dès ce moment tout changea d'aspect, la gangrène se détacha, et les plaies et les fractures, dont l'état pouvait être surveillé tous les jours, guérirent régulièrement, quoique très-lentement. Le quarante-troisième jour, après avoir appliqué l'appareil hyponarthécique, je le remplaçai par un bandage roulé. Actuellement, soixante-trois jours après l'accident, l'avant-bras est tout à fait consolidé et il commence à exécuter quelques mouvements.

Quant aux plaies de la tête, de la face, et celles qui couvraient presque tout le corps, elles ont guéri bien avant l'avant-bras.

Il ne me reste qu'à mentionner les circonstances qui ont contribué à amener un aussi heureux résultat. J'ai déjà dit que le malade était de bonne constitution, mais sa guérison a été largement favorisée par la générosité de M. Secrétan, qui, dès le premier jour de l'accident, a mis sa maison à la disposition du malade, en recommandant de ne reculer devant aucune dépense. C'est ainsi que le blessé a pu être entouré de tous les soins que nécessitait son état et résister en même temps, grâce à une nourriture tonique et appropriée, à la suppuration prodigieuse de toutes ses plaies et lutter contre les accidents et complications qui entravaient à chaque instant la marche régulière des blessures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

D'après un rapport récemment adressé à l'Administration préfectorale par le directeur de l'Assistance publique, M. Moring, le nombre des lits, dans les hospices et hôpitaux, s'élevait, en 1859, à 14.364, pour une population de 1.174.346 habitants. En 1877, pour une population de 1.988.080 habitants, l'Administration disposait de 17.017 lits.

En rapprochant ces chiffres, on constate que, pendant que la population augmentait de 69 0/0, l'accroissement du nombre de lits, dans les hôpitaux et hospices, n'était que de 18 0/0.

Pour remédier à cette insuffisance, l'Administration propose, outre la conservation à titre définitif de l'Hôpital temporaire de la rue de Sèvres, d'augmenter dans une notable proportion les secours à domicile.

— M. le docteur H. Picard commencera le jeudi 26 septembre, à une heure, à son dispensaire, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours particulier de technique microscopique, le lundi 30 septembre, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont de Lodi, n° 5.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure de faire les analyses que réclame journellement la pratique médicale.

Pour cela, ils répètent eux-mêmes toutes les expériences, et sont exercés individuellement.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean Lantier, de midi à une heure.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Fracture double de la base du crâne consécutive à une pression violente, d'un côté à l'autre, de la tête. — Autopsie.

Nous avons sous les yeux les pièces anatomiques du malade du n° 30 de la salle Sainte-Vierge, dont je vous ai entretenu déjà dans une précédente séance et qui, vous vous le rappelez, avait été amené dans le service avec une fracture double de la base du crâne, consécutive à une pression latérale de la tête, d'un côté à l'autre. Cet homme, vous vous en souvenez aussi, ne présentait aucun symptôme d'ébranlement cérébral; il se plaignait seulement d'un peu de céphalalgie, et le signe capital qu'il nous présentait à ce moment consistait dans un écoulement sanguin extrêmement abondant par l'oreille gauche, et dans la sortie, par l'oreille droite, d'un liquide aqueux, également très-copieux, phénomènes sur lesquels je m'appuyai pour diagnostiquer la fracture double de la base du crâne. J'ajoutai enfin que cet homme était très-vraisemblablement exposé à une méningo-encéphalite aiguë, tout en déclarant pourtant que la gravité du pronostic était atténuée par l'absence de commotion cérébrale et le défaut d'habitudes alcooliques. Néanmoins, malgré ces circonstances favorables, le troisième ou quatrième jour après son entrée dans le service, cet homme commença à présenter un peu de délire. Quoiqu'il n'eût pas un accroissement notable du pouls et que la température ne se fût pas élevée sensiblement, le désordre intellectuel fit des progrès, et, le surlendemain, le malade succomba, six jours après son accident.

A l'autopsie, nous avons trouvé toutes les lésions qui caractérisent la méningo-encéphalite à ses divers degrés : hyperémie de la pie-mère, coloration grise et épaississement de l'arachnoïde au niveau de l'espace sous-arachnoïdien antérieur, enfin présence sur quelques points du cerveau, notamment à la base, d'un liquide roussâtre qui n'était autre que du pus.

Relativement aux deux fractures du rocher que nous avions diagnostiquées pendant la vie, voici ce que nous avons trouvé. A gauche, il existe une fracture longitudinale, ainsi que je l'avais prévu ; elle est caractérisée par de la mobilité au niveau de la face supérieure du rocher, où l'on constate une fente fissurique surtout accusée en arrière ; en ce point même, une petite esquille s'est détachée du reste de l'os. Cette fissure est très-longue : elle part du point de réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de cette partie du temporal et passe par l'hiatus de Fallope, ainsi que par le petit sillon qui loge le nerf fibreux superficiel. Elle nous permet de comprendre comment le sang a pu passer dans l'oreille moyenne et de là se faire jour à l'extérieur, à travers la membrane du tympan qui, dans ce cas, est presque toujours déchirée, puisque c'est sur ce trajet que passe ordinairement la fissure.

Mais d'où venait ce sang qui s'écoulait en telle abondance que le malade avait failli mourir d'hémorrhagie? Du rocher lui-même? Mais celui-ci n'est pas assez vascularisé pour donner lieu à des pertes semblables. De l'artère stylo-mastoïdienne? C'est peu probable, car, en supposant même qu'elle eût été déchirée, ce vaisseau n'est pas assez volumineux pour produire une hémorrhagie capable de compromettre l'existence. Aussi, et comme d'ailleurs l'hémorrhagie était veineuse, j'ai pensé que le sang devait venir de l'un des sinus de la dure-mère, que M. Chassaignac a autrefois indiqués comme une source possible de l'écoulement sanguin dans des conditions analogues. J'ai émis l'opinion, en conséquence, que le sang venait très-probablement du sinus pétreux supérieur, quoique la fissure ne fût pas sur le trajet de ce vaisseau; peut-être du sinus pétreux inférieur, ou bien enfin de la gouttière latérale fracturée en un point quelconque de son parcours.

Cette dernière explication est celle qui paraît la plus fondée. En effet, indépendamment de la fissure longitudinale que je viens de vous signaler, il en existe une seconde, transversale, qui, partant de la base du rocher, se continue jusqu'au trou occipital en passant par la portion écailleuse du temporal et de l'occipital. Cette fissure, qui passe juste par le sinus latéral, doit très-vraisemblablement avoir déterminé, sur son trajet, la déchirure de la portion de la dure-mère qui tapisse à ce niveau la gouttière latérale. Celle-ci étant rompue, le sang provenant du sinus latéral, s'engageant dans la fissure, la suivait, puis, arrivant dans l'oreille moyenne, il s'écoulait par l'oreille externe après avoir passé par la membrane déchirée du tympan. On s'explique donc très-bien ainsi l'écoulement sanguin si abondant qui se produisait chez ce malade.

Mais pourquoi cette hémorrhagie s'est-elle arrêtée sponta-

nément? Très-probablement parce que, sous l'influence de la lipothymie causée par la perte de sang abondante que cet homme a subie et en vertu des contractions peu énergiques du cœur, il a dû se former dans le sinus un petit caillot qui, en obstruant la fissure, a suffi pour s'opposer à l'écoulement du sang.

Quant à l'écoulement par l'oreille droite de cet autre liquide légèrement teinté en rose, mais de consistance aqueuse, et suintant avec une abondance telle qu'en moins d'une demi-heure nous avons pu en recueillir sous vos yeux au moins 20 grammes, si bien que l'on peut évaluer la quantité qui s'est écoulée pendant les vingt-quatre heures à 700 ou 800 grammes, il n'est pas douteux pour moi qu'il n'était autre que du liquide céphalo-rachidien.

Bien des discussions ont été soulevées sur l'origine de ce suintement séreux que l'on observe dans les cas de rupture de la base du crâne.

Quant à moi, voici ce que je vous ai déjà dit et ce que je n'hésite pas à vous répéter : Oui, quand le liquide est peu abondant ou quand il donne seulement 10, 15, 20 grammes dans les vingt-quatre heures, on peut discuter son origine. Mais, quand on voit dans cet espace de temps cet écoulement atteindre la proportion de 500, 600, 700 grammes, il ne peut être qu'un liquide provenant d'une source qui se renouvelle continuellement et abondamment. Or ce liquide se renouvelant ainsi continuellement et abondamment est du liquide céphalo-rachidien. Auguste Bérard et Nélaton avaient très-bien compris qu'il ne pouvait en être autrement, et Robert, en démontrant, d'après les analyses de M. Chatin, que ce liquide ne contenait qu'une très-petite quantité d'albumine, mais qu'en revanche il renfermait du chlorure de sodium, propriétés qui, vous le savez, appartiennent au liquide encéphalo-rachidien, a confirmé cette opinion.

Or les recherches auxquelles nous nous sommes livrés avec M. Albert Bergeron, relativement à la nature de l'épanchement fourni par notre malade en si grande abondance, nous ont démontré l'absence complète d'albumine et la présence d'une quantité considérable de chlorure de sodium, facile à constater au moyen du nitrate d'argent qui donne lieu, dans ce cas, à un précipité abondant de chlorure d'argent.

Il s'agissait donc manifestement, ici, du liquide céphalo-rachidien, et il devait nécessairement y avoir communication de l'oreille externe avec un des espaces arachnoïdiens. Mais où était cette communication? M'appuyant sur la manière dont les choses se passent dans le plus grand nombre de cas, je vous ai dit dans ma dernière leçon qu'il devait y avoir, chez ce malade, une fissure soit transversale, soit longitudinale, passant au niveau du trou auditif interne et divisant le cul-de-sac arachnoïdien lui-même qui s'engage dans cet orifice et accompagne le nerf de la septième paire, ou bien seulement la portion de la dure-mère qui sert de pont à cette cavité. C'est ainsi, en effet, que les choses se passent généralement. On a bien, il est vrai, cité des cas dans lesquels la fracture ne siégeait pas au niveau du tronc auditif interne; mais alors, ou bien le liquide écoulé avait été assez peu abondant pour faire croire que l'on avait affaire au liquide labyrinthacé, ou bien, si l'épanchement était trop abondant pour que l'on pût supposer qu'il s'agissait du liquide de Cotugno, on n'avait pas suffisamment recherché si la fracture n'était pas en communication avec un autre des espaces arachnoïdiens.

Ici, nous ne trouvons pas de fissure transversale au niveau du trou auditif interne; mais, à défaut de celle-ci, nous constatons un peu en arrière de l'orifice une petite fente transversale qui donne même lieu, à sa partie postérieure, à un déplacement assez saillant, suivant l'épaisseur. Cette fissure divise le rocher jusqu'à sa jonction avec la portion écailleuse du temporal, et vient se réunir avec une seconde fissure longitudinale, tout à fait semblable à celle du côté opposé.

Mais, me direz-vous, s'il en est ainsi, en quoi l'espace sous-arachnoïdien est-il tombé au niveau du trou auditif? Est-ce à dire, par conséquent, que nous n'avons pas affaire à du liquide céphalo-rachidien, que le suintement qui a lieu par l'oreille de ce malade provient d'une autre source, ou bien que, s'il s'agit réellement de liquide céphalo-rachidien, celui-ci prend son origine en tout autre point que celui que vous lui assignez?

Nous nous sommes donc livré, pour éclaircir ce point, à de nouvelles recherches, et en voici le résultat. Cette portion saillante, ce déplacement du rocher suivant l'épaisseur, dont je viens de vous parler, devait diviser la dure-mère, l'arachnoïde pariétale qui tapisse la dure-mère. Or, comme il se trouvait en rapport, en bas surtout, avec la partie la plus externe du grand confluent céphalo-rachidien, l'espace sous-arachnoïdien antérieur, il est probable que c'est en ce point que cette cavité a été perforée et que c'est de là que provenait le liquide dont il est question.

Mais comme, d'autre part, nous sommes en ce point au niveau de la partie antérieure du trou déchiré postérieur où passe la dure-mère, il n'est pas impossible que cette portion de la séreuse qui accompagne l'arachnoïde pariétale au niveau du cul-de-sac occupé par le nerf de la neuvième paire, ait ouvert cet espace au niveau du spinal, du pneumo-gastrique et du glosso-laryngien.

Quoi qu'il en soit, ici, deux confluents peuvent avoir été ouverts : la partie externe du grand espace sous-arachnoïdien antérieur et le petit espace qui accompagne les trous de la huitième paire dans le trou déchiré postérieur, de telle sorte que, bien que je n'aie pas la confirmation de ce que j'avais supposé, je ne doute pas que nous ayons là une fissure transversale qui ait ouvert un des espaces sous-arachnoïdiens, déchirure confirmée par l'absence d'albumine dans le liquide épanché et par sa richesse en chlorure de sodium.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

Traitement de la métrite chronique.

Le traitement de la métrite chronique n'est ni simple ni facile : il faudrait passer en revue presque toute la matière médicale si l'on voulait énumérer tous les procédés et tous les médicaments auxquels on a eu recours dans le traitement de cette affection, Cette grande variété de la médication fait supposer immédiatement que, si l'on s'est adressé à tant de moyens, c'est probablement parce qu'ils échouaient successivement. En effet, le traitement de la fièvre intermittente, par exemple, par le sulfate de quinine est simple et unique parce qu'il est efficace. Traduisant cette pensée, Scanzoni a même dit qu'on ne guérit jamais la métrite chronique.

Je crois cette opinion erronée : j'ai vu souvent guérir des malades atteintes de métrite chronique, ou, au moins, j'ai vu dans leur état des intervalles très-longs pendant lesquels elles jouissaient d'une santé relativement satisfaisante. C'est qu'en effet il faut s'entendre sur ce que l'on appelle la guérison. Sans doute, si l'on attend une guérison au point de

vue anatomo-pathologique, si l'on attend que l'utérus soit revenu à ses dimensions normales, qu'il ne présente pas d'exubérance du tissu celullaire, on ne pourra jamais affirmer une guérison. Mais, au point de vue clinique, c'est tout autre chose : je dis qu'il y a guérison si la malade, tout en conservant un utérus volumineux, ne ressent plus de douleurs, n'éprouve plus aucun des troubles qui accompagnent la métrite, soit du côté de l'appareil digestif, soit du côté de l'appareil génital. C'est la disparition de tous ces symptômes que nous poursuivons : peu importe le volume de l'utérus.

Mais, pour arriver à ce résultat, il faudra un traitement long, suivi avec persévérance, utilisant toutes les ressources de la thérapeutique, passant d'une médication à une autre, et s'adaptant à toutes les circonstances particulières de l'évolution de la maladie.

Il serait certainement fastidieux d'énumérer toutes les médications qu'on a proposées ou qu'on a pratiquées pour traiter la métrite chronique. Mon but est de ne consacrer qu'une seule leçon à cette question qui comporterait de longs développements : je me bornerai à vous indiquer dans leurs traits principaux les ressources que la thérapeutique met à la disposition du médecin dans cette maladie ; je laisse à votre sagacité et à votre tact le soin de combler les lacunes de détail que je suis obligé de subir dans cette étude.

Une division toute naturelle nous permet de classer en deux groupes les moyens de traitement, selon qu'ils s'adressent à tout l'organisme ou qu'ils ne sont que des moyens locaux.

Nous aurons donc à étudier : 1° la médication générale ; 2° la médication locale. Nous terminerons cette étude par quelques considérations d'hygiène, qui doivent nécessairement être annexées aux moyens thérapeutiques proprement dits.

I. La médication générale comprend plusieurs groupes : les antiphlogistiques, les altérants et les fondants, les dérivatifs, les révulsifs.

Chacun de ces agents a été employé dans la métrite chronique.

1° Les antiphlogistiques paraissent constituer une médication tout indiquée dans une maladie qui consiste en une inflammation; il semble que leur emploi soit tout naturel. Mais il faut bien observer que nous avons affaire ici à une inflammation chronique, et à une affection qui amène rapidement un épuisement considérable de l'organisme; or, dans toutes les affections chroniques qui débilitent ainsi profondément la constitution, les émissions sanguines générales, qui nous semblaient d'abord naturellement indiquées, sont absolument contre-indiquées. La saignée, même très-modérée, doit être proscrite du traitement de la métrite chronique; j'irai même plus loin, j'ajouterai et dans le traitement de la métrite aiguë. Dans cet hôpital même, il y a quelques années encore, on avait continué la pratique de Lisfranc, et on recourait à la saignée d'une façon méthodique dans la métrite aiguë ; progressivement on a abandonné ces larges spoliations sanguines, et, à la fin, on avait diminué les saignées générales au chiffre de 60 ou 30 grammes, c'est-à-dire dans des proportions absolument insignifiantes et inefficaces.

Toutefois il n'en est plus de même des saignées locales, dont nous devons nous occuper ici, quoique leur étude se rattache à la médication locale proprement dite. Mais il est important de préciser complètement toute la valeur des émissions sanguines. Il est donc tout à fait différent d'enlever 30 grammes de sang à la circulation par une saignée générale, faite au bras ou au pied, au lieu d'enlever ces 30 grammes de sang à l'organe malade lui-même. La saignée locale, s'adressant à l'utérus lui-même, provoque une déperdition très-utile dans presque tous les cas de métrite chronique. Dans le cours de cette maladie, on observe, en effet, ce qu'Aran appelait si ingénieusement le rajeunissement de l'inflammation, c'est-à-dire des poussées inflammatoires provoquées par une fatigue, par une irritation quelconque, par la menstruation. C'est alors qu'on usera avec grande utilité d'une petite émission sanguine locale ; quelques sangsues sur le col, quelques ventouses scarifiées, quelques scarifications sur le col utérin, sont un excellent traitement. Il faut y revenir à différentes reprises; il est bien peu de cas, suivant Aran, où il n'y ait pas indication de ces petites opérations, et où l'on ne s'en trouve satisfait.

Comme annexe de cette médication antiphlogistique, nous devons citer l'emploi de l'eau tiède, les bains prolongés, qui, sans affaiblir les malades, amènent une sédation marquée. Les cataplasmes, appliqués en permanence sur l'abdomen, auraient un avantage analogue, se rapprochant de l'effet produit par les bains.

Tels sont les agents les plus utiles de la médication antiphlogistique dont l'emploi est indiqué au début de la métrite chronique et dans les poussées dont nous venons de parler.

2° La médication altérante comporte l'emploi du tartre stibié qui marque la transition entre les deux sortes de médication antiphlogistique et altérante. On sait que la méthode rasorienne utilise les deux propriétés du tartre stibié : c'est suivant les règles de cette méthode qu'on a conseillé le tartre stibié dans la métrite aiguë, et surtout dans la métrite puerpérale. On l'emploie à la dose de 25 à 30 centigrammes dans une potion de 100 à 125 grammes à prendre dans la journée. Par extension, on a proposé ce médicament dans la métrite chronique ; à ce sujet, je dois dire que je ne l'ai jamais employé dans la métrite chronique et que je ne me suis pas bien trouvé de son emploi même dans la métrite aiguë. Si je vous le signale, c'est pour le proscrire de la thérapeutique de cette affection.

Il n'en est pas de même des purgatifs. Ils se trouvent d'autant mieux indiqués que les troubles digestifs, et en particulier une constipation opiniâtre, sont un accompagnement ordinaire de la métrite chronique. Tous les purgatifs seront donc prescrits avec utilité : ils sont très-efficaces dans tout le cours de cette maladie. Peut-être, et par une considération purement théorique, je recommanderai le calomel en raison de ses propriétés altérantes; cependant les malades en sont facilement et rapidement fatigués, et l'on se trouve obligé de le remplacer par les purgatifs salins. On le prescrit, comme altérant, par doses fractionnées; par exemple, 10 centigrammes de calomel avec 4 grammes de sucre, à distribuer en vingt paquets et à prendre un paquet toutes les heures. Cette médication produit une salivation mercurielle très rapidement : ce qui indique une modification intime dans les éléments de l'organisme. On sait que le calomel est ainsi employé très-utilement dans certaines phlegmasies chroniques pour obtenir la résorption des tissus plastiques déposés dans les parenchymes, de la cornée et de l'iris tout particulièrement. Son emploi est donc rationnel dans la métrite chronique, quoique le médecin doive s'attendre à ce qu'il ne sera pas assez longtemps supporté par les malades pour en espérer une action efficace sur les tissus plastiques de l'utérus.

Comme médicaments altérants et fondants, nous devons aussi avoir recours aux préparations iodées à l'intérieur et à l'extérieur : par exemple un sirop d'iodure de potassium pres-

crit dans la proportion de 10 grammes d'iodure pour 250 grammes de sirop, à prendre une cuillerée matin et soir. Ce sirop peut être pris pendant une série de quinze jours, suivie d'un repos de quinze jours, et ainsi de suite. On peut encore prescrire la teinture d'iode, huit à dix gouttes dans un verre d'eau sucrée; de même les frictions faites largement sur le ventre avec les pommades à l'iodure de plomb, à l'iodure de potassium, avec la pommade mercurielle.

3° Les dérivatifs sont les vésicatoires employés sur la peau comme les purgatifs sur la muqueuse intestinale. On applique les vésicatoires sur la peau de l'abdomen; mais il faut suivre ce traitement avec persévérance si l'on veut en obtenir quelques résultats; il faut trois, quatre, sept, huit, dix vésicatoires successivement, et sur une surface assez étendue. Pour éviter les accidents qu'ils produisent du côté de la vessie, on emploiera des vésicatoires fortement recouverts de camphre. On les panse avec le cérat simple.

On obtiendra des effets analogues des frictions avec l'huile de croton, faites sur le ventre et la partie supérieure des cuisses. Huguier a employé cette médication avec une vigueur incomparable et en a obtenu des succès assez nombreux : il aidait encore cette thérapeutique héroïque par des cautères et des sétons appliqués sur la peau du ventre. Il faut dire que beaucoup de malades ne sont pas enchantées de toutes les cicatrices ainsi produites sur le ventre; j'ai eu à traiter récemment une actrice qui ne songeait à rien moins qu'à se faire tatouer la peau du ventre pour faire disparaître les cicatrices produites par un traitement antérieur. On sait aussi que les traces désagréables que laissent ces divers moyens révulsifs ont fait renoncer à leur emploi sur la poitrine, sur le cou, chez les jeunes enfants et chez les jeunes filles.

Si les cautères et les petits sétons (faits avec quatre ou cinq brins de fil passés avec une aiguille à suture) ont rendu quelques services, c'est plutôt dans les cas d'ovarite chronique, de phlegmasie péri-utérine chronique, etc.

II. Les moyens locaux peuvent se diviser en deux groupes, selon qu'ils s'adressent aux lésions du parenchyme ou aux lésions de la muqueuse.

1° Les lésions du parenchyme sont traitées avec efficacité d'abord par les émissions sanguines locales, dont nous avons parlé plus haut. Nous n'avons pas besoin d'y revenir.

Les bains locaux sont aussi d'une grande utilité : l'eau tiède sur le col utérin est un très-bon moyen de traitement : injections vaginales d'eau tiède associée d'abord aux émollients pendant la période aiguë de la métrite, puis plus tard aux astringents. Mais il faut bien savoir comment doit être faite l'injection; les injections faites comme les font la plupart des femmes sont absolument inefficaces; il faut que le liquide baigne le col, et on ne réalise cette condition qu'en faisant coucher la malade sur le dos, le bassin un peu relevé pour assurer au vagin une position déclive. Une femme, venue de l'Amérique du Sud pour se faire traiter en France, prend une position très-originale, adoptée dans son pays pour cette opération : elle se place dans la position recommandée par Sims pour l'examen avec son spéculum univalve, et, le vagin s'ouvrant naturellement, une femme de chambre verse par derrière l'eau tiède dans la cavité vaginale. Il est utile d'éviter la projection trop forte du liquide; l'eau venant d'un bassin suspendu, par l'effet de la seule pression atmosphérique, dans un tube, serait même préférable à l'injection faite avec un irrigateur. Il faut proscrire l'emploi de certain modèle d'irrigateur nouveau qui injecte autant d'air que de liquide. Sous ce rapport, l'irrigateur Éguisier est celui qui me paraît préférable.

Les injections se rapprochent des applications de cataplasme; le cataplasme vaginal de M. Lelièvre, de composition analogue à son cataplasme, a l'inconvénient de faire une saillie volumineuse et douloureuse à la vulve; l'idée charlatanesque de placer un petit sachet de graine de lin au fond du vagin, en laissant aux mucosités le soin de le transformer en cataplasme, n'a donné aucun résultat satisfaisant. Je préférerais le vulgaire et ancien cataplasme vaginal, placé dans une mousseline.

Tous ces moyens antiphlogistiques s'adressent à la première période de la maladie, alors qu'il y a hypervascularisation et inflammation des tissus.

La seconde période est traitée par les altérants : on les applique sur le col de l'utérus pour empêcher la production exubérante de tissu conjonctif. Les vésicatoires étaient placés par Aran directement sur le col.

De même, l'iodure de potassium placé dans un sachet d'étoffe. On a proposé d'étendre le collodion sur le col utérin; mais il s'y applique mal à cause de la lubréfaction continuelle de la région. Les vésicatoires sont plus utiles, mais ils sont d'une application difficile.

Mieux vaut recourir aux caustiques, lors même qu'on ne voudrait agir que sur le parenchyme et qu'il n'y en aurait aucune indication du côté de la muqueuse. Le cautère, actuel ou potentiel, est efficace. Un moyen recommandé par Courty, l'ignipuncture, est devenu encore d'une application plus commode depuis l'invention du thermocautère de Paquelin; on fera des cautérisations pénétrant à une profondeur de 1 à 2 centimètres dans l'épaisseur du col; on réitère deux à quatre cautérisations sur les deux lèvres, quand l'utérus est volumineux, qu'il présente cette teinte jaunâtre du deuxième degré de la métrite chronique. Ce traitement énergique est justifié par la nécessité de produire un travail moléculaire actif; si l'on n'était qu'à la première période de vascularisation, d'ulcération même, il suffirait de quelques millimètres seulement.

C'est dans cet ordre d'idées sur les révulsifs et les altérants qu'on a songé à préconiser contre la métrite chronique la méthode de Valsalva, la *cura famis*. Aran l'avait conseillée; mais les malades sont déjà assez débilitées par leur affection même sans qu'on cherche encore à les débiliter artificiellement, d'autant plus que l'utérus serait sans doute un des derniers organes à se ressentir de l'inanition. Je n'insiste pas davantage sur cette méthode.

2° Les lésions de la muqueuse sont combattues par des topiques dont le caractère commun est de posséder des propriétés escharotiques; tels sont la teinture d'iode, le nitrate d'argent solide ou en solution au quart ou au cinquième, le perchlorure de fer, l'acide pyroligneux, l'acide chromique, la potasse, le caustique de Filhos (deux parties de potasse contre une partie de chaux vive), le nitrate acide de mercure. On ne doit pas faire une application banale de tous ces moyens de traitement, comme on le fait assez généralement, parce que c'est le traitement que les malades préfèrent; il ne faut pas oublier que ce n'est pas la partie essentielle du traitement, et que, si les lésions de la muqueuse sont légères, la médication dirigée contre les altérations parenchymateuses suffit, et entraîne la guérison du côté de la muqueuse.

Outre les ulcérations de la muqueuse, on peut avoir à traiter des polypes, les kystes produits par l'hypertrophie des papilles ou des follicules. Si l'on voit de petits polypes, il suffit

de les enlever. Quant aux kystes, on doit les ouvrir ; s'il y en a un assez grand nombre dans la cavité du col (œufs de Naboth), il ne faut pas hésiter à introduire une lame de bistouri dans la cavité cervicale et à pratiquer plusieurs incisions. Quand les kystes sont ainsi ouverts, on promène un pinceau imbibé de nitrate d'argent en solution dans la cavité du col.

Il me reste peu de chose à dire du traitement de la métrite chronique : les névralgies symptomatiques de cette affection se traitent, comme les névralgies primitives, par les vésicatoires morphinés, les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. La chlorose et la dyspepsie qui la produit sont passibles des traitements ordinaires : opium, morphine, eaux légèrement alcalines, ferrugineux, purgatifs légers. Parmi les reconstituants à employer comme moyen de combattre ces affections, citons l'eau froide; l'hydrothérapie est la clef de voûte du traitement de la métrite chronique. On l'emploiera soit en affusions froides, durant environ quinze secondes, suivies de réaction (massage, etc.); soit localement en bains de siège froids, irrigations vaginales à courant continu.

Nous terminerons cette étude sur le traitement par quelques considérations d'hygiène qui doivent aider dans la médication et ont une grande part dans la guérison.

Doit-on prescrire le repos aux femmes atteintes de métrite chronique? Lisfranc les obligeait à passer cinq ou six mois sur des chaises longues. Je ne partage pas cette manière de voir. Je permets l'exercice à mes malades. Sans doute, quand cet exercice est douloureux, je leur ordonne d'éviter de se fatiguer, surtout aux époques menstruelles. Elles peuvent prendre un certain exercice, sans s'exposer à la fatigue, par exemple à la campagne, en habitant un rez-de-chaussée, près d'un jardin, etc.

Le repos moral est aussi très-important pour ces malades : on sait combien les maladies des organes génitaux en particulier ont un retentissement fâcheux sur l'état moral des malades qui tombent vite dans les idées tristes, le *tædium vitæ*, qui les conduit bientôt à un état profond d'hypochondrie.

Enfin, au sujet du repos de l'organe malade, je ne suis pas partisan d'un repos excessif ; quand les relations sexuelles ne produisent pas de douleurs, qu'il n'y a pas d'ulcérations fongueuses et qu'elles ne sont pas suivies d'un écoulement sanguin, je les tolère assez largement, précisément dans le but de ne pas augmenter l'état d'hypochondrie qui s'exagérerait encore par l'éloignement de leur mari. Je crois même que l'accomplissement des fonctions génitales doit être utile à la guérison lorsque l'utérus est à la seconde période de la maladie, dans un état d'anémie, d'atrophie des vaisseaux, et qu'il amène une certaine modification moléculaire dans l'organe au même titre que le massage et l'eau froide. Dans notre service, parfois nous laissons sortir des malades pendant quelques semaines, et nous n'avons pas observé de mauvais effets de cette habitude, dont certainement elles ont usé.

Une dernière question hygiénique peut intéresser le praticien : nous avons vu que la métrite chronique n'épargne pas les jeunes filles; or une jeune fille, atteinte de métrite chronique, peut-elle se marier sans inconvénient? Si la métrite est à la première période, nous devons nous opposer au mariage; si elle est à la seconde période, nous pouvons laisser la famille faire ce qu'elle voudra, mais en la prévenant qu'il y a une maladie utérine qui n'est pas guérie, qui sera peut-être plus facile à traiter après quelques mois de mariage, mais qui peut, en outre, rendre la fécondation plus difficile.

Plusieurs médecins ont même poussé plus loin dans cette voie, et ont prétendu que, lors même que l'occasion du mariage ne se présenterait pas à la famille, comme nous supposions le problème dans le cas précédent, il faudrait le rechercher et le provoquer pour obtenir la guérison.

Je pense, au contraire, que jamais dans la métrite chronique on ne doit se trouver dans le droit de conseiller le mariage comme un moyen de traitement de cette affection.

ÉTUDE

CHIMIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES COMBINAISONS LACTÉES DU BICHLORURE HYDRARGYRIQUE,

Par M. le docteur J.-A. MANDON,
Professeur à l'École de médecine de Limoges (communication orale faite à l'Académie de médecine).

A la température ordinaire et dans moins d'une minute, c'est-à-dire immédiatement, une solution de sublimé corrosif se combine avec les principes du lait, savoir : caséine, albumine, beurre, sucre de lait.

La preuve en est donnée en traitant soit le lait en masse, soit le beurre ou la caséine, etc., isolément et à froid par une pile sèche composée d'un fragment d'aluminium de 10 centimètres de long sur 3 centimètres d'épaisseur, enveloppé d'une feuille de platine fixée à l'aide d'un fil de chanvre.

La feuille de platine perd en quelques minutes son éclat, et l'amalgame se dénonce en plaçant cette feuille sur un flacon à dégagement de chlore. Ce gaz forme, avec le mercure, du bichlorure hydrargyrique qu'il est facile de démontrer en passant légèrement, à plusieurs reprises, un fragment de feuille de papier buvard blanc mouillé d'une solution d'iodure de potassium. Ce papier ne tarde pas à se colorer en rouge caractéristique du bi-iodure hydrargyrique. Il se décolore en le trempant dans une solution d'iodure de potassium.

Ces réactions s'obtiennent à froid très-bien sur la caséine et l'albumine précipitées par les acides, sur le beurre séparé à l'aide de l'éther, etc., et lavés par de l'eau alcoolisée. Quand le liquide lixiviateur n'offre plus de mercure à la pile indiquée, celle-ci en trahit la présence dans la caséine, l'albumine, le beurre, avec lesquels il est resté en combinaison.

Une cuillerée à café d'une solution normale de 10 centigrammes de sublimé dissous dans 200 grammes d'eau suffit d'ordinaire au traitement des accidents cutanés et muqueux de la syphilis. Cette dose d'un demi-centigramme environ est parfaitement tolérée par les estomacs les plus intolérants. Elle est d'un effet thérapeutique très-prompt. En huit et quinze jours guérissent les plaques muqueuses. Ce traitement peut être continué pendant des mois sans hydrargyrisme buccal et sans avoir à redouter l'hydrargyrisme général. En effet, le mercure emmagasiné avant son élimination, représente un poids insignifiant.

Les combinaisons lactées du sublimé résistent aux métamorphoses organiques des principes azotés et hydrocarbonés du lait. Elles persistent dans le sang, et c'est grâce au conflit du sublimé avec les cellules des tissus ulcérés que s'opère la guérison. C'est grâce à la fixation du sublimé sur des substances telles que le lait, le pain et les divers aliments, qui n'en reçoivent aucune influence indigeste, qu'au moment de l'assimilation l'antagonisme du mercure et de la syphilis s'établit.

Ce traitement s'adresse à tous les syphilitiques, et surtout aux enfants à la mamelle et aux dyspeptiques.

250 grammes de lait additionné de 5 centigrammes de sublimé, le 1er août, n'étaient pas encore coagulés six semaines plus tard, quoiqu'il soit resté exposé à la température de la saison, qu'il se soit acidifié et couvert de moisissure.

REVUE DE LA PRESSE.

Un proverbe arabe. — « Le monde est soutenu par quatre colonnes : la justice des grands, la prière des bons, la valeur des braves et la science du docteur. » (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

Sur les gangrènes sèches observées dans le cours de la fièvre typhoïde, par M. Burlureaux. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1878, n° 18, p. 142.) — Voici le résumé de l'observation publiée par M. Burlureaux, aide-major.

Un soldat du 46e régiment d'infanterie fut atteint d'une fièvre typhoïde grave, au mois de mars 1877; au commencement de mai 1877, il entrait en convalescence. Il avait commencé depuis huit jours à se lever et à marcher, lorsque, vers le mois de mai, il ressentit des douleurs dans le pied droit et tout le long de la jambe, à la partie postérieure; ces douleurs n'étaient pas vives, car le malade n'en parla pas, et se contenta de garder le lit pendant deux jours. Au troisième jour, on s'aperçut qu'il boitait en marchant, et l'on put constater un très-léger gonflement du pied et de la jambe; la pression du mollet provoquait de la douleur. L'état resta stationnaire pendant un mois, et le malade partit en convalescence, conservant une légère douleur lorsqu'il marchait et qu'il lui fallait étendre la jambe.

Arrivé chez lui, il eut, dès le lendemain, des gonflements de la cuisse, de la jambe, une *teinte violacée de la jambe*, depuis le genou jusqu'au pied, sans fourmillements, sans douleurs vives; pas de sensation de froid. Il dût garder le lit pendant trois semaines; la jambe resta violacée, et le gonflement de tout le membre persista. En décembre, il rentra au régiment avec un gonflement considérable, mais sans déformation.

Il n'y a pas trace d'œdème. La pression des masses musculaires est légèrement douloureuse au *mollet droit seulement*; on perçoit par une palpation attentive un cordon induré qu'on peut suivre depuis le pli de l'aine droite jusqu'au tiers moyen de la cuisse.

Les battements de la fémorale au pli de l'aine n'ont pas la même énergie à droite qu'à gauche. On ne parvient pas à sentir les battements de la tibiale postérieure à droite, tandis qu'on la sent très-bien battre à gauche, au voisinage de la malléole interne; par contre, les battements de la pédieuse sont plus nettement perçus à droite qu'ils ne le sont à l'état normal. Le malade ne se plaint d'aucune douleur quand il est couché, mais, quand il marche, il a de la raideur dans la jambe et une douleur sourde dans le mollet.

Diagnostic. L'existence de la douleur au mollet ayant débuté brusquement, et provoquée aujourd'hui encore par la marche et la pression du mollet, indique qu'il s'est passé dans les vaisseaux profonds un travail dont il reste à rechercher la nature. Est-ce une phlébite? c'est peu probable, car il n'y a pas eu d'œdème appréciable. C'est sans doute une coagulation dans l'artère tibiale postérieure; cette oblitération ne s'est pas faite brusquement, sans quoi il y aurait eu dès le début des accidents de gangrène. Mais ce qui paraît plus difficile à interpréter, c'est l'existence de cette hypertrophie, sans œdème, généralisée à tout un membre, régulière, portant sur les os comme sur les muscles, ainsi que le démontrent les mensurations au niveau des malléoles et des genoux; phénomènes qui doivent rentrer dans le groupe des troubles trophiques.

Ce qui, d'ailleurs, intéresse le plus pour le moment, c'est que le point de départ de ce trouble de nutrition est une gène prolongée de la circulation consécutive, selon toute probabilité, d'une *oblitération artérielle survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave.* (*Gaz. hebdom.*)

De la mort par le goître, et de la cure radicale des goîtres. — Sous ce titre, le professeur Rose (de Zurich) a publié dans les Archives de Langenbeck un article sur lequel M. E. Boeckel attire l'attention des chirurgiens. Un certain nombre de gens portent des goîtres fort volumineux et saillants, sans aucune gêne pour les fonctions respiratoires. C'est presque la règle pour ces tumeurs difformes qui retombent en besace le long du sternum ou des clavicules. D'autres sujets, avec des thyroïdes beaucoup moins volumineuses et moins apparentes, souffrent de cornage trachéal, de dyspnée au moindre effort.

Enfin, un certain nombre de ces malades meurent subitement, sans que rien eût fait prévoir l'imminence de cette terminaison fatale. On a expliqué ces accidents par l'accumulation de mucosités derrière le point rétréci de la trachée, ou par une congestion pulmonaire ou cérébrale. Mais déjà Demme et Lebert, se basant sur des autopsies, ont déclaré que toutes ces explications ne suffisaient pas, qu'il restait une inconnue, et qu'un certain nombre de goîtreux mouraient sans que le scalpel parvînt à reconnaître une lésion anatomique.

Rose, après avoir vu trois goîtreux périr subitement dans ses salles, sans tentative opératoire préalable, et sans que l'autopsie ait montré de rétrécissement de la trachée, finit par découvrir que l'augmentation de la glande thyroïde amène, par compression, la dégénérescence graisseuse des cerceaux cartilagineux de la trachée, et transforme ainsi le cylindre rigide et résistant du conduit aérien en un tube membraneux et flasque. Il suffit alors d'un mouvement de torsion ou de flexion de la tête pour couder la trachée et aplatir totalement sa lumière. Que cette altération s'accompagne d'un commencement de dégénérescence graisseuse et de dilatation du cœur, comme c'est souvent le cas chez ces malades, et l'on a toutes les conditions de la mort subite.

Cette *transformation fibreuse* ou *membraneuse de la trachée* paraît avoir causé la mort de deux opérés de Rose. Chez une fille de vingt-quatre ans, affectée de goître avec accès de suffocation, on avait injecté successivement dans la tumeur trente-quatre seringues de Pravaz, remplies de teinture d'iode. La dyspnée ayant augmenté malgré la diminution de volume du goître, Rose se décida à extirper la glande thyroïde; déjà l'opération était heureusement terminée, sans grande perte de sang, la malade en train de se réveiller, quand l'un des aides lui tourna fortement la tête d'un côté, à cause d'un vomissement. Instantanément l'opérée se cyanosa, la respiration et le pouls se supprimèrent du coup, et la vie ne put être rappelée malgré l'incision rapide de la trachée et les efforts continués pendant plus d'une heure.

A l'autopsie, on trouva le cœur droit dilaté, aminci, en état de dégénérescence graisseuse; la trachée complètement molle, membraneuse, se laissant plier, enrouler dans tous les sens, sans aucune résistance.

Un autre malade, jeune et trapu, porteur d'un goître qui du reste ne le gênait pas, disait-il, vint pour se faire opérer d'un kyste athéromateux de la joue. Il mourut subitement sur la table d'opération, au moment où on lui tourna la tête pour faire la première incision.

L'autopsie révéla la même lésion, une dégénérescence graisseuse en un point où la trachée faisait une coudure brusque. Malgré les soins apportés à la chloroformisation, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'accidents chloroformiques; cependant l'opinion de Rose, sans être hors de constatation, est ingénieuse et plausible. Elle mérite qu'on y prenne garde et qu'on la vérifie tant à la clinique que sur la table de l'amphithéâtre. Jusqu'à preuve du contraire, les goîtreux devront être maniés avec beaucoup de précautions : *il ne faudra pas leur tourner brusquement la tête, surtout pendant l'anesthésie.*

— Pour la cure radicale du goître, Rose recommande l'extirpation totale de la tumeur, avec trachéotomie préalable. L'introduction d'une canule dans la trachée doit empêcher les accidents résultant de la transformation fibreuse de ce conduit, et en même temps prévenir l'aspiration du pus vers le médiastin et le phlegmon diffus de cette région; complication qui a perdu l'une des opérées du service.

L'auteur recommande d'ouvrir toujours la trachée le plus bas possible, au-dessous de l'isthme de la thyroïde, et il affirme que c'est toujours praticable en séparant les deux lobes de la glande, qui sont simplement accolés par des adhérences non vasculaires. Bœckel ne partage pas cette opinion, et raconte avoir observé plusieurs fois que le cartilage cricoïde était situé à la hauteur de la fourchette sternale, et où l'index gauche, devant guider le bistouri, se trouvait pincé entre ces deux parties du squelette pendant les mouvemements d'inspiration. Dans deux cas, la trachée était entièrement cachée dans la cage thoracique, et il ne parvint à ouvrir les voies aériennes qu'en excisant la partie extérieure de l'anneau du cricoïde, suivant le conseil de Nélaton.

Du reste, Rose procède comme la plupart des chirurgiens qui se sont attaqués aux goîtres : il dissèque lentement la tumeur, en cou-

pant tous les vaisseaux, artériels ou veineux, entre deux ligatures préalables. Certaines de ces opérations ont duré quatre heures, et ont nécessité plus de quatre-vingt ligatures; cependant elles furent suivies de succès dans les cas où la trachéotomie précéda l'extirpation de la tumeur. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

De l'épilepsie et du traumatisme dans leurs rapports réciproques, par le docteur Brousses. — *Conclusions.* I. Une opération chirurgicale à pratiquer sur un sujet à tempérament nerveux, à antécédents épileptiques ou nerveux héréditaires, devra faire naître l'idée du développement possible d'une épilepsie.

II. L'épilepsie, chez un sujet qui va subir une grande opération chirurgicale, devra plutôt compter au nombre des indications que des contre-indications de l'opération, parce que :

1° L'épilepsie a plus de chance de disparaître ou de s'amender que de s'aggraver par suite de l'opération;

2° L'épilepsie éloignera, dans une certaine mesure, les complications qui pourraient naître du traumatisme. (*Gaz. méd. chir. de Toulouse.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

En 1862, le docteur Ernest Godard, ancien interne des hôpitaux de Paris, mourait à Jérusalem, victime de son dévouement pour la science. Dans ses dispositions testamentaires, il chargeait son ami, M. le docteur Passant, de créer, dans trois hôpitaux de Paris, des bibliothèques à l'usage des malades. Le vœu d'Ernest Godard a été si bien rempli par son exécuteur testamentaire, et cette fondation répond à un besoin si réel, que MM. Adolphe et Camille Godard, de Bordeaux, pour honorer la mémoire de leur frère, faisant un nouvel appel au dévouement et à l'amitié de M. Passant, viennent de lui confier le soin d'édifier, dans le nouvel Hôtel-Dieu de Paris, une bibliothèque semblable à celles de la Charité, de Necker et du Midi. Une rente suffisante pour l'entretien de la nouvelle bibliothèque a été déposée entre les mains du directeur de l'Assistance publique.

Il serait à désirer que l'exemple donné par cette généreuse famille trouvât des imitateurs, et que tous les hôpitaux de Paris fussent gratifiés, pour leurs malades, d'une aussi bienfaisante institution.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances mercredi, 9 octobre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour :

1° Constitution médicale des mois d'août et de septembre, policlinique. — 2° Démonstration à la lumière oxhydrique de l'existence du champignon de la pelade et du pityriasis simples, par M. E. Verrier. — Communication d'un cas de choléra guéri par l'éther, par M. Girault. — Hygiène de la vue dans les écoles, par M. Louis Roy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition, revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Nº 112. — JEUDI 26 SEPTEMBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 26 SEPTEMBRE 1878. — Nº 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après plusieurs séances chargées outre mesure, l'Académie semblait à bout de souffle. Membres clair-semés sur les fauteuils, public peu nombreux, bureau réduit à son fidèle et zélé secrétaire annuel sur qui pèse presque tout le poids de l'ordonnancement des séances, ordre du jour nul. M. Bouley a sauvé la situation, d'abord en prenant la présidence vacante, pendant le dépouillement de la correspondance et la lecture de rapports officiels, puis en descendant du fauteuil à la tribune pour communiquer à l'Académie une consultation relative à un fait qui touche à un point important d'hygiène publique et de médecine vétérinaire légale.

On sait que la mise en vente de la viande de boucherie est subordonnée à la mesure préalable de l'examen fait par des inspecteurs spéciaux qui s'assurent de son bon état. Toute viande reconnue malsaine, quelle qu'en soit la cause, maladie, surmenage ou faiblesse de l'animal, est rejetée, et le fournisseur poursuivi, s'il est établi que c'est sciemment qu'il a livré pour la vente une viande malsaine. Les inspecteurs ont donc à déterminer, non-seulement si une viande est saine ou non, mais encore, dans ce dernier cas, quelle est l'origine et la nature de l'altération qu'elle a subie, afin de déterminer s'il y a responsabilité et à qui incombe cette responsabilité. On voit, par ce simple exposé des fonctions attribuées aux inspecteurs de la boucherie, quelle est l'importance de leur rôle et quelles peuvent être les conséquences de leurs appréciations, au double point de vue de l'hygiène publique et de la médecine vétérinaire légale, et, en conséquence, de quelle étendue de connaissances spéciales ils doivent être pourvus. Dans l'état actuel, tous les employés chargés de ces fonctions présentent-ils, soit en fait, soit par leur titre et les épreuves que ce titre suppose, les garanties de savoir suffisantes? Il paraîtrait n'en être point ainsi, au moins dans l'espèce que M. Bouley a soumise à ses collègues.

Voici en deux mots le fait :

Un avocat à la cour d'appel de Paris avait demandé à M. Bouley de lui donner son avis sur différents points d'une affaire correctionnelle confiée à ses soins. Il s'agissait de l'envoi à Paris d'un veau de boucherie dont la viande a été reconnue corrompue à l'arrivée. L'expéditeur de cette viande a été condamné en première instance à la prison et à l'amende. Le jugement était motivé sur ce que, d'après le rapport de l'inspecteur, l'animal avait succombé à une maladie (inflammation pleurale et péritonéale). Or il a été établi depuis par une enquête sérieuse que l'animal n'avait été nullement malade, qu'il était exubérant de santé et qu'il avait succombé à bout de force et de souffle, aux suites d'une course effrénée à laquelle il s'était livré après avoir échappé à ses gardiens, abusant ainsi, au prix de sa vie, de la liberté qu'il avait conquise. Il résulterait donc de la déclaration de M. Bouley que, si l'inspecteur avait, avec raison, rejeté une viande altérée par ce surmenage, il avait eu tort de l'attribuer à une maladie qui n'avait pas existé et d'en faire peser la responsabilité sur l'expéditeur.

Voilà pour l'espèce.

Si l'on veut s'élever de l'espèce à la généralité, on en conclura qu'il faut, de deux choses l'une : ou qu'on restreigne les attributions des inspecteurs de la boucherie à la seule constatation du fait de savoir si la viande est saine ou non et si, en conséquence, elle doit être acceptée ou refusée ; ou, ce qui vaudrait mieux, à notre sens, qu'en maintenant à leurs attributions le double caractère d'experts en salubrité et en médecine vétérinaire légale qui leur est déféré par les règlements en vigueur, on exige à l'avenir des inspecteurs les connaissances spéciales en médecine vétérinaire et en anatomie pathologique, nécessaires pour la double garantie de la santé publique et des droits des fournisseurs. A l'exemple de ce qui se fait depuis longtemps en Allemagne, les municipalités de quelques grandes villes de France, celle de Bordeaux notamment, exigent des candidats aux fonctions d'inspecteur de la boucherie ou le titre de médecin-vétérinaire ou des épreuves scientifiques équivalentes. C'est à cette conclusion qu'a abouti la communication de M. Bouley, et que nous nous rallions, ainsi que l'a fait l'Académie ou du moins le petit nombre de membres qui la représentait.

A côté de cet intérêt pratique, la communication de M. Bouley a aussi un intérêt scientifique, en rappelant les caractères histologiques particuliers que présentent les muscles surmenés et les déductions qu'on en peut tirer, au point de vue de de la physiologie pathologique du surmenage et de ses effets. On trouvera, dans le compte-rendu de la séance, les observations confirmatives qui ont été faites, à cet égard, par MM. Blot, Bergeron, Larrey et Hillairet.

Sur l'invitation de ses collègues, M. Bouley présentera prochainement une proposition relative aux faits qui précèdent, sur laquelle l'Académie sera appelée à délibérer. Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'herpès.

I.

Le nom d'herpès est un vieux mot qui n'a pas d'acception définie, que l'on applique tantôt à une maladie spéciale, tantôt à d'autres affections qui n'ont rien de commun avec l'herpès; il serait temps d'en finir, et, tout en conservant cette dénomination, de la réserver à la seule maladie digne de ce nom. On ne doit donner le nom d'herpès qu'à une dermatose aiguë, à marche cyclique, circonscrite et bénigne et caractérisée par une éruption de *vésicules* dont nous allons étudier les caractères et la marche.

C'est donc une maladie passagère et transitoire évoluant dans un cycle défini. Au point de vue de la lésion, c'est une affection secondaire: mais elle est intéressante par sa fréquence, par son siége, par sa multiplicité.

La *fréquence* de l'herpès est excessive; il est bien peu de sujets, hommes ou femmes, qui n'en aient été atteints au moins une fois; on rencontre l'herpès à chaque instant dans la pratique médicale.

Le *siége* de l'herpès n'est pas seulement la peau; il apparaît aussi sur les muqueuses accessibles à la vue, telles que la muqueuse buccale (aphthes), la muqueuse linguale, l'isthme du gosier (angine herpétique de M. Gubler, désignée autrefois sous le nom d'angine couenneuse commune), les muqueuses génitale, pituitaire, conjonctivale, etc.

L'herpès peut avoir des localisations très-variables; mais les deux régions le plus fréquemment atteintes sont les lèvres buccales, la lèvre inférieure surtout, et les organes génitaux, chez l'homme encore plus que chez la femme. Nous nous occuperons donc spécialement de l'herpès *labial* et de l'herpès *génital*.

La *caractéristique* de l'herpès, au point de vue *dermatologique*, est très-simple, quoiqu'on en ait cherché de nombreuses variétés, basées sur des minuties nosologiques que nous devons repousser dans cette étude.

Prenons pour type l'herpès cutané. *On y trouve quatre stades successifs :*

1° Le stade de *congestion;* on observe des plaques congestives au début. Alors apparaît une tache légèrement boursouflée, une rougeur érythémateuse sur une surface de un, deux, quelquefois trois et quatre centimètres.

2° Le stade de *vésiculation;* sur cette petite tache surviennent un certain nombre de soulèvements épidermiques, qui augmentent de plus en plus, formant une série de petites ampoules, constituées par une carapace épidermique enveloppant un contenu liquide, qu'il est facile de faire sortir par une petite piqûre d'aiguille; alors la vésicule s'affaisse, la sérosité s'écoule. Ces vésicules sont circulaires à leur base, hémisphériques en relief, de couleur opaline, du volume d'une tête d'épingle, d'un grain de millet ou de chènevis, au nombre de cinq, six, huit, quelquefois plus encore.

3° Le stade de *dessiccation croûteuse;* après un certain nombre de jours, les vésicules s'affaissent et se recouvrent de croûtelles lamelleuses.

4° Le stade de *maculature* terminale; les croûtes se dessèchent et se détachent; elles tombent spontanément, laissant au-dessous d'elles une macule rouge, sans cicatrice.

Tel est le cycle que l'herpès doit obligatoirement parcourir en un temps donné, comme la pustule vaccinale, variolique; comme l'éruption scarlatineuse, etc.; il diffère donc de l'eczéma, du lichen, du lupus, du psoriasis, etc., toutes affections chroniques. En combien de temps l'herpès parcourt-il cette évolution définie, nécessaire?

Le premier stade dure douze à dix-huit heures.

Le deuxième stade, quatre à six jours.

Le troisième stade, cinq à huit jours.

Le quatrième stade arrive donc de neuf à quinze jours au plus après l'éruption herpétique.

L'herpès des muqueuses n'est autre que celui de la peau: il est seulement un peu modifié par les circonstances tenant au siège lui-même; ainsi il présente deux différences :

1° Le stade de vésiculation est fugace, éphémère;

2° Il n'y a pas de croûtes.

Au début, tout apparaît de la même manière, sur la peau et sur les muqueuses; mais les vésicules s'affaissent plus vite sur les muqueuses; la carapace tombe rapidement, et il reste une érosion. La rupture prématurée s'explique facilement, puisque l'épithélium muqueux est plus mince que l'épiderme, et que la sécrétion continue humecte cette carapace et facilite sa rupture. L'absence de croûtes s'explique de même; les mêmes lésions qui forment des croûtes sur la peau, par la dessiccation à l'air libre, n'en produisent pas sur les muqueuses, où la sécrétion entraîne les détritus épithéliaux. Aussitôt que la carapace est tombée, elle se désagrège, et il ne reste au-dessous qu'une érosion pure et simple, une excoriation, un petit vésicatoire en miniature.

Ces érosions de l'herpès n'ont rien de spécial, si ce n'est lorsqu'elles sont réunies et confluentes. Alors elles forment une érosion composée, continue, qui a pour caractère pathognomonique de rester arrondie sur ses bords; en effet, si l'on réunit plusieurs cercles de façon qu'ils empiètent les uns sur les autres, il est évident que leurs contours extérieurs restent composés de segments des petites circonférences primitives. C'est là un signe pathognomonique de l'herpès; il est d'une haute utilité dans la pratique et sert à différencier l'herpès du chancre. *Il n'y a que l'herpès qui présente ce contour polycyclique.*

Les *symptômes* de l'herpès sont: 1° un malaise local qui existe presque toujours avant l'éruption; il s'accroît avec elle et se continue avec l'affection. C'est une tension douloureuse, une sorte d'inquiétude de la partie, une ardeur, une cuisson, un feu local; quelquefois même on sent de véritables élancements; 2° un certain degré d'hyperémie locale se produit; autour de l'herpès même il y a une suffusion rosée, une légère sensibilité inflammatoire. Pas de fièvre. L'herpès n'a aucun retentissement sur l'organisme; il est insuffisant par lui-même à engendrer la fièvre. Ce n'est pas à dire qu'il ne s'observe pas dans l'état fébrile; il figure souvent avec le cortége fébrile, mais il n'en est pas la cause.

Tous ces caractères de l'herpès sont bien nets et incontestés; mais, si l'herpès a suscité tant de controverses, c'est qu'il comporte des questions d'un intérêt tout autre par sa pathogénie, par son étiologie. Il n'est pas une affection d'une étude aussi complexe à la fois et aussi intéressante.

Nous avons plusieurs points principaux à établir :

1° L'herpès ne dérive pas d'une contagion : c'est une affection personnelle qu'on élabore dans son organisme. L'hypothèse de la contagiosité ne pouvait être invoquée que pour l'herpès génital. Mais des hommes ont été atteints d'herpès du prépuce après des rapports avec des femmes absolument saines, ne portant pas le moindre stigmate de cette affection. J'ai vu ainsi un homme qui, après des rapports avec sept fem-

mes différentes, toutes visitées successivement et toutes également indemnes, vit apparaître invariablement une éruption herpétique du prépuce après chaque rapport sexuel. Il ne pouvait donc invoquer la contagion. D'ailleurs, l'herpès se développe fréquemment en dehors de tout rapprochement sexuel.

L'herpès est-il inoculable? Il a toujours été considéré comme réfractaire à l'inoculation, par Ricord et ses successeurs. Toutefois, un médecin de Bordeaux a pu s'inoculer à lui-même, à l'avant-bras, la sérosité d'un herpès labial; il a réussi trois fois. De même M. Vidal, sur vingt et une expériences, a inoculé l'herpès deux fois avec succès. Tout en acceptant ces cinq faits d'inoculation, nous ne pouvons proclamer l'inoculabilité de l'herpès comme une règle, en présence du nombre énorme de résultats opposés à cette théorie. Disons que l'herpès ne se laisse inoculer que très-péniblement et d'une façon seulement exceptionnelle.

2° L'herpès constitue presque invariablement une affection symptomatique. L'herpès est un symptôme et non une maladie. Mais, de quelle lésion est-il un symptôme? Quand on analyse avec soin les conditions dans lesquelles se développe l'herpès, on voit qu'il apparaît tantôt comme un accident isolé, éventuel, qui n'a pas de tendance à se renouveler, tantôt, au contraire, sous une forme itérative, comme une manifestation constitutionnelle qui trouve dans la disposition interne de l'organisme une occasion continuelle de se reproduire. En un mot, il y a l'herpès accidentel et l'herpès constitutionnel.

A. *Herpès accidentel.* — Nous en établirons deux catégories, suivant que l'herpès est un symptôme d'affection toute locale ou qu'il est symptomatique d'un trouble général.

1° La première catégorie comprend l'herpès *traumatique* (Verneuil), cet herpès qui se développe à propos d'un traumatisme accidentel ou chirurgical; à la suite d'une contusion du coude, d'une balle dans la cuisse, d'une extirpation de tumeur du sein, d'une amputation, on voit apparaître un herpès sur le coude, sur la cuisse, sur la poitrine, sur le moignon (thèse du docteur Maupetit). Ces sortes d'herpès sont le résultat de névrites ou de péri-névrites, ainsi que l'ont établi les recherches de MM. Charcot, Brown-Séquard, Duret, etc., qui ont constaté une relation manifeste entre ces éruptions et des états inflammatoires des nerfs.

Groupons encore, dans cette classe, l'herpès *blennorrhagique* qui est très-fréquent. Un malade n'a qu'une blennorrhagie simple; deux à cinq jours après, il revient chez le médecin et croit avoir des chancres à la verge; ce n'est souvent que de l'herpès. Parfois on a vu cette éruption herpétique se reproduire à chaque blennorrhagie; les récidivistes connaissent bien cette particularité. De même, chez la femme, l'uréthrite et la vaginite s'accompagnent très-fréquemment d'herpès. C'est aussi un épiphénomène commun des attentats à la pudeur, des viols, des attouchements criminels. Dans le service spécial de Lourcine, j'en ai constaté de nombreux exemples.

L'herpès *satellite du chancre* naissant appartient encore à cette catégorie; l'herpès, en effet, complique souvent le chancre. L'herpès s'accuse manifestement par sa simplicité; on diagnostique l'herpès et l'on méconnaît le chancre. Il faut, dans ces cas, toujours se demander s'il n'y a que de l'herpès; n'y a-t-il pas un chancre?

Il n'est même pas besoin de cause morbide pour provoquer l'apparition de l'herpès; il peut se développer sous l'influence d'une simple excitation physiologique; l'herpès *menstruel* apparaît à la vulve par cette seule fonction physiologique. Il est très-fréquent; il se reproduit, chez certaines femmes, pendant tout le temps de leur menstruation et à chaque retour du flux menstruel (bouton de règles).

2° La deuxième catégorie comprend l'herpès accidentel symptomatique d'un trouble général. Nous y trouvons l'herpès vulgaire, celui dont tout le monde a été atteint, l'herpès *labial* qui occupe notamment la lèvre inférieure, cet herpès qui survient à propos d'un embarras gastrique, d'une synoque, etc. L'herpès *pneumonique*, qui siège sur les lèvres ou sur les narines; l'herpès *des maladies fébriles*, du coryza, de la grippe, de la pleurésie, des angines, etc., appartiennent aussi à ce groupe. Cependant toutes les maladies fébriles n'ont pas une égale tendance à la production herpétique. On sait que l'herpès est rare dans la fièvre typhoïde; son absence est même un symptôme utile à ce diagnostic. Réciproquement, toute maladie qui débute avec de l'herpès n'est pas une fièvre typhoïde; c'est là une probabilité excessivement sérieuse.

Terminons cette énumération par l'herpès *émotif*, qui apparaît sous l'influence d'un trouble passager de l'économie, d'une fatigue, d'une émotion, d'une courbature, d'un excès, d'une secousse morale, et citons seulement, dans cet ordre d'idées, ce que nos pères appelaient l'herpès *critique*.

B. *Herpès constitutionnel.* — Cette espèce d'herpès n'est plus seulement comme l'herpès accidentel, un épiphénomène d'un état incident de l'organisme; c'est l'expression d'un état constitutionnel, au même titre que les syphilides sont l'expression de la diathèse syphilitique. C'est l'herpès à répétition par excellence, l'herpès *récidivant*, comme on l'a heureusement appelé. Pour les uns, il serait un témoignage d'arthrites; pour les autres, il caractériserait la diathèse dartreuse. Mais il se rencontre aussi bien chez des sujets qui ne sont ni arthritiques ni dartreux, ni par eux-mêmes, ni par leurs ascendants. Si donc il y a une disposition interne évidente, avouons du moins qu'elle nous est encore inconnue.

L'herpès constitutionnel comprend trois catégories:

1° *L'herpès récidivant de la peau* a été observé par le docteur Bertoll chez un malade qui présenta pendant plusieurs années de fréquents accès de migraine qui se jugeaient le second ou le troisième jour par une éruption herpétique de la région fessière, de la joue, de la paume de la main, etc. Cependant ces cas sont rares.

2° *L'herpès récidivant de la bouche*, chez les syphilitiques, est une forme plus importante que la précédente; on observe une série de poussées herpétiques dans la bouche qui, après plusieurs années, jouit d'une susceptibilité spéciale; l'éruption reparaît, dès lors, tous les huit, quinze ou trente jours. Il est intéressant de bien reconnaître ces herpès pour ne pas les confondre avec des syphilides buccales qu'on s'entêterait en vain à combattre en saturant le malade de préparations mercurielles.

3° L'*herpès génital* est le plus important et le plus commun. L'herpès génital récidivant est une odieuse petite maladie qui persécute nombre de malades; c'est une infirmité aussi nuisible en tant qu'infirmité locale que par son influence sur l'état moral du patient. Elle produit sur le prépuce des poussées de une à quatre vésicules d'herpès qui se reproduisent très-fréquemment, une nouvelle poussée se produisant dès que les vésicules précédentes sont à peine disparues.

L'herpès, en un mot, est en permanence sur le prépuce, pendant des semaines, des mois, des années, exceptionnellement même pendant toute l'existence du malade. J'ai vu ainsi un malade porteur de cet herpès pendant quatre ans, une éruption se faisant presque tous les mois; un autre en eut quatorze en dix-huit mois. Un autre était atteint d'herpès après chaque coït; il reste deux ans et demi sans avoir de rapports sexuels, il n'observe pas d'herpès. Dès qu'il recommence, l'herpès reparaît. Un autre en est atteint chaque fois qu'il change de maîtresse. Doyon a observé un malade qui fut, pendant trente années, sujet à de continuelles récidives, en dépit de tous les traitements les plus rationnels comme les plus extraordinaires. On conçoit facilement quelle réaction une telle situation doit imprimer à l'état moral de l'individu qui, à chaque herpès, croit être atteint d'un chancre; qui se voit souvent interdire les rapports, le mariage, etc., par cette maladie constante qui passe dans le monde comme le signe d'une profonde altération de l'organisme. Aussi ces malades, découragés par les nombreux échecs de la thérapeutique, assiègent les médecins, courent de cabinet en cabinet et deviennent une proie facile pour les charlatans.

D'autres malades se croient atteints de syphilis, malgré les explications de leur médecin. Plusieurs arrivent ainsi à l'anémie, et, au bout de tous ces tourments trouvent la mélancolie, puis la folie, parfois le suicide.

A propos de quoi se produit l'herpès génital? Doyon, chez un grand nombre de malades, l'attribue à une affection vénérienne locale; il serait donc le satellite de la blennorrhagie, du chancre simple ou du chancre infectant. Est-ce à dire pour cela qu'il soit d'origine vénérienne? Pas du tout; la lésion vénérienne n'est qu'une simple cause, une simple occasion qui provoque l'évolution de l'action interne qui n'était restée qu'en puissance herpétique. L'irritation vénérienne détermine le lieu d'élection pour une décharge locale. Mais, une fois acquise, cette susceptibilité locale répète l'éruption.

Les malades épient toutes les causes, les plus banales sont invoquées; en effet, elles déterminent de nouvelles explosions. Ainsi, un excès de table, une alimentation particulière, un changement d'habitudes, un voyage, une émotion, et pardessus tout le coït, et surtout le coït avec une nouvelle maîtresse, sont des causes occasionnelles presque infaillibles. Cependant, dans ce dernier cas, l'état de la femme n'y est pour rien: on accuse à tort les règles, les flueurs blanches, etc. C'est le coït seul, indépendamment des liquides, qui provoque l'éruption. Cette remarque est curieuse, mais elle est absolument certaine; pour vous en convaincre encore, vous m'autoriserez à vous citer le détail suivant: un homme, fatigué par des éruptions incessantes d'herpès, s'observait avec beaucoup de soin, enregistrant et datant tous ses herpès; il les attribuait à l'état de la femme avec laquelle il avait des relations; pendant quinze mois, il se servit de préservatifs, ce qui ne l'empêcha pas de voir dix-sept éruptions d'herpès, c'est-à-dire ni plus ni moins que pendant les périodes de libre exercice. Il se soumit à une continence absolue pendant quinze autres mois, en s'imposant un régime sévère; les herpès continuèrent comme précédemment.

C'est qu'en effet la disposition générale domine tout; toute autre cause n'est qu'accessoire; chercher à combattre l'herpès en faisant disparaître ces causes supposées est absolument superflu.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

Le cas très-intéressant que voici est raconté par M. Pemberton (*Address in Surgery*, p. 13).

Un portier, âgé de vingt-huit ans, vint se faire soigner, le 17 janvier 1871, d'un anévrysme poplité datant de cinq mois. Le 22, je montrai au malade comment je me proposais de le traiter, c'est-à-dire par la flexion; et en même temps je pliai la jambe, arrêtant par là la circulation à travers le sac. Il est fort probable que, dans l'après-midi qui suivit ma visite, le malade imita ce qu'il m'avait vu faire, car il en avait paru frappé. Mais, quoi qu'il en soit, je ne pliai le genou qu'une seule fois, comprimant le sac légèrement, et recommandai au patient de se tenir tranquille. Le 23, à deux heures du matin, il sentit tout-à-coup une douleur lancinante et déchirante dans le voisinage de l'anévrysme; cette douleur s'étendait en bas le long du mollet jusqu'à la cheville, et par en haut jusqu'à la crête de l'ilion. Les douleurs gardèrent leur intensité pendant quelques heures, pendant lesquelles le sommeil fut impossible. Le malade avait de violentes nausées, mais pas de vomissement, et il était glacé. Les pulsations de la tumeur semblaient n'avoir subi aucun changement. La nuit suivante, il dormit jusqu'à trois heures du matin (24), et s'aperçut alors que les pulsations avaient disparu, et que le membre était froid et œdémateux au-dessous du genou. On put constater que la guérison était parfaite.

Dans le *Boston med. and surg. Journal*, october 17, 1867, le docteur Chuver rapporte un cas d'anévrysme poplité de petite dimension, traité par son collègue le docteur Buckingham, et dans lequel la flexion du membre fut maintenue pendant seize heures, avec un repos de quelques minutes de temps en temps, et fut abandonnée au bout de ce temps. La circulation ne fut jamais complètement arrêtée dans la tumeur. La flexion dut être abandonnée à cause de la douleur. La tumeur avait changé de forme, elle était un peu plus large et beaucoup plus courte qu'avant.

Comme le malade refusait de se soumettre à une nouvelle séance de flexion, on se décida à attendre le résultat. Le jour suivant, les pulsations étaient très-faibles, la tumeur plus petite, et le jour suivant l'anévrysme était complètement guéri, avec disparition du pouls dans les artères tibiales. Aucun traitement n'avait été essayé après la suspension de la flexion. L'observation ne fait pas mention du bruit, soit avant soit après la flexion; on dit seulement que la tumeur était petite et fusiforme, et qu'elle offrait plutôt l'apparence d'une dilatation de l'artère poplitée; mais elle était accompagnée de douleurs lancinantes le long du trajet des nerfs.

Dans des cas comme celui-ci, il est fort probable qu'une portion du caillot, soit qu'il ait préexisté à la flexion, soit qu'il ait été formé par elle, s'est déplacé pour venir se mettre dans l'orifice anévrysmal, et qu'une fois là il agit à la manière des embolies, c'est-à-dire qu'il s'accroît par de nouveaux dépôts fournis par le courant sanguin, jusqu'à ce que l'orifice de communication entre l'artère et l'anévrysme se trouve exactement oblitéré, et que par là la tumeur se trouve solidifiée. L'oblitération ou la non-oblitération de l'artère elle-même par le mécanisme ci-dessus dépend de circonstances accidentelles.

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 septembre.

Je ne me suis pas laissé le temps de parler longuement de quelques méthodes moins usuelles, telles que l'acupressure ou ligature temporaire, la galvanopuncture, les injections coagulantes, la manipulation, la compression directe de la tumeur, enfin l'introduction de corps étrangers dans le sac.

Je sais bien que quelques cas ont été traités avec succès par l'une ou l'autre de ces méthodes, mais je ne puis me résoudre à vous en recommander aucune dans une affection traitée avec autant de succès par des moyens dont nous comprenons mieux le mode d'action et qui présentent bien plus de garanties.

En ce qui concerne la ligature temporaire, elle exige la même dissection pour isoler l'artère, et très-probablement la même lésion des tuniques artérielles que dans la ligature définitive ou permanente, et cela sans aucune certitude de guérison, et sans aucune sécurité relativement à l'hémorrhagie secondaire. Cette opinion s'appuie sur une préparation du Collège des chirurgiens d'Irlande, montrant les deux tuniques internes d'une artère divisées par une ligature temporaire.

L'acupressure donne prise, à mon avis, aux mêmes objections. Quelques chirurgiens semblent accepter l'idée de pousser une aiguille à travers les tissus voisins d'une artère, sans aucune dissection, ne s'inquiétant pas s'ils blessent ou s'ils compriment les grosses veines ou les nerfs qui accompagnent toutes les grosses artères du corps. Mais une semblable manière de procéder au hasard doit certainement être bien plus dangereuse que la ligature de Hunter, et elle est bien moins certaine.

La galvanopuncture, les injections coagulantes et la manipulation ont chacune des succès à enregistrer, mais je ne vois pas qu'il soit nécessaire de substituer ces moyens incertains à d'autres qui méritent toute notre confiance dans les circonstances ordinaires.

On a enfin essayé dernièrement (Bryant, Guy) d'introduire dans le sac un crin de cheval. Voici une préparation qui provient d'un malade chez lequel M. Bryant a récemment essayé cette méthode. Chez ce malade, dont j'espère que M. Bryant publiera prochainement l'observation, il y avait peu d'espoir de réussir par n'importe quel traitement : le cœur était en effet le siége d'une maladie avancée, les artères étaient athéromateuses, enfin l'anévrysme, résultant d'une rupture récente de l'artère, faisait de rapides progrès. On pouvait donc difficilement espérer le succès par la compression; la ligature ou l'amputation auraient été suivies de mort d'une manière à peu près certaine. La compression fut essayée de diverses manières, mais sans aucun résultat. En conséquence, M. Bryant fit passer à travers le sac, au moyen d'une petite canule, un crin de cheval. Cette opération fut faite trois jours avant la mort du malade. L'effet produit sur l'anévrysme ne fut pas très-marqué pendant la vie, car, le jour de la mort, l'observation porte seulement *que les pulsations de la tumeur ont un peu diminué*. Il y avait eu des frissons, et après la mort on trouva entre la tête des jumeaux *les signes d'un abcès*, mais le sac ne semblait présenter aucune trace d'inflammation. L'état du sac peut se voir sur la préparation qui est sur cette table.

Voici la description qu'en donne M. Bryant :

« Le sac présentait, sur tout le pourtour de ses parois, un caillot dur et stratifié dans lequel le crin de cheval était replié sur lui-même, de manière à présenter, après une section, l'aspect de points dessinés sur la surface de section; quelques brins du crin traversaient aussi la cavité du sac. Cet état semblait indiquer que la totalité de l'anévrysme aurait probablement fini par s'oblitérer. » Ceux de vous qui désirent examiner cette préparation si curieuse et si belle peuvent la juger par eux-mêmes.

Le cas du docteur Levis était un cas d'anévrysme de la sous-clavière dans lequel cette méthode fut employée pour la première fois, et qui mourut aussi, par suite, je crois, de la rupture de l'anévrysme dans le poumon. M. Levis m'a donné des renseignements sur ce fait, mais je n'ai pu retrouver sa lettre; quoi qu'il en soit, mon impression a été, comme dans le cas de M. Bryant, que rien ne prouve que le corps étranger ait exercé une action fâcheuse, tandis qu'au contraire il y avait une consolidation considérable. La méthode mérite donc d'être expérimentée dans les cas où les autres méthodes seraient trop dangereuses, bien que je ne puisse pas dire qu'elle m'inspire une grande confiance. Le crin de cheval est, il est vrai, une substance plus inoffensive que le fil métallique dont s'est d'abord servi M. Moore dans le même but, et il ne se fond pas, quand il est baigné dans le courant sanguin, comme le boyau de chat que le docteur Murray substitua au fil métallique. Mais toutes ces méthodes sont à la fois dangereuses et incertaines, et sont par conséquent peu applicables dans les circonstances ordinaires, en cas d'anévrysme poplité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 septembre 1878. — Présidence de M. Bouley.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend un travail de M. Weil, médecin-major de 1re classe, intitulé : *De l'endémie typhoïde à Troyes*.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente : 1° une brochure de M. le docteur Lanoaille de Lachaise, médecin-major de 1re classe, intitulé : *Les races latines dans la Berbérie septentrionale;* 2° un volume en portugais, intitulé : *Hommes et livres de la médecine militaire,* par Guillaume José Ermès.

M. HILLAIRET présente une brochure de M. le docteur Paul Fabre, intitulée : *De l'élévation de la température dans les houillères.*

M. MAURICE PERRIN, de la part de M. Poncet (de Cluny), présente une brochure intitulée : *De la rétino-choroïdite palustre.*

RAPPORTS

M. PLANCHON, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATIONS

Inspection de la viande de boucherie. — M. BOULEY communique à l'Académie une consultation qu'il a donnée à un avocat de la cour d'appel de Paris, qui lui demandait son opinion sur le fait suivant :

Il s'agit de l'envoi à Paris d'un veau de boucherie, dont la viande a été reconnue corrompue à l'arrivée : l'expéditeur de cette viande a été condamné à six jours de prison et 25 francs d'amende.

Ce veau, âgé de deux mois, s'était échappé d'une étable et, pendant une demi-heure environ, s'était livré à une course folle, à la suite de laquelle il était tombé comme suffoqué. Quatre heures après, il était préparé pour la boucherie et fut expédié le jour même à Paris, où il fut saisi cinquante heures après sa mort. L'inspecteur de la boucherie crut reconnaître, à l'examen de la viande, que l'animal était malade et insalubre.

M. Bouley, d'après les renseignements fournis, croit devoir affir-

mer, contrairement à l'inspecteur de la boucherie, que ce veau était dans un état exubérant de santé; qu'une fois libre, il a fait une dépense immédiate et excessive de ses forces et a succombé épuisé et asphyxié. Il rappelle, en effet, que des faits de cet ordre se produisent chez les animaux de travail quand on les force à des courses ou trop rapides ou trop prolongées, et que ces animaux sont frappés, dans ces cas, d'anhématosie. Ces accidents se produisent d'autant plus facilement que les animaux sont plus jeunes, plus gras et moins entraînés. Si, comme l'affirme l'inspecteur, cet animal eût été atteint d'une inflammation des plèvres et du péritoine, il est évident qu'il n'aurait eu aucune disposition à se livrer à une course folle. Les inductions tirées de l'examen cadavérique n'étaient donc pas fondées. Ce veau n'était donc pas malade. Ce fait établi, il n'en est pas moins vrai que la viande de ce veau était impropre à la consommation, puisqu'elle présentait tous les caractères d'une putréfaction avancée.

M. Bouley rappelle qu'il est un fait établi, à savoir que les animaux forcés à la course et non vidés sont plus prompts à se décomposer, surtout quand la température ambiante est élevée. M. Bouley en conclut que le propriétaire de ce veau n'était pas responsable.

En résumé, dit-il en terminant, je crois pouvoir formuler avec certitude les propositions suivantes :

1° Le veau n'est pas mort de maladie;

2° Il a perdu haleine à la suite de la course effrénée à laquelle il s'est livré, et il est tombé épuisé de force et de souffle;

3° Cette manifestation était celle d'un excès de santé;

4° Si le veau eût été malade, surtout par une inflammation pleurale et péritonéale, il n'aurait pu s'y livrer. Donc l'affirmation de l'existence de la maladie n'est pas fondée;

5° La viande de ce veau avait subi une altération manifeste au moment de la saisie;

6° Cette altération s'explique :

a. Par la course forcée à laquelle l'animal s'est livré immédiatement avant sa mort;

b. Par le délai de quatre heures écoulé entre la mort et le moment où les intestins ont été détachés;

c. Par l'élévation de la température et l'humidité de l'atmosphère.

Mais l'expéditeur ne saurait être rendu responsable de l'effet de ces causes dont il ignorait l'influence et qu'il ne pouvait ni prévoir ni éviter ;

7° A supposer que la saignée n'ait pas pu être aussi complète que dans les conditions ordinaires de l'abatage des veaux, cela ne saurait constituer un fait dommageable que l'on devrait reprocher à l'expéditeur. — Conclusion terminale :

La viande expédiée était dans de bonnes conditions au moment de l'expédition.

Les circonstances qui ont amené la décomposition hâtive de cette viande sont des circonstances fatales dont l'expéditeur ne saurait être rendu responsable.

Voici les documents scientifiques, concordant avec les faits d'observation, que M. Bouley a ajoutés à sa lettre :

Il résulte des recherches de laboratoire faites par les savants les plus autorisés (Dubois-Raymond, Becquerel, Liebig, Marey, etc.), que le muscle fatigué diffère du muscle en repos par ses caractères physiques, électriques et chimiques.

Il perd de sa cohésion et de son élasticité; et, chose principale au point de vue de la cause actuelle, il renferme une grande quantité de produits de sa décomposition chimique. Liebig a démontré que la créatine, qui est un de ces produits, était dix fois plus abondante dans les muscles d'un renard forcé que dans ceux d'un renard tué dans le laboratoire.

Et comme ces produits : créatine, glucose, matières extractives, fermentent avec plus de facilité que la substance propre du muscle, on s'explique la plus grande hâtivité de la décomposition putride des muscles d'un animal tué immédiatement après la course que ceux d'un animal tué après le repos.

DISCUSSION

M. BLOT rappelle un fait dont il a été témoin en 1855, et qui peut être rapproché de celui que vient de communiquer M. Bouley. Il s'agissait d'une femme enceinte dont le bassin était rempli par une tumeur en partie osseuse, en partie sarcomateuse, qui rendait le travail extrêmement pénible et tout à fait infructueux. Après de nombreuses tentatives qui n'amenèrent aucun résultat, cette femme tomba dans un état tellement grave que, lorsqu'elle arriva à la clinique, elle était à toute extrémité. Le fœtus étant mort depuis longtemps, M. Blot pratiqua l'embryotomie et parvint ainsi facilement et sans trop de souffrances à délivrer cette pauvre femme. Mais, malgré les soins dont elle fut entourée, elle succomba le soir même. Quelques heures après, le cadavre était profondément altéré; les membres présentaient un gonflement énorme; la face était méconnaissable; les doigts s'enfonçaient dans les chairs comme dans de la graisse; la putréfaction se fit avec une extrême rapidité. M. Blot crut devoir attribuer ces phénomènes au *surmenage*, aux douleurs excessives que cette femme avait eu à subir.

M. BERGERON a écouté avec un grand intérêt la communication de M. Bouley et se demande, avec lui, s'il n'y aurait pas lieu de s'occuper de l'inspection des viandes de boucherie; c'est là une question d'hygiène publique d'une réelle importance, et il demande à M. Bouley de formuler une proposition qui sera soumise officiellement aux autorités compétentes.

Relativement au côté scientifique de la question, M. Bergeron fait observer que l'inspecteur, dans ce cas, ne parle pas des suffusions sanguines qu'on trouve habituellement en pareil cas : M. Hérard a publié l'observation d'un homme ayant ainsi succombé à la suite d'un surmenage et chez lequel il constata de nombreuses suffusions sanguines. M. Bergeron a vu lui-même un infirmier qui mourut en quelques heures, après avoir été surmené, et chez lequel il trouva également ces suffusions sanguines. Enfin il se rappelle un petit chien qui avait été habitué à vivre dans les appartements et qui, un beau jour, se trouva dans un grand parc, si heureux de sa liberté qu'il s'y livra à une course folle à la suite de laquelle il tomba comme foudroyé. Ce n'est donc pas seulement dans la race bovine que l'amour de la liberté peut conduire jusqu'à la folie.

M. LARREY dit que les annales de la médecine militaire contiennent un certain nombre de cas de mort subite à la suite de marches forcées, et il se rappelle avoir constaté lui-même, dans un cas de ce genre, ces suffusions sanguines dont vient de parler M. Bergeron.

M. HILLAIRET fait observer que chez les animaux forcés à courre, on trouve souvent ces suffusions sanguines, que chez eux la raideur cadavérique est immédiate et qu'enfin il est d'usage de les vider presque tout de suite après la mort.

M. BOULEY pense, en effet, comme M. Bergeron, qu'il y a des réformes à faire dans l'inspection de la boucherie à Paris. Dans certaines grandes villes, à Bordeaux, par exemple, on a eu l'heureuse idée de mettre au concours la place d'inspecteur. C'est un vétérinaire distingué qui l'a ainsi obtenue, et cette nouvelle mesure a déjà donné d'excellents résultats. Récemment encore, au dernier congrès de médecins vétérinaires, a été émis ce vœu que l'inspection des viandes de boucherie fût confiée à des vétérinaires et non à des gens absolument privés de toute instruction et qui ont le pouvoir de faire infliger à un homme parfaitement honorable une peine infamante, comme cela aurait eu lieu, dans le cas dont il s'agit, sans l'intervention de M. Bouley.

La discussion est close. La séance est levée à 4 heures 1/2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Fort reprendra ses cours d'anatomie, de physiologie et de dissection le lundi 21 octobre à midi et demi dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. Ces cours seront continués pen-

dant toute la durée du semestre d'hiver. Ils se composent de deux leçons par jour entre lesquelles ont lieu les travaux de dissection.

Ces leçons comprennent l'*anatomie descriptive complète* et les principales questions de *physiologie, d'anatomie des régions* et *d'histologie*.

On s'inscrit pour les cours à dix heures du matin chez M. Fort, 21, rue Jacob.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition, revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Manuel d'anatomie. 2e édition du Résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Leçons sur les centres nerveux, par le docteur Fort, cours professé à la Faculté, 1877-78. 1 vol. in-8° (autographié avec figures). — Prix : 6 fr. — Paris, veuve Frédéric Henri.

De la paralysie du moteur oculaire externe, avec déviation conjuguée. Recherches cliniques, anatomiques et expérimentales sur les relations de la sixième et de la troisième paire de nerfs craniens, par le docteur Gaston Graux, ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris. — Paris, 1878, in-8°, 143 pages avec 18 figures et 2 planches. — Prix : 4 francs. J.-B. Baillière et fils.

Histoire thérapeutique du bromure de potassium, par le docteur Georges Huette (de Montargis), ancien externe des hôpitaux et de la clinique d'accouchements. In-8°, 193 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, 1878, J.-B. Baillière.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la généralisation du cancer dans les viscères.

En attendant que, sous une forme ou une autre, nous soyons en mesure de présenter à nos lecteurs un résumé substantiel des nombreuses communications qui ont défrayé les congrès de toute sorte qui ont siégé à Paris et y siégent encore, à l'occasion de l'Exposition universelle, nous exposerons ici quelques-unes de celles qui, par leur sujet comme par leur caractère plus spécialement pratique, se rattachent d'une manière directe aux objets dont s'occupe cette revue.

A ce titre nous donnerons la première place à une communication de M. Verneuil à la section des sciences médicales de l'Association française pour l'avancement des sciences, sur un sujet qui n'est autre qu'un chapitre détaché de ses recherches de clinique médico-chirurgicale, les opérations chez les sujets atteints de néoplasmes généralisés, ou la généralisation du cancer dans les viscères. C'est, comme on le voit par le titre même de la communication, un des points de la vaste question des influences réciproques des états diathésiques et des traumatismes, dont M. Verneuil poursuit depuis longtemps l'étude avec le plus louable zèle.

Quelle est la part d'influence qu'a exercée sur la mort, lorsqu'elle survient à la suite d'une opération d'ablation du cancer, la généralisation cancéreuse dans les viscères? Telle est la question, encore plus obscure en réalité qu'on ne pourrait peut-être le penser au premier aperçu, que M. Verneuil s'est proposé d'étudier.

Voici ce que les chirurgiens, qui sont appelés à pratiquer fréquemment ces opérations, ont dû tous certainement observer :

« Un malade présente un néoplasme circonscrit dans une région quelconque du corps; on trouve tout au plus dans le voisinage quelques ganglions engorgés; l'examen des principaux viscères ne fournit aucune contre-indication. On opère : tout va bien pendant quelques jours, puis surviennent tout à coup des accidents, et le malade meurt. A l'autopsie, on trouve dans les poumons, le foie, les reins, les os, des dépôts secondaires qu'on n'avait pu découvrir avant l'opération. »

Cela est de notion presque vulgaire et, on peut ajouter, de notion très-ancienne, car c'est un des préceptes de la chirurgie du dernier siècle, qu'il y a contre-indication formelle de procéder à l'ablation d'une tumeur toutes les fois qu'il existe simultanément une autre tumeur siégeant dans une région inaccessible à la main des chirurgiens. Mais à quels signes peut-on reconnaître, avec exactitude, l'existence et la nature de ces tumeurs internes ou viscérales? C'est la question pratique sur laquelle il ne paraît pas que l'on soit beaucoup plus avancé et plus instruit aujourd'hui que ne l'étaient nos devanciers.

M. Verneuil a cité, à cette occasion, à côté de faits connus et consignés dans les auteurs, dix cas de sa pratique dans lesquels ces complications viscérales ont été constatées à l'autopsie, alors que rien n'avait pu les faire soupçonner pendant la vie. Ainsi, dans un cas où l'on trouva dans les poumons des dépôts cancéreux secondaires occupant une telle étendue que c'était à peine si les deux cinquièmes du parenchyme pulmonaire étaient sains, c'est tout au plus si, au moment de l'opération, on percevait, à l'auscultation, quelques râles sibilants disséminés; le son obtenu à la percussion était normal, ce qui s'expliquait par l'existence d'un emphysème compensateur autour des parties du poumon envahies par la dégénérescence cancéreuse.

D'après M. Verneuil, on pourrait déjà ranger les faits connus de ce genre dans l'ordre suivant : 1° d'après leur fréquence : sein, testicules, ovaire, cou, membres; 2° d'après la nature du néoplasme : cancer vrai, lymphadénome, sarcome et fibrome, enchondrome, épithélioma après plusieurs opérations; 3° au point de vue de la généralisation : poumon, ganglions lymphatiques, cerveau, intestin.

Quels sont les moyens de diagnostic des cancers viscéraux que la science possède? A quels signes peut-on reconnaître la généralisation cancéreuse? Telles sont les questions que M. Verneuil a posées à tous ses collègues. Tant que ces questions ne seront pas résolues, les chirurgiens seront toujours placés dans la même perplexité entre l'indication et la contre-indication d'opérer; sans doute ils n'en continueront pas moins à enlever les tumeurs cancéreuses externes accessibles, mais ce sera toujours avec les mêmes craintes, les mêmes appréhensions de voir se produire la généralisation, tant qu'ils ne seront pas en possession de signes certains de l'existence actuelle de cancers viscéraux.

A quoi M. Potain a répondu, qu'en effet, c'était souvent un

très-grand embarras pour le clinicien de diagnostiquer certains cancers internes. Les médecins qui ont pratiqué la clinique des vieillards, a-t-il dit, savent combien il est commun de trouver à l'autopsie des cancers qu'on n'avait pas soupçonnés pendant la vie, et de n'en pas trouver alors qu'on croyait à leur existence. On suppose qu'il y a cancer du poumon quand on se trouve en présence de symptômes généraux qu'on ne peut attribuer à aucune autre affection. Le diagnostic des lésions internes est surtout extrêmement difficile quand elles sont symétriques dans les deux poumons.

On voit quel vaste champ d'études reste ouvert encore au diagnostic des lésions viscérales, même pour les organes pulmonaires, malgré les progrès considérables qui ont été accomplis de nos jours.

Pathogénie de certaines affections du cœur droit consécutives à des affections du foie et de l'estomac.

A côté de ces défaillances du diagnostic en présence de certaines tumeurs viscérales, dont nous venons de recueillir l'aveu de la bouche de M. Potain, nous placerons ici un résumé des considérations intéressantes que cet éminent clinicien a développées au congrès, sur la pathogénie de certaines affections du cœur droit, consécutives à des affections du foie et de l'estomac, et qui montreront à quel degré de précision et de finesse le diagnostic a été poussé sur ce point.

M. Mahot, dans sa thèse inaugurale, a consigné le fait d'un malade chez lequel des accès de colique hépatique, suivis d'ictère, s'accompagnaient chaque fois d'un souffle systolique intense à la pointe, avec augmentation de la matité précordiale, tuméfaction du foie, qui était le siège de battements rhythmiques. Un examen minutieux de ce malade démontra qu'il s'agissait d'une affection tricuspidienne passagère. L'insuffisance tricuspidienne fut rapportée à une dilatation du cœur droit, qui serait elle-même une conséquence de l'affection hépatique. D'un autre côté, M. Gangolphe, dans sa thèse également, a signalé les lésions cardiaques passagères qu'on rencontre chez les ictériques. M. Potain, rapprochant ces faits des cas du même genre qu'il a eu l'occasion d'observer, a exprimé cette opinion que la plupart des cas de souffles systoliques observés chez des ictériques étaient des exemples de cette variété d'insuffisance tricuspidienne; un examen attentif révèle dans ces cas que le souffle ne siège pas à la pointe même, mais plus à droite, au niveau du sternum.

De même, dit-il, qu'une dilatation passagère du cœur sera le fait d'une affection aiguë du foie, de même la dilatation du cœur droit et l'insuffisance tricuspidienne peuvent devenir permanentes, quand l'affection du foie est elle-même chronique.

Quant à la pathogénie de ces affections cardiaques consécutives aux affections du foie, il pense qu'on pourrait invoquer le mécanisme des actes réflexes en faisant intervenir le pneumo-gastrique dans le développement de la dilatation du cœur droit, le ventricule droit étant impressionné le premier par les produits morbides que charrie le sang venant du foie. Il y aurait donc augmentation de pression dans le département circulatoire compris entre le foie et le poumon. M. Potain compare cette augmentation de pression dans les réseaux vasculaires du poumon à celle qu'on observe dans les réseaux vasculaires périphériques chez les brigthiques. Le rétrécissement du chancre pulmonaire explique, d'autre part, la dyspnée et l'angoisse par lesquelles s'annoncent les complications cardiaques survenant dans ces circonstances. M. Potain, poursuivant le parallèle entre ces lésions du cœur droit, consécutives aux affections hépatiques, et les lésions du cœur gauche qui compliquent les affections rénales, constate que, dans le premier cas, le souffle systolique siège au niveau du sternum, au bord droit du cœur où l'on perçoit un bruit de galop, tandis que, dans le second cas, le souffle systolique s'entend à la pointe même du cœur et le bruit de galop au niveau du bord gauche de cet organe; enfin, tandis que la matité précordiale augmente d'étendue dans le sens longitudinal dans le premier cas, elle s'allonge dans le sens transversal dans le second.

M. Potain a observé ces mêmes phénomènes chez une femme devenue dyspeptique sous l'influence d'émotions morales, ce qui le porte à admettre que les affections de l'estomac exercent la même influence que celles du foie sur le développement de l'insuffisance tricuspide. Il a eu connaissance de deux autres faits semblables vus par d'autres observateurs. Dans cette seconde catégorie de faits, ce serait l'excitation morbide des nerfs gastriques qui entraînerait l'augmentation de pression dans les vaisseaux pulmonaires et toutes ses conséquences. Ici encore la lésion cardiaque consécutive est permanente ou passagère, suivant que l'affection primitive est elle-même aiguë ou chronique.

Aménorrhée par imperforation de l'hymen.

Dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Guéniot présentait un court rapport sur deux cas d'imperforation de l'hymen, qui avaient été communiqués à cette société par M. Hubert Boens (de Charleroi).

Dans l'un de ces cas il n'y avait qu'un cloisonnement incomplet; dans l'autre, bien que le cloisonnement parût complet au premier aspect, il existait au centre de la membrane hymen un petit pertuis par lequel les règles pouvaient s'écouler par petites gouttelettes. Plusieurs membres de la Société ont rappelé à cette occasion des exemples d'imperforation plus ou moins complète de l'hymen, ayant entraîné des accidents graves lors de l'apparition des règles. Tel est, entre autres, le cas rapporté par M. Tillaux, d'une jeune fille de la province qui lui fut présentée il y a quelques semaines. Elle avait une imperforation complète de l'hymen; l'utérus distendu par le sang menstruel avait le volume d'un utérus à six mois de grossesse. M. Tillaux ponctionna la membrane, et il en sortit environ deux litres de sang noir qui était accumulé depuis longtemps dans le vagin et dans la matrice.

M. le docteur G. Rondeau (d'Aigurande, Indre) vient de nous communiquer le fait suivant qui nous a paru mériter de prendre place à côté des faits rapportés devant la Société de chirurgie, dans l'histoire de cette anomalie et de ses conséquences :

« Je fus appelé le 9 janvier 1877, dans la commune de Fresseline (Creuse), nous écrit notre confrère, près de la nommée Marie I..., qui, me dit-on, souffrait de violentes coliques. La malade est une jeune fille de dix-huit ans, de très-forte constitution, pléthorique; elle n'a jamais été réglée, et c'est la première fois qu'elle se plaint de coliques. Le ventre n'est pas ballonné ; la palpation, très-douloureuse et mal supportée, ne révèle aucune tumeur. La miction est facile. Figure vultueuse, couverte de sueurs. Pouls à 130.

« Croyant à une aménorrhée de cause pléthorique, je fis appliquer cinq sangsues à la partie interne de la cuisse, des sinapismes, et je donnai quelques pilules aloétiques.

« Les douleurs se calmèrent, et je n'entendis plus parler de cette jeune fille jusqu'au 18 mars.

« Ce jour-là, je fus appelé de nouveau; les douleurs avaient

reparu plus intenses Je trouvai la malade à peu près dans le même état que la première fois : fièvre, visage inondé de sueurs ; abdomen extrêmement douloureux, et enfin un examen, difficile à cause de l'indocilité de la malade, me fit découvrir une tumeur du volume d'une orange siégeant dans l'hypochondre gauche.

« Dès lors je pensai à une rétention du sang menstruel dans le vagin par suite de l'imperforation de l'hymen. Je fis part de mes craintes à la mère et je demandai à pratiquer le toucher ; la malade s'y opposa énergiquement, et je dus me borner à prescrire de nouveau des sangsues, des pédiluves irritants, des fumigations de vapeurs aromatiques, des purgatifs, et enfin quelques lavements laudanisés.

« Le 22 mars, je revis la mère de la malade ; les douleurs avaient diminué, mais non disparu.

« Enfin, le 29 mars, on vient me chercher la nuit précipitamment : la malade avait éprouvé des coliques plus violentes que jamais, revêtant le caractère expulsif. Une femme du village, appelée vulgairement *matrone*, faisant les fonctions de sage-femme, avait déclaré que la tête d'un enfant se présentait à la vulve. Je me rendis immédiatement à la Bussière.

« Je trouvai la malade dans un état de prostration extrême, le ventre ballonné, très-douloureux ; la tumeur que j'avais perçue onze jours plus tôt avait quadruplé de volume ; elle remontait jusque sous les fausses côtes, comprimait le diaphragme et par contre gênait extraordinairement la respiration.

« Après beaucoup d'hésitation de la part de cette jeune fille, je pus pratiquer le toucher : les grandes lèvres étaient fortement écartées, et entre elles on sentait une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, tendue fortement, mais où l'on percevait maintenant de la fluctuation. J'essayai, mais en vain, de passer le doigt entre les grandes lèvres et la tumeur. Je découvris la malade, et je pus constater facilement qu'il y avait occlusion complète, *imperforation de l'hymen*. L'aspect de cette tumeur était en tout semblable à la tête d'un fœtus de cinq mois recouverte des membranes de l'œuf.

« Je prévins la malade et sa mère qu'il y avait une opération à faire, et que je reviendrais le lendemain avec un confrère.

« En effet, le lendemain, assisté du docteur Magnard, il fut convenu qu'on ferait d'abord une ponction exploratrice : un petit trocart introduit laissa s'écouler un sang noir, liquide, décomposé, mais non putréfié, sans mauvaise odeur. Notre intention était de retirer la canule et de faire une large incision; mais, en présence d'une malade menacée de syncope, nous avons préféré laisser s'écouler par cette petite canule tout le liquide contenu, c'est-à-dire trois litres et demi. Quand l'écoulement eût cessé, je voulus débrider, et j'éprouvai quelques difficultés; la membrane fermant la vulve, qui au début était tendue, bombée et formait tumeur, s'était peu à peu rétractée, et ne présentait plus que des plis épais. Je dus faire directement, à l'aide du bistouri, une ouverture de deux centimètres environ, laissant facilement introduire le doigt, puis je passai une grosse mèche.

« Le 2 avril, les phénomènes morbides avaient disparu rapidement; un mieux sensible se déclara après l'opération; plus de fièvre, plus de douleurs.

« Quelques jours après, de violentes coliques sont survenues ; fièvre violente. Pouls à 150. Le palper, très-douloureux, fait reconnaître une tumeur du volume de la tête d'un fœtus, dans l'hypochondre gauche. Les douleurs s'irradient dans l'aine et dans la cuisse du côté gauche.

« L'incision, grâce à la mèche, ne s'est pas bouchée, mais seulement rétrécie; il s'en écoule un liquide rosé; l'introduction du petit doigt est assez difficile. J'y passe un morceau d'éponge préparée. Je prescris sangsues, sulfate de quinine, frictions mercurielles belladonée, cataplasmes.

« La fièvre persistait toujours violente. Le 12 avril, douleurs presque aussi vives. Empâtement de toute la région comprise entre l'arcade crurale gauche et une ligne passant à trois centimètres au-dessous de l'ombilic. Inappétence absolue, vomissement et faiblesse extrême. La malade s'est refusée à laisser introduire, par sa mère, l'éponge préparée; on peut cependant encore passer le bout de l'index. Je place un morceau d'éponge plus gros que la première fois. Large vésicatoire sur l'abdomen. Quinquina en infusion. Eau de Seltz, sulfate de quinine, granules de digitaline.

« Le 23 avril, plus de fièvre, plus ou peu de douleurs dans l'abdomen, plus d'empâtement. L'appétit est un peu revenu. Sommeil. On peut facilement introduire le doigt par l'ouverture vaginale; la malade ne veut plus entendre parler d'éponge. Elle se dit guérie et ne veut plus rien faire.

« Depuis cette époque, j'ai eu souvent l'occasion de revoir cette malade; elle est régulièrement menstruée; plus de douleurs; son embonpoint, ses forces sont revenus. La guérison est complète. Malheureusement l'incision que nous avons faite était trop étroite, et, si jamais cette jeune fille devenait enceinte, l'accouchement ne pourrait avoir lieu sans une nouvelle opération. N'avons-nous pas commis une faute en nous laissant arrêter au début par la menace d'une syncope, et n'aurions-nous pas dû quand même ouvrir largement? Du reste, voici quel était le procédé que je voulais suivre : faire passer par la canule d'un trocart, traversant la tumeur de haut en bas dans son plus grand diamètre, une anse de fil ; tirer sur cette anse après avoir retiré la canule, et enlever à l'aide du bistouri toute la partie comprise dans cette anse de fil. »

Nous ne pensons pas que notre confrère ait sérieusement à se reprocher d'avoir agi comme il l'a fait. Nous serions plutôt tenté de le louer de sa prudence. On n'ignore pas, en effet, et la petite discussion qui s'est engagée entre les membres de la Société de chirurgie sur ce sujet, à l'occasion de la communication ci-dessus rappelée, le montrerait par surcroît, au besoin, combien les accidents septicémiques sont à craindre lorsque l'on vient à mettre tout à coup à découvert le vagin et la matrice longtemps distendus par l'accumulation du sang menstruel. M. Rondeau a paré aux indications les plus urgentes en donnant issue au liquide accumulé et en maintenant béant un orifice suffisant pour permettre à l'avenir le libre écoulement des règles. Il sera temps plus tard, alors que la matrice et le vagin seront revenus complètement à leurs conditions normales et qu'il n'existera plus aucune cause de danger possible, d'agrandir l'ouverture, de manière à permettre à cette jeune fille, comme il le dit lui-même à la fin de sa lettre, « de se marier et de goûter les douceurs de la maternité ».

Dr Brochin.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur Lœwenberg.

2) *L'ablation des tumeurs adénoïdes.* — L'ablation des végétations adénoïdes a été pratiquée selon différents procédés par les

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 août.

auteurs qui se sont occupés de la question. Après avoir expérimenté leurs procédés dans un très-grand nombre de cas, nous avons été amené à imaginer une *méthode nouvelle* qui nous semble présenter quelques avantages, et que nous allons exposer après avoir parlé de celles déjà connues.

a) *L'emploi de la curette à bords tranchants.* — L'usage d'une curette à bords tranchants est un procédé qui nous a souvent donné de bons résultats.

Notre instrument représente assez bien une petite cuiller, longue d'un centimètre, large de 7 millimètres dans son diamètre transversal, et dont les bords sont tranchants. Elle se continue en une tige, faite d'acier comme elle, et longue de 15 centimètres. Celle-ci possède une double courbure analogue à celle du porte-caustique, et ressemble, comme celui-ci, à un S : la première courbure se trouve vers le bout destiné à être introduit par la bouche; elle permet à la curette de contourner le voile du palais et d'arriver jusqu'au sommet du pharynx; l'autre courbure existe vers la jonction de la tige avec un fort manche en ébène. Elle forme, comme la première, un angle arrondi très-obtus, mais ouvert par en bas, tandis que celui de l'autre bout de l'instrument est ouvert par en haut. Le premier de ces deux angles a pour but d'éviter que la main de l'opérateur ne vienne encombrer le champ visuel, de même que pour le porte-caustique.

Lorsqu'on veut employer cette curette, on commence par faire aplatir la langue au malade; s'il ne peut le faire lui-même, on la fait déprimer par un instrument *ad hoc*. On introduit ensuite le miroir pharyngien, et on opère, aidé et guidé par la vue. Chez les malades qui ne se prêtent pas à ce genre d'exploration, on porte l'index gauche dans le pharynx pour fixer les tumeurs adénoïdes et pour conduire en même temps l'instrument tranchant. On manie la curette de la main droite. Les végétations sont enlevées par la pression d'un des bords de la petite cuiller ou par une sorte de raclage.

De même que lors de la cautérisation, nous avons rencontré un certain nombre de cas, non mentionnés par les auteurs, où les malades ne supportaient pas la présence un tant soit peu prolongée soit du doigt, soit du miroir rhinoscopique. Nous avons dû alors agir de la façon suivante : nous nous assurions d'abord par un toucher rapide de la position exacte des végétations, puis nous retirions le doigt pour le remplacer aussitôt par la curette avec laquelle, avant de trancher, nous sondions de nouveau délicatement l'emplacement où il fallait opérer. Ici aussi nous poussions la prudence jusqu'à coiffer le bout tranchant de l'instrument d'un tube en caoutchouc ; au moment de couper les tumeurs, on écarte cette enveloppe protectrice au moyen de l'index gauche chez les personnes qui en tolèrent l'introduction, ou bien, en appuyant seulement l'instrument et en faisant ainsi reculer le tube élastique.

L'hémorrhagie qui suit l'opération est quelquefois assez abondante en raison de la grande vascularité de ces tumeurs ; mais elle ne résiste jamais à l'application de la douche naso-pharyngienne administrée avec de l'eau presque fraîche ou bien avec une solution d'alun.

On peut aussi remplacer la douche en introduisant dans le pharynx nasal un tuyau dont le bout est fermé, mais percé de trous (Lincke), et par lequel on injecte le liquide après avoir introduit ce tube par les fosses nasales. On peut également introduire un tube analogue par la bouche et derrière le voile du palais; il va sans dire qu'alors il doit être courbé convenablement. L'usage de ces instruments implique une nouvelle opération, quelque petite qu'elle soit, et dont se passe volontiers un malade déjà énervé par l'opération précédente.

On n'a souvent besoin d'aucun traitement consécutif dirigé directement sur les endroits où siégeaient les végétations; quelquefois, cependant, de légères cautérisations peuvent être très-utiles pour terminer la cure d'une façon définitive.

b) *L'écrasement et le broiement.* — On peut opérer les végétations par l'écrasement quand elles sont pédiculées, et par le broiement quand elles sont sessiles. Dans le premier cas, on se sert d'une anse de fil d'acier très-résistant qu'on passe autour du pédicule, et à l'aide de laquelle on le coupe en l'étranglant pour retirer l'excroissance entière, séance tenante. L'instrument qui porte l'anse doit être fort et posséder une courbure qui le rend propre à monter jusqu'à la voûte du pharynx en passant derrière le voile du palais.

Les instruments de ce genre, bien que construits sur différents modèles, reposent toujours, au fond, sur le même principe, et ressemblent tous, à part la force et la courbure spéciales, à l'écraseur de M. Maisonneuve et à celui que le regretté Wilde (de Dublin) a inventé pour opérer les polypes auriculaires, et que nous employons très-fréquemment avec un succès complet.

Les *tumeurs sessiles* peuvent être opérées à l'aide d'une pince à polypes munie d'une courbure appropriée à cette destination spéciale, comme, par exemple, les instruments imaginés par notre savant confrère M. Ch. Fauvel. On saisit la tumeur entre les mors de l'instrument et on comprime fortement pour la broyer; puis on relâche la pression et on retire l'instrument, laissant en place un magma de détritus qui tombera de lui-même; on répète le broiement s'il le faut, après que l'inflammation causée par l'opération précédente a cessé et que les tissus mortifiés par la compression vigoureuse ont été éliminés. La pince dont se sert M. Stoerk (1) diffère des autres instruments de ce genre en ce que chaque branche est divisée en deux parties réunies par une articulation. Pour employer la pince, on place ces deux pièces sous un angle qui en facilite l'introduction; une fois l'instrument *in situ* et après avoir saisi la tumeur, M. Stoerk fait redresser le tout au moyen de deux fils de fer, de manière que les deux pièces qui composent chaque branche ne forment ensemble qu'une ligne droite. Ce redressement ne pourra, ce nous semble, être obtenu qu'aux dépens du voile du palais, qui sera violemment refoulé en avant.

Les pinces qui servent à broyer les tumeurs sessiles peuvent être employées également pour étrangler les pédicules des végétations de la première catégorie et pour les enlever ainsi séance tenante.

Nous avons imaginé, dans ce double but, *une modification de notre pince coupante* (voir plus bas). Les lames aiguës de notre instrument sont remplacées par de forts mors dentelés qui permettent d'écraser ou de broyer les tumeurs, conformément à ce que nous venons d'indiquer.

Ainsi modifié, notre instrument nous paraît d'un maniement extrêmement commode, non-seulement pour les végétations dont nous parlons, mais aussi pour de véritables polypes du pharynx.

Pour ce qui est des *précautions à prendre* dans l'écrasement des végétations, de l'emploi de la rhinoscopie et de la palpation, des dangers d'hémorrhagie, etc., nous n'avons qu'à répéter ce qui a été dit lors des considérations sur le raclage à l'aide de la curette. Ces précautions s'appliquent également à la méthode dont nous venons de traiter.

Dans certains cas de tumeurs de consistance très-molle, on réussit quelquefois à *les écraser par la pression du doigt* qu'on répète jusqu'à la guérison complète.

c) *Le couteau annulaire.* — M. Meyer conseille d'opérer au moyen d'un petit anneau de forme ovale et à bord antérieur et intérieur tranchant.

Ce petit instrument est formé d'une lame plate et mince, large seulement de 2 millimètres; il a 1 centimètre dans son axe transversal, 7 millimètres dans l'axe perpendiculaire à celui-ci. L'anneau est fixé sous une faible courbure à un manche rigide en métal, long de 11 centimètres, que termine une tige en ébène de même longueur.

Voici la manière d'employer cet instrument : La main droite le fait glisser par la narine correspondant au siège de l'affection jusqu'à ce qu'il passe dans le pharynx, puis l'index gauche y pénètre par la voie buccale pour fixer les végétations et les presser au-devant de l'arête tranchante du couteau.

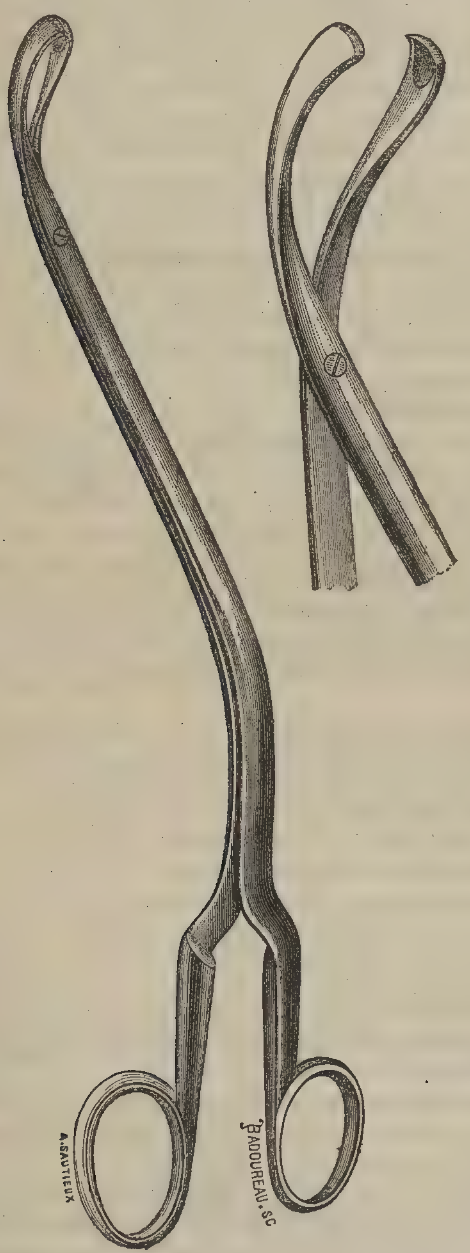
Quant aux conséquences de l'opération, voir ce qui a été dit au chapitre traitant de l'emploi de la curette.

---

(1) Prof. Carl Stoerk. *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs, etc.*, Stuttgart, 1876, fig. 37, page 98.

Pour ce qui est de la valeur de cet instrument, nous sommes obligé de dire que nous avons dû souvent renoncer à nous en servir parce qu'il était ou impossible ou bien trop douloureux de lui faire traverser les fosses nasales; d'autres fois, parce que les tumeurs, en raison de leur siège, ne pouvaient pas être atteintes par le couteau, la place faisant défaut dans l'intérieur du nez pour diriger librement la tige de l'instrument. (Ajoutons que le regretté Wendt a vu, dans deux cas, l'usage de ce couteau annulaire suivi d'otite aiguë purulente avec perforation de la membrane du tympan.)

d) *Le procédé opératoire de l'auteur.* — Parmi les procédés opératoires dont nous avons fait usage, l'emploi de la curette nous a semblé le plus facile et le plus efficace, sans être cependant exempt de tout inconvénient. L'introduction de cet instrument à bords tranchants peut, en effet, devenir dangereuse chez les malades turbu-



Pince coupante du docteur Lœwenberg.
a. Aux 2/3 de la grandeur naturelle. — *b.* L'extrémité coupante de grandeur naturelle.

lents ou indociles, alors même que l'on prend les précautions que nous avons indiquées (voir plus haut). De plus, une fois introduite dans le pharynx nasal, la curette peut encore exercer son action trop profondément en pénétrant au-delà des limites de la tumeur qu'il s'agit d'enlever.

Nous avons donc été amené à substituer aux instruments déjà connus un autre de notre invention que nous croyons aussi efficace que ceux-ci, tout en étant d'un maniement plus sûr et plus inoffensif.

C'est une pince terminée par deux lames coupantes, dont les bords tranchants sont appliqués l'un contre l'autre tant que l'instrument est fermé. Elle possède une double courbure en S, de même que la curette et le porte-caustique. L'articulation est placée près des mors pour conserver une grande longueur des branches qui donne un levier puissant et permet de couper facilement. Les becs coupent par rapprochement. Ils sont légèrement arrondis et excavés dans leur partie interne.

Voici comment nous employons notre instrument : Guidé par le miroir rhinoscopique ou par l'index de la main gauche, on introduit la pince fermée, puis on l'ouvre et l'on coupe les végétations le plus près possible de leur base. Un seul coup suffit pour sectionner un pédicule mince ou la base d'une végétation sessile de petites dimensions; les tumeurs volumineuses exigent naturellement plusieurs coups de l'instrument. Il en est de même pour de véritables polypes qu'on peut également opérer au moyen de notre instrument.

Une fois les tumeurs coupées, on retire la pince fermée qui ramène généralement en même temps les végétations enlevées.

Ayant eu fréquemment occasion de nous servir de notre pince avec un succès complet, nous pouvons en recommander l'usage à ceux qui auraient occasion d'opérer des tumeurs adénoïdes ou des polypes du pharynx.

e) *La galvano-caustique.* — Un fil de platine rendu incandescent par le courant continu peut servir également à détruire les tumeurs adénoïdes. On sectionne les végétations pédiculées avec l'anse coupante et on détruit les sessiles par le galvano-cautère.

Nous n'avons pas encore essayé le *thermocautère* pour notre but spécial. Au cas où l'on voudrait l'employer, nous proposerions de recouvrir l'instrument, excepté la partie qui doit agir, d'une matière réfractaire à la chaleur en même temps que mauvaise conductrice. Nous proposons le même moyen pour la galvanocaustique, dans le but de protéger les parties saines ; on pourrait, par exemple, recouvrir ainsi la périphérie externe de l'anse de fil de platine. Nous soumettons notre idée à ceux de nos confrères qui auraient occasion de tenter cette opération dans l'intérieur d'une cavité quelconque dont il faudrait protéger les parois contre l'énorme chaleur rayonnante du platine traversé par le courant de la pile.

REVUE DE SYPHILIOGRAPHIE.

I. **Leçons sur les myopathies syphilitiques**, par le docteur C. Mauriac. Paris, 1878, Masson. — II. **Étude sur la syphilis contractée à un âge avancé,** par M. le docteur Dulac. Paris, 1878, Delahaye.

I. M. le docteur Charles Mauriac vient de réunir et de publier cinq leçons faites par lui à l'Hôpital du Midi, sur les myopathies syphilitiques. Ce sont là, comme le fait remarquer l'auteur, des affections bizarres et mystérieuses de la pathologie syphilitique. Si on se place au point de vue anatomo-pathologique, on observe quatre degrés dans ces anciennes lésions spécifiques. Cette division subsiste encore, quoique moins rigoureuse, si on étudie l'ordre de succession. L'existence des premiers degrés ne nécessite pas l'apparition des autres à une période plus tardive, de même que les derniers degrés peuvent s'établir d'emblée. Examinons rapidement chacune de ces étapes de la détermination infectieuse sur le système musculaire.

La caractéristique du *premier degré* consiste dans des sensations douloureuses. Le principe toxique n'a occasionné, probablement du moins, aucune lésion, soit de la fibre musculaire, soit des filets nerveux. Il n'y a et le malade n'accuse qu'une douleur fugitive qui disparaît sans laisser de troubles fonctionnels durables ou même sérieux.

Au point de vue symptomatique, le *deuxième degré* est constitué

comme élément principal par la contracture. Les myopathies de ce genre se localisent le plus souvent dans le biceps; il peut se faire cependant que le rôle physiologique des fléchisseurs et des extenseurs soit entravé par un état variable de contracture. Mais, ici, il n'y a pas une simple impression sur la sensibilité. Il existe une altération au sein du muscle. En quoi consiste-t-elle? Probablement dans une hyperémie disséminée sur les faisceaux musculaires, les filets nerveux et les fibres tendineuses.

Le *troisième degré* présente des phénomènes inflammatoires: c'est de la myosite syphilitique. Il n'est pas toujours facile de la distinguer de la myosite de cause commune; on peut remarquer cependant que la première débute moins brusquement que la seconde; elle est moins douloureuse, le processus est plus lent, la période d'état plus longue; la tuméfaction diffuse dans toute la masse musculaire n'a aucune tendance à la suppuration. Enfin la résolution se fait rapidement sous l'influence du mercure et de l'iodure de potassium.

Il existe constamment une suffusion plastique qui se liquéfie et se résorbe dans la plupart des cas. Il arrive quelquefois que la matière infiltrée, au lieu d'être résorbée, s'organise et se transforme en tissu fibreux. Ce dernier entrave la nutrition de la fibre musculaire qui devient granulo-graisseuse et disparaît après avoir passé par les diverses phases de la dégénérescence cirrhotique ou scléreuse. Cet état entraîne le raccourcissement et l'atrophie du muscle, comme il peut aussi aboutir à la dégénérescence cartilagineuse et osseuse. Ajoutons que le travail morbide peut envahir aussi la portion tendineuse du muscle.

Nous arrivons au *quatrième degré*, qui est constitué par la gomme. Les myomes syphilitiques ne donnent pas lieu à de vives douleurs lorsqu'ils débutent. C'est plutôt un sentiment de gêne qu'une véritable douleur. On observe, à ce moment, une dureté plus ou moins diffuse qui fait corps avec le muscle, suivant ses mouvements et prenant sa forme. Peu à peu, très-lentement, la lésion arrive à sa période d'état; la tumeur se constitue en se dégageant du tissu musculaire. Son volume peut acquérir de grandes dimensions. La forme, variable suivant les muscles, est, le plus souvent, fusiforme, globuleuse ou ovoïde. La consistance, assez ferme d'ailleurs, est permanente. Le myome est mobile lorsque le muscle est en repos; fixe, au contraire, quand il travaille. Les troubles fonctionnels ne comprennent guère que la gène dans l'exercice du muscle qui perd de sa force, et dans la douleur assez sourde, à moins qu'il n'y ait compression des nerfs.

Dans ce cas, on peut observer des phénomènes paralytiques. De même, lorsque la compression porte sur les veines, on rencontre les accidents dus à la gène de la circulation en retour. La période régressive consiste dans le passage de l'état solide à l'état liquide. Pendant cette transformation, la peau devient violette, puis rouge foncé, elle se perfore, se détruit; la tumeur vide alors son contenu; il en résulte une cavité plus ou moins vaste, dont la physionomie toute spéciale est bien connue. Dans les myomes volumineux des grands muscles, il n'est pas rare de voir la lésion se terminer par la gangrène, qui s'est emparée de la tumeur et des parties voisines. La résorption complète et graduelle peut se faire, de même que les produits néoplasiques peuvent se transformer en tissu scléreux, sans ramollissement ni ulcération de la tumeur.

Telle est l'évolution de cette ancienne action de la vérole sur le système musculaire. On trouve dans l'ouvrage de nombreuses observations fort intéressantes, ainsi qu'une savante leçon (déjà publiée il y a quelque temps, croyons-nous) sur les glossopathies et les cardiopathies gommeuses.

II. Les manifestations de la syphilis sont extrêmement variables, en tant qu'intensité. Bien des auteurs ont recherché la cause de ce phénomène. Les uns ont attribué cette variabilité à la force du virus, à son origine; d'autres ont invoqué le siège du chancre, l'influence climatologique, etc.

Que ces divers facteurs aient une influence sur la bénignité ou la malignité de la maladie, c'est possible, probable même, mais ce n'est pas encore prouvé. Ce qui est certain, hors de doute, c'est l'influence du terrain sur lequel la vérole se développe. C'est le malade qui fait sa maladie.

La débilitation, quelle que soit son origine, est une cause de gravité de la syphilis: or, les progrès de l'âge amènent une débilitation certaine. M. Dulac s'est proposé, dans sa dissertation inaugurale, d'étudier, au moyen d'observations prises aux bonnes sources, les manifestations syphilitiques chez des sujets ayant cinquante ans et plus. Il conclut en disant que l'âge avancé est une condition qui aggrave souvent la syphilis, dont les manifestations sont alors plus tenaces, plus accentuées, plus nombreuses.

Nous croyons, avec M. Dulac, que cette proposition est vraie, *théoriquement*, si on veut bien nous permettre cette expression, ou mieux, qu'elle doit être vraie. Cependant la thèse de l'auteur ne prouve pas qu'elle le soit *effectivement*. Il aurait fallu, en effet, comparer les manifestations de la vérole aux divers âges de la vie. C'est une étude qui n'a pas encore été faite d'une façon suffisante. M. Dulac ajoute que la marche de la vérole est profondément modifiée, l'ordre chronologique des accidents altéré. Il est vrai que la période des accidents tertiaires apparaît dans les observations qui nous sont soumises au bout d'un temps très-court, et que l'époque d'apparition des accidents secondaires et tertiaires est beaucoup plus rapprochée du début de la maladie que dans la majorité des cas qu'on observe chez l'adulte. Mais on ne peut dire que l'ordre chronologique des accidents est altéré. En effet, l'induration chancreuse, la pléiade ganglionnaire, la céphalée vespérale, l'abattement, la variole, l'anémie, sont des accidents secondaires. De plus, on voit souvent, très-souvent, chez des syphilitiques jeunes, indemnes d'autre affection, des accidents tertiaires auxquels succèdent des éruptions franchement secondaires.

Ce qu'on peut affirmer, c'est que la marche de la syphilis est connue dans son évolution générale, mais que, sous des influences multiples et des plus diverses, cette marche est soumise, même chez des sujets en parfait état, à des irrégularités que nous ne pouvons encore expliquer. Quoi qu'il en soit, la thèse de M. Dulac, sérieusement faite, offre une lecture des plus attachantes. On y trouve des observations fort bien résumées et très-curieuses. Le chapitre consacré à la syphilis du système nerveux chez les gens âgés est particulièrement intéressant. Quelques auteurs croient que la syphilis peut donner lieu à la folie chronique, à la paralysie générale.

Il est actuellement impossible, faute d'observations suffisantes, d'émettre une idée exacte sur ce point important. En revanche, les faits d'hémiplégie et d'épilepsie de nature spécifique sont suffisamment établis. M. Dulac publie dix observations fort intéressantes qui prouvent, grâce à quelques nécropsies, que le caractère de malignité de la maladie virulente était dû à un état général déplorable; les antécédents ne permettant d'invoquer aucune autre cause, c'est la cachexie amenée par les progrès de l'âge qu'il faut invoquer. La vérole n'exerce pas seulement ses ravages sur le cerveau, le système cérébro-spinal tout entier lui est soumis. Une remarque importante doit être faite, à savoir que, chez les vieillards principalement, lorsque les manifestations se passent, surtout du côté de la moelle, le cerveau ne reste pas indemne.

On remarque, en effet, que la paraplégie est toujours annoncée par de violentes douleurs de tête, des troubles de l'intelligence, un assoupissement invincible, etc.

En résumé, il résulte de l'excellent travail que nous venons d'analyser que, si la syphilis est maligne chez *certains* vieillards, cela tient à leur état de faiblesse physiologique. Cela n'est-il pas vrai, du reste, pour toutes les maladies qui frappent les gens âgés?

Dr V. de Fourcauld.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 septembre ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre:

Au grade de pharmacien principal de 1re *classe*: MM. Ollivier,

pharmacien principal de 2e classe, à l'hôpital du Gros-Caillou, en remplacement de M. Massie, retraité.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Fontaine, pharmacien major de 1re classe à l'hôpital de Bordeaux.

Au grade de pharmacien major de 1re classe : M. Ceisson, pharmacien major de 2e classe à l'hôpital de Versailles.

— *Amphithéâtre d'anatomie* (année 1878-1879). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront, le lundi 14 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis ;

2° *Physiologie.* — M. le docteur Schwartz, prosecteur, les mercredis et samedis ;

3° *Anatomie descriptive.* — M. le docteur Henriet, prosecteur, les mardis et jeudis;

4° *Histologie.* — M. le chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

— *Hôpital des enfants malades.* — M. le docteur Bouchut recommencera son cours clinique, le mardi 1er octobre, à huit heures du matin, et la première leçon sera consacrée à un résumé de la Cérébroscopie avec projections oxhydriques.

— M. J.-A. Pennès nous prie d'annoncer que, sur les observations des membres du bureau du Congrès international de Paris (sections des sciences médicales, séance du 28 août dernier), il vient de changer le nom de son *Vinaigre* antiseptique qui devra être dorénavant formulé *Éthérolé* antiseptique, le mot *éthérolé* qualifiant très-bien un composé antiseptique pouvant se vaporiser très-facilement.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 114. — MARDI 1er OCTOBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 1er OCTOBRE 1878. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(REVUE MENSUELLE)

Hématocèle du scrotum; castration; pansement antiseptique; absence de suppuration; guérison, par M. le docteur POINSOT, de Bordeaux (séance du 8 mai). — D..., cordonnier, d'une constitution athlétique, s'aperçut, dans le courant de janvier, que son testicule droit n'avait plus son volume habituel; il y avait comme une petite nodosité surajoutée à l'organe. Au 4 mars, la tumeur présente le volume et la forme d'un gros œuf de canard; elle est uniformément rénitente, dure, dans toute son étendue; en avant, semble exister une fluctuation obscure. La pression est douloureuse : le malade accuse dans la tumeur des douleurs lancinantes qui irradient dans le cordon; aucune trace d'affection vénérienne; aucun traumatisme antérieur. Le mode de développement de la tumeur et la manière purement fortuite dont elle avait été reconnue par le malade firent porter le diagnostic de tumeur solide, de préférence à celui d'hématocèle : une ponction exploratrice faite dans la masse morbide ne donna issue à aucun liquide, mais la pointe de l'instrument donnait la sensation de la déchirure d'un tissu mollasse. La castration fut décidée.

Elle fut pratiquée d'après les règles principales du mode opératoire de Lister, nuage phéniqué, etc., et le pansement fut de même fait avec toutes les précautions de la chirurgie antiseptique. L'examen de la tumeur montra qu'il ne s'agissait pas d'un cancer à marche rapide, mais bien d'une hématocèle commençant à s'enflammer : la tumeur offrait une vaste cavité remplie de caillots résistants et dont les parois, épaissies, étaient formées par la vaginale dégénérée. Le testicule était absolument ramolli. Les suites de l'opération furent très-simples.

M. DESPRÈS, à propos de l'erreur de diagnostic, fait remarquer qu'elle aurait pu être évitée si l'on avait cherché le point où était placé le testicule. Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur du testicule de date récente, on peut toujours reconnaître le testicule.

— Mais l'intérêt de cette observation n'est pas seulement dans l'histoire de cette opération : c'est surtout dans la discussion qui a suivi, discussion qui a porté sur la ligature en masse du cordon.

M. Poinsot signale aussi qu'il n'a eu qu'à se louer du drainage fait avec la mèche de crin de cheval. Le crin permet, grâce à la capillarité, un écoulement très-facile des liquides, en même temps qu'il donne au chirurgien la faculté de diminuer, à volonté, le volume du drain. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1878, n° 44, page 350.)

Ligature du cordon : ligature en masse. — Dans l'observation précédente, M. Poinsot, après avoir divisé la gaîne du cordon, la sépara en deux moitiés qu'il lia séparément avec le catgut.

Répondant au reproche formulé par M. Desprès, que la ligature en masse a été suivie de tétanos et ne doit plus être pratiquée, M. Poinsot ajoute qu'il sait que le même reproche a déjà été formulé par Curling. En revanche, sur cent cas analysés par Velpeau, le tétanos ne s'est pas montré une seule fois, bien que la ligature en masse eût été pratiquée. Bouisson n'a jamais eu à noter cet accident dans la pratique de Delpech, de Lallemand et de Serre. Sédillot et Legouest ne croient pas au danger d'accidents nerveux dus à l'étranglement du canal et des filets nerveux par la ligature en masse. Cette dernière compte encore parmi ses partisans Giraldès et M. Tillaux. D'ailleurs, le tétanos a été observé aussi bien dans des castrations faites par un autre procédé : ainsi, dans le cas de M. Couronné (de Rouen), qui pratiqua la ligature isolée des vaisseaux du cordon.

Comme l'a dit M. Tillaux, le grand inconvénient de la ligature en masse est de demeurer très-longtemps en place avant de tomber. Cet inconvénient disparaît avec le catgut, et la ligature en masse se trouve ainsi absoute du plus grave reproche qui ait pu lui être adressé.

M. DESPRÈS rappelle, entre autres, le cas de tétanos observé dans le service de M. Nicaise, à la suite d'une ligature en masse du cordon.

S'il s'élève contre cette manière de faire, c'est qu'il ne voit pas pour quelles raisons on ferait pour le testicule ce qu'on n'oserait faire dans une autre région : aucun chirurgien, assurément, ne voudrait, dans une amputation, lier en masse le paquet vasculo-nerveux.

M. VERNEUIL croit que l'on trouverait de nombreux exemples de tétanos à la suite de la ligature en masse. Il en a observé un cas chez un de ses opérés; il en connaît un autre de Paletta. Pour que la ligature en masse ait été abandonnée par beaucoup de chirurgiens, il faut admettre qu'elle donnait de mauvais résultats. Il la considère donc comme une mauvaise opération. Elle exige un temps très-long pour s'éliminer et provoque aussi des funiculites. M. Verneuil, comme le disent aussi MM. Le Dentu et Sée, n'a jamais éprouvé de difficultés à lier les artères séparément : il suffit de les saisir, dès qu'elles sont ouvertes, avec des pinces hémostatiques, puis, lorsqu'on a enlevé la tumeur, on les remplace par des fils à ligature.

C'est dans ces cas que le catgut a vraiment une supériorité incontestable, car on n'a plus besoin de s'en préoccuper.

Mais cet avantage de l'emploi du catgut existe également dans la ligature en masse. M. Lucas-Championnière a fait une castration avec une ligature en masse, pratiquée avec le catgut. Il pense qu'il y a là un élément de succès pour la méthode : lorsqu'on emploie un catgut d'un gros volume, on pourra toujours exercer une constriction suffisante, sans la crainte de la voir se rompre.

M. FORGET rappelle que Lisfranc employait toujours la ligature en masse : il se servait d'un fil de fort calibre, et il affirmait qu'il ne pouvait y avoir ni hémorrhagie, ni tétanos, parce que le fil, fortement serré, détruisait instantanément les tissus compris dans la ligature.

M. Tillaux a fait un assez grand nombre de castrations dans lesquelles il a toujours employé la ligature en masse et n'a jamais observé de tétanos. Il pense que, par ce procédé, l'on évite un des grands inconvénients de la castration, l'hémorrhagie : lorsqu'on ne fait pas la ligature des trois artères du cordon, on doit redouter cet accident. Ces artères, de très-petit volume, se rétractent, ne donnent pas de sang de suite, et ce n'est que quelques heures plus tard que survient l'hémorrhagie, dont on devient difficilement maître parce que le cordon, remontant dans le canal inguinal, rend les recherches très-difficiles.

Quant à attribuer le tétanos à la ligature en masse du cordon, il faudrait commencer par prouver que la ligature d'un nerf peut occasionner le tétanos ; or M. Tillaux doute de ce fait et ne sait pas si la ligature d'un nerf peut donner naissance à du tétanos plus que la ligature d'un muscle.

M. Tillaux fait la ligature en masse, mais *partielle*, c'est-à-dire qu'il dissocie le cordon et fait trois ou quatre ligatures, suivant le volume du cordon : du huitième au douzième jour les fils tombent, de sorte que l'on évite ainsi la chute tardive de la ligature et que l'on est à l'abri des hémorrhagies consécutives qui seraient à craindre, avec la ligature en masse, par l'affaissement du cordon.

M. Verneuil fait observer que, pour être à l'abri de toute hémorrhagie, il faut lier non-seulement les artères, mais encore les veines. Paletta le recommande sans donner d'explication, quoique la raison soit bien naturelle, puisque ces veines n'ont pas de valvules.

M. Terrier a vu faire deux castrations par Jarjavay. On a lié méthodiquement chaque artère ; cependant, les deux fois, il y eut des hémorrhagies consécutives. Il a vu aussi, dans le service de Chassaignac, faire la castration avec l'écraseur linéaire sans avoir jamais vu survenir ni hémorrhagies secondaires ni tétanos. M. Terrier a fait une fois la castration en employant pour lier le cordon la méthode que l'on suit pour lier les pédicules des kystes de l'ovaire, et a obtenu un excellent résultat.

Si l'on recherche ce qui se passe chez les animaux à la suite de la castration, on voit qu'il est impossible d'incriminer la ligature en masse. Chez le cheval, les cas de tétanos sont fréquents à la suite de la castration, mais, en relevant tous les faits, on voit qu'il est impossible d'attribuer cet accident à un procédé opératoire plus qu'à un autre.

Atrophie ancienne du membre supérieur droit. Développement relativement moindre de la circonvolution pariétale ascendante gauche (séance du 8 mai). — **M. Marc Sée** présente une pièce provenant d'un sujet de cinquante-cinq à soixante ans, apporté à l'École pratique, lequel avait le membre supérieur droit atrophié par suite d'une paralysie remontant probablement à l'enfance. Il profita de l'occasion pour examiner son cerveau et constata une différence très-notable entre les circonvolutions pariétales ascendantes des deux côtés. L'inégalité est marquée surtout à la partie supérieure de ces circonvolutions.

Cette inégalité, observée dans une région déterminée des deux hémisphères cérébraux, doit-elle être considérée comme liée étroitement à l'atrophie paralytique dont était atteint le sujet observé ?

MM. Bourdon et Luys n'hésitent pas à l'admettre ; M. Charcot, au contraire, sans nier absolument qu'il puisse en être ainsi, refuse cependant de se prononcer affirmativement. Il se pourrait qu'il ne s'agît là que d'un de ces défauts de symétrie qu'il est si fréquent de trouver sur des sujets parfaitement sains.

Cependant ce serait un singulier hasard que celui qui a fait trouver une diminution de volume précisément dans le point de l'écorce cérébrale où les recherches physiologiques les plus récentes placent le centre moteur du membre atrophié.

De l'épanchement articulaire du genou consécutif aux fractures du fémur, par M. Berger (séance du 15 mai). — **M. Lannelongue**, rapporteur. — Le nouveau travail de M. P. Berger contient deux cas de fracture de cuisse s'accompagnant d'épanchement dans l'articulation du genou, que l'auteur croit pouvoir expliquer par le mécanisme dont il a déjà entretenu la Société : passage du sang extravasé dans la cuisse, à travers la membrane synoviale du genou.

Sans croire impossible la possibilité du passage du sang à travers une séreuse, comme le soutiennent MM. Gosselin et Berger, M. Lannelongue pense que, dans beaucoup de cas, l'épanchement articulaire peut et doit s'expliquer, non par la transsudation du sang, mais bien par une entorse de l'articulation du genou, s'accompagnant d'épanchement articulaire. Ce qui permet d'admettre, pour expliquer l'épanchement, la coïncidence de l'entorse du genou, ce sont les cas fréquents de fracture de jambe avec épanchement dans l'articulation du genou, car il est impossible d'admettre que le sang ait pu remonter de la fracture dans le genou.

M. Tillaux a cru pouvoir admettre, dans certains cas, l'entorse du genou, et dans certains autres, la transsudation du sang à travers la membrane synoviale.

Il ne pense pas qu'une entorse du genou, suffisante pour amener un épanchement, ne soit pas accompagnée de douleurs. Il lui paraît difficile d'admettre qu'un épanchement sanguin, contenu dans une articulation, puisse pénétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans les hématocèles du genou, il n'a jamais vu d'ecchymoses sous-cutanées.

M. Verneuil n'a pas de théorie pour expliquer ces épanchements, mais il ne croit pas qu'un épanchement sanguin puisse passer de toute pièce à travers les parois d'une articulation saine. Il rappelle le cas d'anévrysme diffus de la cuisse, survenu à la suite d'un écrasement de l'artère et de la veine poplitées, où il n'y avait pas trace de sang dans l'articulation. (Voir *in Gazette des Hôpitaux*, 1878 : *Ruptures par l'écrasement de l'artère et de la veine poplitées, anévrysme faux primitif, etc.*)

M. Lannelongue croit cependant cette théorie vraie, parce qu'il a trouvé, dans un épanchement de cette nature, un liquide avec des globules rouges assez abondants pour ne pouvoir l'expliquer que par le passage du sang à travers la séreuse. Mais il ne pense pas pas que cette théorie puisse toujours être acceptée.

Pourquoi les globules rouges ne pourraient-ils pas sortir des séreuses? Une expérience, faite en Allemagne, a prouvé que du lait versé dans la plèvre d'un animal vivant pouvait passer dans le péritoine.

M. Verneuil croit que cette expérience a été considérée comme très-douteuse et nie qu'un liquide puisse passer à travers les parois d'une cavité close, malgré les faits avancés par M. Lannelongue, qui croit avoir trouvé des cas dans lesquels la migration des globules rouges n'était pas douteuse.

M. Tillaux ne conteste pas l'absorption, mais il conteste qu'une séreuse intacte puisse laisser suinter du sang à travers ses parois. Ce n'est pas l'absorption, c'est le passage qu'il ne peut accepter ; il voudrait des faits prouvant le passage d'un liquide sans lésions des parois.

C'est là, en effet, qu'est la solution de la question, qui n'est pas tranchée et ne peut l'être par la seule discussion : il faudrait savoir, comme le demande M. Forget, si le passage à travers les parois d'une séreuse peut se faire en dehors des conditions d'absorption généralement acceptées.

Cas de version pratiquée dans un utérus tétanisé, par M. Zuède, de Grandvilliers (séance du 15 mai). — **M. Guéniot**, rapporteur. — Notre confrère nous adresse la communication sommaire de cette opération : il fut appelé en consultation pour terminer un accouchement qui durait depuis plus de vingt-quatre heures. La parturiente avait eu déjà quatre accouchements antérieurs, qui s'étaient terminés naturellement.

Cette fois, au contraire, le travail se prolonge démesurément : la poche des eaux est rompue et l'utérus fortement rétracté sur le produit ; on trouve l'orifice externe à peine entr'ouvert et l'orifice interne étroitement resserré. Il s'agit d'une grossesse à terme. L'enfant se présente par le crâne dont on reconnaît la présence au niveau du détroit supérieur. L'état général de la femme est mauvais ; il existe une grande prostration. Enfin, on apprend que pour activer le travail une quantité assez considérable de seigle ergoté a

été administré. Ne pouvant, à cause de l'étroitesse du col, introduire aucun instrument, M. Zuède se résolut de pratiquer la version, sans se dissimuler les dangers ni les difficultés d'une pareille manœuvre. La tentative fut heureusement couronnée de succès; il parvint à extraire un enfant mort, il est vrai, mais la mère était sauvée.

C'est là un exemple d'accouchement forcé, dont les effets généralement désastreux ne sont plus chose à démontrer. Cependant il est certains cas de nécessité où l'opérateur se trouve en quelque sorte contraint d'agir, sans pouvoir disposer du choix de la méthode.

M. Zuède dit s'être inspiré de l'opinion émise par M. Guéniot, qui ne regarde pas comme impossible la version pelvienne dans les cas de tétanos utérin; il importe donc de préciser exactement la portée de cette méthode. Si elle est toujours *possible*, dit M. Guéniot, cela ne veut pas dire qu'il soit habituellement bon de la pratiquer. Tout au contraire, dans les cas de présentation du tronc avec enfant mort, la dérotomie ou l'éviscération semble le plus souvent préférable. Mais lorsque, par suite de circonstances exceptionnelles, ces opérations se montrent impraticables ou sont jugées plus dangereuses que la version elle-même, il va de soi que c'est à celle-ci qu'il convient de recourir.

Faut-il encore ici insister sur l'abus qui fut fait de l'ergot de seigle, abus tellement vulgaire que l'on peut avec vérité en pressentir l'existence dans presque tous les accouchements qui sont mal dirigés?

M. Guéniot croit qu'en autorisant les sages-femmes à prescrire le seigle ergoté, il aurait fallu spécifier qu'elles ne pourraient le donner que lorsque l'enfant et le placenta n'étaient plus dans l'utérus.

M. TARNIER ne voudrait pas retirer l'emploi d'un médicament qui, bien administré, peut sauver la vie d'une femme. Au lieu de faire des lois de proscription, il faut instruire les médecins, et cela sera plus profitable. Il faut répéter souvent et bien haut que l'administration du seigle pendant le travail augmente le nombre des enfants mort-nés, et que son emploi, entre la sortie de l'enfant et celle du placenta, rend la délivrance difficile.

M. GUÉNIOT. Il faudrait poser en principe que l'on ne doit administrer le seigle ergoté que lorsqu'il n'y a plus rien dans l'utérus.

M. TARNIER. *Rien de solide* dans l'utérus, comme le dit M. Pajot, car, lorsqu'il y a des caillots, l'emploi du seigle ne peut qu'être utile.

Présentation d'un bras d'acier (séance du 15 mai.) — M. POLAILLON présente un amputé du bras qui a construit pour son usage un bras artificiel très-remarquable, en acier. Facteur aux lettres, il peut écrire, maintenir son papier, suivre le parcours de la plume, maintenir un registre, un paquet de lettres. Les mouvements ne sont pas donnés par le moignon, mais par l'omoplate, car le bras est maintenu par un crochet qui passe sous l'aisselle. Cet appareil est d'une grande légèreté et d'un prix peu élevé.

Rupture d'une sonde métallique dans la vessie, sortie par le rectum (séance du 22 mai). — M. FLEURY (de Clermont) envoie l'observation d'un homme âgé de soixante-dix-huit ans, robuste et énergique, opéré en 1873 de la lithotritie par Civiale, et qui, depuis cette époque, n'a pu uriner sans le secours d'une sonde, la vessie étant restée le siège d'un léger catarrhe.

L'instrument métallique dont il se servait avait un diamètre de 5 millimètres et présentait des rugosités assez nombreuses, qui étaient le résultat des soudures grossières que l'on y avait pratiquées.

Le 23 avril dernier, la sonde fut introduite aussi facilement qu'à l'ordinaire; mais, en la retirant, il s'aperçut qu'il en manquait un morceau et que l'urine s'échappait par la portion qui était restée dans le canal. Si son médecin eût été appelé immédiatement, peut-être eût-il pu l'extraire en la saisissant avec une pince spéciale, mais, au lieu de cela, le malade prit une nouvelle sonde et enfonça le fragment de la première dans la vessie.

Au bout de quatre heures, un médecin appelé constata qu'il y avait dans le réservoir urinaire un fragment de sonde de 7 centimètres de longueur, dont la portion recourbée occupait la partie supérieure de l'organe, tandis que la partie droite était logée dans son bas-fond.

M. Fleury, consulté, ayant proposé l'expectation, à cause de l'âge avancé du malade, on attendit. L'inflammation offrit peu d'intensité; le cathétérisme fut continué sans trop de difficultés, et, quatre jours après, dans un effort que fit le malade pour aller à la selle, le bout de la sonde s'engagea dans l'anus. Quelques tractions suffirent pour l'amener à l'extérieur.

Aucun suintement d'urine ne s'est fait par le rectum, et le malade a repris ses anciennes habitudes; la vessie peut, comme par le passé, conserver ses urines pendant cinq à six heures.

M. TILLAUX constate que c'est là une terminaison très-exceptionnelle, mais il ne voudrait pas fonder sur cette heureuse exception une confiance exagérée dans les ressources de la nature: voir une sonde de 5 millimètres de calibre sur 7 centimètres de longueur se frayer un passage à travers la paroi recto-vésicale sans laisser trace de fistule, c'est un hasard sur lequel il ne faut pas compter ultérieurement pour rester dans l'expectation. En pareille circonstance, il emploierait les instruments qui ont été proposés pour extraire les corps métalliques de la vessie, et, s'il ne pouvait réussir, il n'hésiterait pas à proposer la taille.

M. LANNELONGUE suppose que la sonde a dû se placer de telle façon que le bec était appuyé contre la paroi recto-vésicale, et que les contractions ont amené la sortie en la prenant d'arrière en avant. Il partage complètement la manière de voir de M. Tillaux, et, quant à l'âge du malade, que M. Fleury donne comme une contre-indication, il ne l'accepte pas, car il a fait une lithotritie à un vieillard de quatre-vingt-cinq ans avec un excellent résultat.

M. VERNEUIL voit là deux questions: une générale, et une qui s'adresse au cas particulier.

La question générale est celle-ci: Doit-on, à cause de l'âge, renoncer aux ressources de la thérapeutique chirurgicale?

Malgré la gravité, en général, des opérations chez les vieillards, et notamment la crainte d'une néphrite provoquée par l'état sénile du rein, en présence d'un cas urgent, il faut opérer.

Quant au fait en particulier, il faut convenir qu'une sonde de 7 centimètres restée dans la vessie est un terrible accident devant lequel on n'a pas le droit de rester inactif; il fallait donc l'extraire. N'ayant pas une grande confiance dans les instruments construits dans ce but, il n'aurait pas hésité à proposer la taille.

M. DESPRÈS professe une confiance encore moindre que M. Verneuil dans les instruments construits dans le but d'enlever les corps solides de la vessie, et les regarde comme tout à fait illusoires. Il regrette que M. Fleury n'ait pas pratiqué le toucher rectal, car il aurait certainement senti le bec de la sonde déprimant la paroi recto-vésicale, et, en incisant sur ce corps étranger, il aurait pratiqué une taille rectale qui lui aurait permis d'extraire la sonde.

C'est donc à la taille rectale qu'à l'exemple de Maisonneuve M. Desprès aurait donné la préférence, sans s'inquiéter de l'âge du malade, ayant, entre autres cas, opéré d'un cancer de la moitié de la langue un vieillard de quatre-vingts ans, qui a guéri avec une rapidité merveilleuse et sans pansement.

M. HOUEL rappelle que Nélaton, en 1864, parvint, avec ces différents instruments, fort incriminés, à extraire un porte-plume de la vessie d'un de ses malades: après plusieurs essais, le porte-plume bascula dans la rigole de l'appareil, et fut extrait par le canal de l'urèthre.

Il rappelle aussi que, si la présence d'un corps étranger dans la vessie occasionne rapidement de graves accidents, il existe dans la science plusieurs observations prouvant le contraire: par exemple, le fait d'une jeune fille qui s'introduisit dans la vessie une aiguille d'ivoire, en forme de cône, et qui resta plusieurs années sans inconvénients.

M. TILLAUX ne voudrait pas laisser passer sans réponse ce que vient de dire M. Desprès au sujet de la taille rectale, qu'il regarde comme une mauvaise opération.

Chez l'adulte, on a souvent de la peine à atteindre le bord postérieur de la prostate, et, à plus forte raison, le bas-fond de la vessie où pourrait se sentir le corps étranger : chez un enfant, c'est moins difficile. Il ne faudrait pas, d'ailleurs, inciser sur les corps étrangers, sinon l'on couperait les vésicules séminales et le péritoine.

M. DESPRÈS soutient que, si la prostate est normale, on peut sentir les calculs qui donnent la sensation de ballottement. En abaissant avec un lithotriteur le bas-fond de la vessie, et en introduisant le doigt dans le rectum, on peut explorer toute cette région, et il a recours à ce procédé pour saisir les petits fragments dans la lithotritie.

Somme toute, l'observation de M. Fleury a le grand inconvénient de donner des espérances qui ne peuvent guère se réaliser, et l'expectation ne paraît pas admissible en pareille circonstance.

Coup de feu dans l'aisselle, hémorrhagie considérable. Suppression du pouls radial. Guérison. (Séance du 22 mai.) — **M. MARC SÉE.** — Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans, qui, voulant se suicider, s'était appliqué le canon d'un revolver sur la poitrine. Mais, en pressant la gâchette, il avait fait dévier l'arme, et la balle, qui avait 7 millimètres de diamètre, avait traversé l'aisselle gauche. Immédiatement il y eut une hémorrhagie très-forte; deux matelas furent traversés de part en part, et le blessé perdit connaissance. On constata l'absence de tout battement dans l'artère radiale.

Cependant l'hémorrhagie s'arrêta, sinon spontanément, au moins par l'effet d'une légère compression. L'orifice de sortie était sur le bord postérieur du deltoïde. Pas de fièvre ni d'accidents.

Le neuvième jour, on commença à sentir quelques battements très-faibles dans l'artère radiale gauche. Les plaies se sont fermées sans suppuration. Au quinzième jour, les battements sont assez nets, mais beaucoup plus faibles qu'à droite.

Pour se rendre compte du trajet suivi par la balle, M. Sée fit passer sur un cadavre une tige d'acier dans la direction qui était donnée par l'orifice d'entrée et par l'orifice de sortie. Il constata que la tige avait déplacé, en dedans, l'artère axillaire ainsi que le nerf médian et le radial, et, en dehors, le nerf circonflexe.

Les accidents du côté du système nerveux consistent en des fourmillements, une diminution considérable de la force musculaire de ce côté, et de la douleur au niveau du pli du coude, ou à la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras, lorsqu'on y exerce quelque pression.

M. VERNEUIL n'hésite pas à admettre qu'il y a eu là une plaie de l'artère axillaire. Il en a observé trois cas.

Dans le premier, il s'agit d'un officier dont l'artère humérale fut traversée par une balle de revolver de 7 millimètres de diamètre. Le pouls disparut de suite et ne reparut jamais. Il immobilisa le bras et la guérison s'obtint avec rapidité.

Dans le second, la balle de revolver traversa la base du cou; la carotide et la veine jugulaire furent perforées puisqu'il se produisit un anévrysme artério-veineux. Le malade eut une large ecchymose, mais guérit sans le moindre accident.

Dans le troisième cas, la cuisse avait été traversée par une balle : le jeune malade put venir à pied à l'hôpital, mais il succomba à la pyohémie. A l'autopsie, on trouva une fracture longitudinale du fémur, mais en outre l'artère fémorale présentait une énorme perte de substance comprenant une partie du calibre : c'était une véritable résection. Il n'y eut ni hémorrhagie ni anévrysme.

Ces faits permettent donc d'affirmer qu'il y a eu blessure de l'artère, malgré l'absence d'hémorrhagie.

M. BOINET a publié un fait analogue.

Un soldat avait reçu, au niveau du condyle interne de l'humérus, une balle qui était sortie en arrière du deltoïde. Plusieurs hémorrhagies survinrent, mais le sang s'arrêta spontanément. Rien ne survint dans la suite.

M. TERRIER a vu une blessure de l'artère axillaire, mais elle se termina par la formation d'un anévrysme.

Les faits précédents prouvent donc que toute plaie d'artère n'est pas suivie d'anévrysme. Ce n'est pas très-étonnant, car l'homme seul paraît apte à avoir des anévrysmes traumatiques. Jamais expérimentalement on ne développe d'anévrysme chez un animal.

De plus, il y a des différences curieuses à signaler au point de vue du pronostic des blessures d'artères chez les animaux : coupez l'artère testiculaire du cheval, il peut mourir d'hémorrhagie : coupez la carotide d'un chien, souvent il ne mourra pas.

Chez les hommes, il peut y avoir des prédispositions particulières les rapprochant de ces conditions : or, c'est un fait curieux et peu connu, chez les animaux il n'y a que des anévrysmes spontanés; chez l'homme, il peut donc y avoir des endo-artérites arrêtant l'hémorrhagie.

Engorgement chronique des membres inférieurs. Phlébite obturante de la fémorale profonde? (Séance du 29 mai.) — **M. CHAUVEL**, membre correspondant, a eu l'occasion d'observer deux fois dans le cours d'une année un engorgement chronique d'un des membres inférieurs qu'il lui a été bien difficile de s'expliquer. Voici le résumé de ces deux observations.

I. Un soldat du 128e de ligne entra à l'hôpital de Givet le 15 juin 1877. Deux mois auparavant, il était tombé des remparts dans les fossés de Montmédy; dans sa chute, il se fit au front et au genou droit des plaies contuses qui guérirent très-rapidement. La cuisse gauche était le siége de quelques légères contusions, sans plaie. La douleur disparut bientôt, mais le membre gauche, la cuisse surtout, resta fortement gonflé. Ce gonflement est plus apparent quand on regarde la face postérieure des deux membres. La mensuration à la partie moyenne de la cuisse gauche donne 5 centimètres e plus qu'au point correspondant de la cuisse droite; au milieu du mollet, la différence n'est que de 2 centimètres. La circonférence est la même au niveau de la base des malléoles. A la palpation, on sent une résistance, une tension profonde : pas de gonflement perceptible des os. Il n'existe pas d'œdème du pied ni des malléoles : sur la face interne du tibia seulement, la peau conserve légèrement l'impression du doigt; nulle trace de varices. Sur le trajet des veines saphènes, interne et externe, et de la veine fémorale dans le triangle de Scarpa, on ne rencontre pas de cordon dur et mobile sous les doigts. Les ganglions inguinaux sont sensibles des deux côtés, mais leur volume est à peu près le même. Pas de troubles dans la sensibilité, dans la température, ni dans la contraction musculaire.

Le malade est laboureur : sa profession n'explique pas un développement plus considérable du membre gauche; la lésion n'existe, d'ailleurs, que depuis l'accident.

Après six semaines de traitement par les frictions excitantes, les bains sulfureux, les douches locales, la compression élastique, l'état resta à peu près le même. Le malade fut envoyé en congé de convalescence et perdu de vue.

II. La deuxième observation est analogue à la précédente; le gonflement de la cuisse et du genou survint à la suite d'une fièvre grave, en Algérie. Il n'y avait pas eu de traumatisme.

Comment expliquer ces deux faits? M. Chauvel suppose qu'il y a eu une phlébite obturante de la fémorale profonde, sans pouvoir en comprendre l'origine, et quoiqu'il n'ait constaté ni douleur, ni induration cylindrique, sur le trajet de cette veine.

M. DESPRÈS se demande pourquoi M. Chauvel n'a pas intitulé son observation : *De la phlegmatia alba dolens, chez l'homme.*

M. MARC SÉE ne trouve pas là les signes d'oblitération veineuse : il serait plus disposé à y voir une oblitération des vaisseaux lymphatiques, d'autant plus qu'il y avait un engorgement des ganglions.

Plaie pénétrante de poitrine, intéressant le diaphragme en deux points. Hémo-pneumo-thorax. Mort. Autopsie. (Séance du 29 mai.) — **M. POLAILLON.** — Dans les plaies pénétrantes de la poitrine, les hémorrhagies graves viennent ordinairement du cœur, de l'aorte, de la veine cave supérieure ou des gros vaisseaux pulmonaires, plus rarement de l'artère intercostale. Le fait suivant prouve que l'hémorrhagie interne peut avoir encore une autre source sur laquelle on n'a pas eu l'occasion d'appeler l'attention : elle peut avoir pour cause la section d'une veine collatérale de l'artère diaphragmatique inférieure, donnant lieu à un écoulement de sang dans la cavité pleurale et dans la cavité du péritoine.

Le 14 février dernier, à six heures du soir, la nommée B... (Honorine), âgée de vingt ans, reçoit deux coups de couteau, l'un à la partie externe de la hanche gauche qui ne produit pas de lésion importante, l'autre sur le côté gauche de la poitrine : c'est celui qui avait causé les désordres qui vont nous occuper. L'instrument vulnérant avait une lame d'environ 9 ou 10 centimètres de longueur, se terminant par une pointe aiguë.

Un médecin du quartier, appelé immédiatement pour faire le pansement, constate qu'un morceau de poumon, de la grosseur d'un œuf, faisait hernie à travers la plaie. Il réduisit le poumon hernié, et réunit les bords de la plaie. Douleur vive pendant la nuit. Le lendemain, à la visite, on trouve la malade avec la face pâle et une expression de vive anxiété. La respiration est très-fréquente, les réponses entrecoupées; pouls à 150. Pas de crachats sanglants, ce qui fait supposer que le sang épanché dans la cavité pleurale dans tout le côté gauche (qui est mat à la percussion) ne vient pas du cœur ni du poumon; il n'y a pas d'emphysème. Le ventre est un peu ballonné; les mouvements d'abaissement du diaphragme sont évidemment moins étendus qu'à l'état normal, comme si une plaie gênait l'action de ce muscle.

Le soir, l'état est encore plus grave : les bruits du cœur deviennent faibles et confus. On note une douleur assez vive dans le ventre. Mort dans la nuit.

Lorsqu'on a enlevé l'aiguille à suture, un jet de gaz eztrêmement fétide s'échappa par l'ouverture de la poitrine.

L'*autopsie* montre le poumon gauche complètement rétracté vers son pédicule, et présentant le volume du poing. Il peut être insufflé sans que l'on constate une piqûre ou une incision de cet organe. Cœur intact.

La cavité pleurale gauche contient un litre et demi à deux litres de sang incomplètement coagulé : sur le diaphragme recouvert de caillots mous, on trouve, un peu en dehors du péricarde, une plaie de 2 centimètres environ, pénétrant dans la cavité abdominale : l'instrument a ainsi traversé l'extrémité gauche du bord du foie; plus en arrière on trouve une deuxième plaie du diaphragme, longue de 1 centimètre et demi et perforant ce muscle de bas en haut; c'est cette dernière plaie, plus petite que les autres, qui a fourni le sang de l'épanchement. Les gros vaisseaux du médiastin postérieur n'ont pas été atteints, mais la petite plaie interne et postérieure du diaphragme était située sur le trajet de la branche externe de l'artère diaphragmatique inférieure, près de son origine : le tronc de l'artère a été dénudé par le couteau, sans être sectionné, mais une de ses veines collatérales a été complètement coupée.

La marche du couteau de l'assassin avait donc été la suivante : le couteau, dirigé transversalement et un peu d'avant en arrière, a pénétré successivement dans la poitrine par le sixième espace intercostal, puis dans le ventre en traversant le diaphragme de haut en bas, et, après avoir embroché le bord gauche du foie, la pointe est rentré dans la cavité thoracique gauche en perforant de nouveau le diaphragme de bas en haut, et à ce point, elle a blessé la veine collatérale diaphragmatique.

Il paraît étrange que le sang se soit épanché dans la cavité pleurale à travers la plaie du diaphragme plutôt que dans la cavité abdominale, puisque la veine blessée est située sur la face inférieure de ce muscle. On ne se l'explique que par l'aspiration de la poitrine qui a attiré le sang en haut au lieu de le laisser couler dans le ventre. M. Polaillon pense d'ailleurs que sans cette aspiration l'hémorrhagie de la veine ne se serait pas produite.

Un second point mérite l'attention : c'est la *hernie du poumon*, qui a été réduite par le premier médecin appelé.

A-t-on suivi une bonne pratique en réduisant cette hernie? Nous ne le pensons pas. La hernie du poumon fixait cet organe à la paroi thoracique et bouchait la plaie intercostale, ce qui faisait l'effet de ces adhérences que l'on a appelées providentielles, et ce qui aurait empêché le poumon de se rétracter violemment.

Cette question de la réduction des hernies du poumon a déjà été abordée dans une séance précédente, à propos du travail de M. Cauvy. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1878, n° 85, page 674.)

M. DUPLAY rappelle son rapport sur ce travail : ce nouveau fait montre encore que la hernie du poumon doit être considérée comme une circonstance favorable dans le pronostic des plaies de poitrine, et ne doit pas être réduite.

M. SÉE pose la question suivante : Que doit-on faire lorsque, comme dans l'observation précédente, on se trouvera en présence d'un épanchement de sang considérable dans la plèvre, à la suite d'une plaie de poitrine? faut-il agir, ou bien s'abstenir de toute intervention?

M. VERNEUIL répond que la question de l'empyème a été discutée très-complètement au siècle dernier, alors que les plaies de poitrine étaient beaucoup plus fréquemment observées qu'aujourd'hui.

Les chirurgiens du siècle dernier préconisaient les grandes incisions. M. Verneuil n'est pas de cet avis, et pense que, lorsqu'on a pu obtenir une oblitération complète de la plaie, il est préférable de ne pas intervenir. Il suit, dans ces cas, les règles admises pour les plaies de la tête; lorsque la peau est intacte et lorsque la plaie peut être fermée, il faut attendre, le sang se résorbera. Dans deux cas, par exemple, où il y avait fractures multiples de sept ou huit côtes, il attendit, malgré les accidents graves d'oppression causés par l'épanchement, et les malades guérirent.

M. DESPRÈS cite plusieurs cas de plaies de poitrine dans lesquels il s'est très-bien trouvé de l'occlusion. Il croit donc qu'il faut fermer convenablement la poitrine et attendre. De plus, la conduite à tenir dans les cas d'hémothorax avec retrait du poumon est jugée par la conduite de Dupuytren qui n'a pas cru devoir débrider la plaie du duc de Berry.

M. TILLAUX conclut de même que l'intervention chirurgicale donne peu de résultats favorables et qu'il est préférable d'attendre : dans un cas d'oppression considérable, il pratiqua l'empyème dans le but de donner issue à un vaste épanchement sanguin; il ne put rien faire sortir.

M. DELENS a été plus heureux dans un cas, où, quinze jours après l'accident, l'oppression devint tellement violente qu'il se décida à faire une ponction aspiratrice qui donna issue à une grande quantité d'un liquide rouge, un épanchement séreux ayant sans doute liquéfié le sang. L'intervention chirurgicale peut donc, parfois, devenir d'une grande utilité.

Hernie ventrale étranglée. Gastrotomie. Méthode de Lister. Guérison. (Séances du 29 et du 5 juin.) — M. TERRIER. — Un homme, âgé de soixante-trois ans, ancien tailleur de pierres, pensionnaire de Bicêtre, était porteur, depuis vingt ans environ, d'une hernie inguinale gauche, qui d'ailleurs rentrait facilement, mais, qui dans ces cas, lui causait de vives douleurs abdominales, avec constipation opiniâtre.

Depuis le 9 décembre, cette hernie était rentrée, et il souffrait de nausées et vomissements. Pendant plusieurs jours, cet état ne fit qu'empirer : pas de selles, nausées et vomissements fécaloïdes; et, cependant, il n'y avait nulle part de hernie étranglée. Toutefois la pression digitale, exercée en dedans de l'orifice interne du trajet inguinal gauche, vers le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, détermine une assez vive douleur, qui irradie dans tout le reste de l'abdomen. Le 17 décembre, la palpation, à ce point, fait découvrir un peu profondément, derrière la paroi abdominale, un empâtement assez circonscrit, ce qui fit penser que c'était en ce point que devait exister l'obstacle au cours des matières intestinales.

La gastrotomie fut décidée et pratiquée par M. Terrier. Une incision de 7 à 8 centimètres fut faite sur la ligne blanche, et la cavité péritonéale fut ouverte; écartant les bords de l'incision pour explorer la face interne de la paroi abdominale antérieure située du côté gauche, il sentit au-dessus et en dedans de l'orifice péritonéal du trajet inguinal une anse d'intestin grêle qui semblait pénétrer dans la paroi abdominale antérieure. Cette anse s'enfonçait dans un véritable sac, présentant un collet résistant, dont on put cependant retirer l'anse intestinale manifestement étranglée, longue de 2 à 3 centimètres, mais non sphacélée.

L'anse herniée fut dégagée avec soin et essuyée à l'aide d'éponges phéniquées : on referma le ventre par sept points de suture pro-

fonde, faits avec du fil d'argent. Le pansement phéniqué fut employé suivant la méthode de Lister, mise en pratique depuis le commencement de l'opération. Traitement consécutif : glace, potion de Tood, injection de morphine, lait glacé, etc. La cicatrisation se fit, et la guérison était obtenue le 27 décembre.

La discussion soulevée par la lecture de cette observation nous montre d'abord, comme le fait remarquer M. Trélat, que le terme de hernie *interstitielle* n'est pas très-exact; pour M. Tillaux, c'est une hernie qui se fait entre les deux anneaux du canal inguinal, en se logeant dans les muscles, parce que, par une cause quelconque, elle n'a pas pu franchir l'anneau externe ; pour M. Terrier et pour M. Trélat, sous la dénomination de hernie interstitielle, on doit comprendre toute hernie qui se produit dans un interstice de la paroi abdominale.

Cela étant posé, quelle conduite doit tenir le chirurgien en présence d'une hernie interstitielle ?

M. DESPRÈS, défendant la doctrine des anciens, A. Cooper, Desault, Dupuytren, pense qu'il n'y avait pas lieu de faire la gastrotomie, mais que la présence d'un plateau dur, l'existence de la douleur au niveau d'une ancienne hernie étaient des signes suffisants pour diagnostiquer une hernie interstitielle. Il aurait alors suffi de faire une incision sur le point douloureux pour arriver sur la hernie, que l'on aurait pu opérer de dehors en dedans. La kélotomie permettait, en outre, avant de faire la réduction, de constater l'état de l'intestin, et d'établir un anus contre nature, si la chose était nécessaire.

MM. TILLAUX, TERRIER, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, POLAILLON, estiment que, dans le cas particulier, le diagnostic était impossible. D'ailleurs, la gastrotomie pratiquée sur la ligne blanche, avec les ressources de la méthode antiseptique, serait peut-être, même dans le cas de hernie interstitielle reconnue, la meilleure opération à faire, car les difficultés que présente la kélotomie sont souvent considérables.

Il ne faut pas arrêter rigoureusement la chirurgie à l'observation absolue des règles posées par les anciens et par les maîtres ; on peut chercher à perfectionner les procédés. D'ailleurs, il s'agit d'un fait spécial, particulier, et singulièrement embarrassant; il fallait intervenir : en présence de ces accidents insolites, on se laisse conduire par les circonstances. M. Terrier a opéré par la voie qui lui a paru la meilleure. Cela ne veut pas dire que la gastrotomie doive toujours être préférée à la kélotomie : c'est une question qui mériterait une discussion approfondie.

On peut compter parmi les éléments de succès de cette opération l'emploi de la méthode antiseptique, la date récente de l'étranglement et l'état de l'intestin qui était intact. Toutefois il ne faut pas dire que l'opéré a guéri parce que le péritoine des vieillards est plus tolérant qu'à un âge moins avancé. En effet, M. Cazin a réuni 70 cas de gastrotomie, dont 23 guérisons. Sur ces 23 cas, se trouvaient plusieurs enfants de quatre, six et huit ans, dont le péritoine, par conséquent, a été aussi tolérant que celui du vieillard de M. Terrier.

REVUE DE LA PRESSE.

Sur l'effet des injections d'acide acétique dans le parenchyme des cancers, par Th. Giess. (*Deutsche Zeit. für Chirurgie.*) — Un homme de soixante-deux ans était atteint d'un carcinome de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur. On lui avait enlevé, quelques années auparavant, un noyau induré de la lèvre inférieure; aussi supposa-t-on la présence d'un carcinome. Cette hypothèse fut confirmée par l'examen de la tumeur après l'extirpation.

Bientôt après cette opération, apparurent des douleurs lancinantes de la langue. On en trouva la cause dans un abcès cancéreux développé dans la moitié gauche de cet organe, près de l'épiglotte. Cette néoformation fut également extirpée : on dut pour cela lier préalablement l'artère linguale et diviser le maxillaire. Après dix-huit mois, il n'y avait aucune récidive sur place, mais, après sept mois, il s'était développé deux autres tumeurs, l'une petite et dure sur le bord inférieur du maxillaire gauche, l'autre plus volumineuse et molle, plus loin, sur le devant du cou; cette dernière se ratatina sous l'influence d'applications de glace; la première resta stationnaire.

Un an après l'extirpation de la langue, il se développa, dans la glande sous-maxillaire droite, une tumeur à croissance rapide, qui résista au traitement par la glace, et déplaça bientôt la trachée. Cette tumeur était également un cancer, comme le prouva l'examen microscopique d'une parcelle extraite à l'aide d'un petit harpon.

Le docteur Giess pratiqua alors dans cette tumeur une injection d'acide acétique, et pendant une semaine il continua journellement l'injection d'une seringue de Pravaz, pleine d'une solution d'acide acétique, dans la proportion de 1 sur 3; le premier jour, la dose avait été seulement de 2 sur 9. Chaque fois, l'injection était, par une seule piqûre, dirigée de plusieurs côtés, en sorte que le contenu de la seringue atteignait une grande étendue de tumeur. En même temps, on appliquait des cataplasmes. Un fort gonflement s'ensuivit. Au dixième jour, on pratiqua, à l'aide du bistouri, une incision profonde, et on plaça un drain, qui donna passage à une sanie très-fétide. Au bout de dix-sept jours, la suppuration cessa; il ne resta plus qu'un noyau de la grosseur d'une noix, sensible seulement dans la profondeur. Bientôt après, on fit, avec le même succès, quatre injections dans la petite tumeur du bord de la mâchoire, et dans une nouvelle développée sur la joue.

Une nouvelle tumeur prit naissance derrière l'oreille gauche; elle devint de la grosseur d'un œuf de poule, très-dure, et l'examen microscopique y découvrit un stroma fibro-celluleux, comme dans les premières. On eut recours de nouveau aux injections, et, à cause de la force de résistance de la néoformation, l'auteur injecta tous les jours deux ou trois seringues de la solution d'acide acétique, en sorte que, dans l'espace de onze jours, vingt-cinq seringues furent employées. Les premières injections n'avaient provoqué aucune douleur; celles-ci au contraire furent très-douloureuses; elles furent suivies d'une abondante suppuration qui dura trois semaines, et la tumeur disparut complètement.

Pareil succès fut obtenu par l'auteur, chez une dame qui craignait beaucoup le bistouri, et qui avait au sein une tumeur cancéreuse de la grosseur d'un œuf de poule. Pendant dix jours, on injecta une seringue; au onzième jour, on incisa; la suppuration se tarit au bout de quinze jours, et, au bout de quatre semaines, on ne trouvait plus dans la profondeur qu'un noyau insensible de la grosseur d'une noisette.

Dans les deux cas, l'auteur pratiqua ces injections dans le but d'obtenir la suppuration de la néoformation. Il employa pour cela des solutions très-concentrées d'acide acétique, dont l'effet reposait sur une sorte de cautérisation. Il recommande de donner beaucoup d'attention à cette méthode, qui peut, dans des cas qui ne sont plus opérables, au moins entraver le rapide développement d'une tumeur, peut-être procurer une guérison radicale. Cette méthode est également très-utile chez les malades qui refusent une opération sanglante. (*Presse de Pesth* et *Lyon méd.*)

De la dysménorrhée membraneuse. — Le docteur Willians, à la Société obstétricale de Londres, formule les conclusions suivantes :

1° La membrane dysménorrhéale n'est pas le produit de la conception (des vierges sont atteintes de dysménorrhée membraneuse), mais la caduque ordinairement expulsée par débris à chaque époque menstruelle.

2° Elle est expulsée en bloc ou par pièces par suite d'un excès de tissus fibreux dans la paroi de l'utérus. Cet excès est dû à un développement imparfait lors de la puberté, au retour incomplet après l'accouchement ou l'avortement, ou est le produit d'une inflammation aiguë.

3° La membrane n'est le résultat ni d'un état des ovaires, ni d'une hypertrophie de la caduque ordinaire.

4° L'inflammation chronique présente est le résultat de l'expulsion mensuelle de la caduque par pièces de l'utérus, et joue un

rôle purement accidentel dans la formation de la membrane; l'inflammation peut cependant être indépendante de l'expulsion de la membrane, mais elle n'a aucune relation causale avec cette dernière.

5° La stérilité n'est pas nécessairement liée à cette affection, mais est la suite de l'état amené par l'expulsion de la membrane par masses de l'utérus, inflammation de l'utérus et des ovaires.

6° La membrane peut être expulsée sans douleur.

7° L'inflammation de l'utérus augmente grandement les souffrances causées par le passage de la membrane à travers le canal du col.

8° Un grand soulagement est obtenu par la guérison de l'inflammation du col, bien que la membrane continue à être expulsée chaque mois.

9° Pour ce qui concerne la guérison complète, il faudrait changer la structure de tout le corps de l'utérus, il faudrait enlever l'excès de tissu fibreux.

— Le meilleur traitement prophylactique est de stimuler autant que possible l'évolution de l'utérus dans la jeunesse. L'acide nitrique fumant n'a pas réussi dans les mains de l'auteur, et de même l'électricité par courants continus. Peut-être l'usage de pessaires élastiques serait-il plus efficace, mais ce traitement doit être de longue durée pour être de quelque utilité. (*Gaz. obstétr.*)

Corps étrangers multiples de l'estomac. (*The med. Press.*) — Notre fameux homme à la fourchette est distancé de beaucoup par un Australien, emprisonné pour n'avoir pu restituer une *bague en or* qu'il avait volée. Jusque-là, rien de bien extraordinaire; mais le chirurgien de la prison fut chargé de le visiter, et de le traiter en vue de lui faire dégorger une *grande chaine d'acier* dite Albert, et une *bague d'airain* commune qu'il avait également dégluties. La chaîne peut, du reste, être distinctement sentie au niveau du grand cul-de-sac de cet homme qui dit les avoir avalés, il y a neuf mois environ, et n'en avoir pas éprouvé le moindre inconvénient. Ce prisonnier est un jeune homme *intelligent*, de vingt-trois ans, qui possède une belle collection d'objets, tels que chaînes Albert, canifs, bagues, etc., volés par lui, avalés, puis restitués au dehors par le vomissement à l'aide de l'émétique.

Le mot d'*intelligent* nous semble un peu risqué; tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'estomac de ce prisonnier est un fort complaisant recéleur, qui ressemble bien plutôt à celui des animaux, et de l'autruche en particulier, qu'à celui d'un être humain.

L'histoire nous vient de bien loin pour que nous puissions nous assurer de son authenticité. (*Un. méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Le jury est composé de MM. Gubler, Gallard, Gombault, Legroux, Le Fort, Guéniot et Berger. — Juges suppléants : MM. Gouraud et Marc Sée.

—La Société de chirurgie reprendra ses séances réglementaires le mercredi 2 octobre.

— On annonce la mort d'un des plus anciens représentants de la médecine algérienne, M. Barbier, ancien maire du Fondouk, décédé à l'âge de quatre-vingt-dix-sept ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus. — Applications à l'obstétrique, par le docteur Alban Ribemont, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité. 1 vol. très-grand in-4° de 36 pages, avec 30 planches contenant 79 figures. — Prix : 10 francs. — Paris, 1878. Octave Doin.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée comprenant la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, à l'agriculture et aux arts, la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie, publié sous la direction de Ad. Wurtz (de l'Institut), 26e fascicule (feuilles 41 à 50 du 3e volume.) — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1878. Hachette et Ce.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. Prix: 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Influence du tabac sur le développement des organes et des fonctions, par le docteur Goyard. (Communication faite au Congrès international d'hygiène de Paris.) Br. de 24 pages. — Prix. 0 fr. 50 cent. — Paris, 1878. Au siège de la Société contre l'abus du tabac, 5, rue Saint-Benoît.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine et aux accouchements. 18 vol. — Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 115 — JEUDI 3 OCTOBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 3 OCTOBRE 1878. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. Diagnostic différentiel entre une éruption eczémateuse et un érysipèle de la face. Angine herpétique. — ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. Leçons sur le traitement des anévrysmes. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — BIBLIOGRAPHIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance d'hier a été alimentée principalement par des suppléments de rapports et de communications des séances précédentes. M. H. Roger a été naturellement appelé à lire un supplément à son rapport sur l'ulcération sublinguale de la coqueluche, lu dans l'une des précédentes séances, par une lettre sur ce même sujet que lui a adressée un médecin de Cette, M. le docteur Bouffier. Cette lettre vient donner un nouvel ordre de preuves à l'appui de l'origine toute mécanique de cette lésion, qui a été soutenue dans le rapport.

C'est encore une lettre adressée par un étudiant en médecine, M. Léon Fournot, qui a appelé M. Bouley à la tribune.

M. Léon Fournot, que ses goûts cynégétiques ont mis, paraît-il, à même d'agrandir son champ d'observation au-delà des limites de l'amphithéâtre ou de la clinique, a transmis dans cette lettre des renseignements dignes d'intérêt sur les effets du surmènement chez les lièvres. La lecture de cette lettre a été suivie d'explications nouvelles de M. Delpech et de M. Bouley sur les projets à l'étude, à la préfecture de police et au conseil d'État, pour la plus grande garantie possible des intérêts considérables qui se rattachent à cette question de l'examen des viandes destinées à la consommation. Espérons qu'il en sortira des mesures pratiques utiles.

La tribune a été occupée, pendant la seconde moitié de la séance, par M. Mourgues, qui a développé, avec une animation et une chaleur toute méridionale, ses théories sur l'autophagisme et le parasitisme.

Dr BROCHIN.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

I. Diagnostic différentiel entre une éruption eczémateuse et un érysipèle de la face. — II. Angine herpétique.

La nécessité de poser un diagnostic exact se trouve affirmée d'une façon particulière pour deux de nos malades : tous deux sont atteints d'affections tout à fait bénignes, et qui pourraient, au premier abord, être confondues avec des maladies beaucoup plus graves, et d'un pronostic souvent fâcheux.

I. Le premier de ces malades est l'homme couché au lit n° 5 de la salle Saint-Luc. Cet homme robuste paraît, lorsqu'on s'approche de son lit sans l'examiner attentivement, être atteint d'un érysipèle de la face. La face est rouge et rutilante, on y voit une plaie près de l'angle interne de l'œil. Il raconte que, depuis une huitaine de jours, sa figure s'est gonflée, rougissant à un degré excessif. Cependant la peau est grenue, rugueuse, inégale, chagrinée. Lorsqu'on y passe la main, on y sent de petites élévations. Elle n'a pas l'aspect luisant et brillant de l'érysipèle : elle présente à sa surface une teinte légèrement blanchâtre.

Le gonflement et la rougeur de la face ont apparu à la suite d'une éruption qui s'est manifestée à la jambe gauche. Autrefois ce malade a eu la jambe fracturée : il a bien guéri, mais, dernièrement, à la suite du choc d'une pierre sur la face antérieure du tibia, il s'est formé une petite plaie. Puis toute la jambe, depuis le genou jusqu'à la cheville, a été envahie par de la rougeur ; ensuite des vésicules douloureuses ont apparu sur toute sa surface. Le malade n'a pas eu de fièvre, pas de frissons. Il a appliqué sans résultat des cataplasmes de farine de graine de lin.

Jamais, antérieurement à cet accident, il n'avait eu d'éruption eczémateuse. Aujourd'hui on trouve encore tout le membre recouvert de croûtes ou de vésicules encore intactes et volumineuses.

Au moment où cette éruption se faisait à la jambe, le malade a ressenti une sensation particulière de prurit à la face ; puis ont apparu la rougeur, le gonflement de la peau, et la coloration spéciale que nous constatons aujourd'hui. Nous remarquons que ce n'est pas de l'érysipèle, parce que la surface n'est pas lisse et luisante, parce que la face présente une coloration plus violacée qu'elle ne l'est ordinairement dans l'érysipèle, parce que les surfaces rouges ne sont pas douloureuses au contact ; elles ne sont le siége que d'un simple prurit, quoique nous soyons encore dans la période aiguë ; enfin les bords de la rougeur ne sont pas circonscrits d'une façon nette, et ne forment pas un bourrelet ni un rebord festonné comme dans l'érysipèle. Ajoutons que les ganglions ne sont ni gros ni douloureux.

Du côté de l'oreille gauche, l'eczéma est beaucoup plus manifeste : on y trouve le suintement caractéristique et, à côté, les croûtes desséchées.

Nous avons donc affaire à une éruption eczémateuse de la face, tout à fait analogue à l'eczéma de la jambe : sans doute, les vésicules ne sont pas très-marquées, mais il ne faut pas s'attendre toujours à trouver des vésicules grosses et abon-

dantes; souvent elles durent si peu que, lorsqu'on est appelé à examiner le malade, il n'y a plus que la rougeur de la peau, affaissée et grenue. Ce qui est ici intéressant à noter, quoique ce ne soit pas très-rare, c'est la manifestation de l'eczéma chez un individu jusque-là indemne, à la suite d'une plaie de la jambe: apparition d'abord sur la jambe, puis sur la face. Ce réveil d'une diathèse à la suite d'une plaie se produit aussi souvent à la suite d'une affection quelconque, d'une irritation quelconque de la peau, par exemple, après l'application de rubéfiants employés comme dérivatifs; après les emplâtres de thapsia surtout, on observe des manifestations de ce genre, et sur des régions très-éloignées du point où l'emplâtre a été appliqué.

Quant au pronostic, il est ici beaucoup plus bénin que s'il s'agissait d'érysipèle; sans doute, l'érysipèle spontané se termine à peu près toujours d'une façon favorable; mais il n'en est plus de même de l'érysipèle traumatique qui est souvent mortel. Notre pronostic n'est donc pas soumis à ces réserves: l'affection sera prolongée assurément, mais le malade est certain de sa guérison.

II. Une autre de nos malades mérite aussi être étudiée avec soin; c'est la jeune fille couchée au n° 18 de la salle Sainte-Adélaïde, qui est atteinte d'angine couenneuse. Quelques jours auparavant, nous avons observé la même affection chez un homme du service.

Ces angines, accompagnées d'exsudat, préoccupent le médecin, et à bon droit.

L'angine de cette nature n'est du reste pas rare, surtout dans notre quartier de Vaugirard, qui est un des plus maltraités: elle devient de plus en plus fréquente. Les relevés faits avec beaucoup de précision par Besnier ont établi que depuis dix ans le nombre des cas a doublé. Et l'augmentation est constante dans les mêmes quartiers. Pour celui de Vaugirard, il ne faut pas, du reste, attribuer cette réceptivité au voisinage de la Seine; elle tient tout simplement à la mauvaise condition des habitants de ce quartier qui est généralement pauvre, habité par la classe ouvrière, où les familles sont nombreuses et l'hygiène déplorable.

L'étude des angines est encore à faire: sans doute les points les plus importants sont élucidés peu à peu, mais ils ne sont pas encore dégagés nettement de toute l'incertitude qui enveloppe encore cette question.

Jusqu'au seizième siècle, on les confond toutes sous le nom de maladies de la gorge: on décrit une épidémie grave en Hollande, en Suisse (épidémie pestilentielle), en Espagne (garrotillo), à Paris.

Depuis les travaux de Bretonneau, on reconnut que les malades étouffaient parce que la lésion se propageait au larynx et aux voies respiratoires: il montra que la lésion était un exsudat, une inflammation spécifique toute différente de la gangrène. Cependant on confondait encore des formes de gravité très-différente. En 1855, M. Gubler appela l'attention sur une forme nouvelle d'angine, l'angine herpétique. Parmi les angines à exsudat, il montra qu'il y en avait dont l'exsudat avait pour origine une éruption vésiculeuse dans la gorge, tout à fait analogue à celle qu'on observe sur la surface de la peau. Une autre espèce d'angine fournit un exsudat très-superficiel, facile à déplacer: c'est l'angine pultacée. Enfin la stomatite ulcéro-membraneuse peut se propager au pharynx, aux amygdales et aux piliers du voile du palais; on retrouve un exsudat grisâtre tout spécial; on admet donc une angine ulcéro-membraneuse.

Telles sont les espèces d'angine, herpétique, pultacée, ulcéro-membraneuse, qu'il faut s'attacher à bien distinguer de la forme la plus grave, la plus redoutable, l'angine diphthéritique.

On comprend, en effet, que le pronostic est subordonné à l'exactitude de cette distinction, non moins que le traitement à instituer.

L'angine *pultacée* présente un aspect si spécial que le diagnostic est facile à la seule inspection de la forme de l'exsudat: il consiste en petits amas de substance blanche, nacrée, qu'on enlève facilement avec un pinceau. Qu'on les soumette à l'examen microscopique, on trouvera des cellules pavimenteuses provenant de la muqueuse, déformées et tuméfiées, entourées d'une matière amorphe. Quelquefois ces cellules pavimenteuses sont accompagnées d'éléments végétaux qui sont les spores et le mycélium du muguet. On rencontrera ces deux éléments, tantôt isolés, tantôt réunis: chez les individus prédisposés, quand le milieu est préparé pour ainsi dire par l'inflammation buccale, les éléments du muguet se développent rapidement. Mais, s'il n'y a pas d'inflammation, le mycélium ne prolifère cas: c'est un fait que j'ai constaté bien des fois, lorsque je me livrais à des recherches sur la nature des enduits de la langue.

L'angine *ulcéro-membraneuse* se reconnaît aux ulcérations de la muqueuse, à son exsudat grisâtre, sanieux, médiocrement adhérent à la muqueuse, si ce n'est par ses bords, mais souvent il est flottant. Le microscope y fait découvrir de l'épithélium, des masses fibrineuses, et, d'après les recherches de M. Peter, des fibres élastiques provenant du derme et résultant de son altération gangréneuse.

L'angine *herpétique* se présente sous des formes variées: quand on peut l'examiner tout à fait à son début, on peut voir les vésicules herpétiques tapissant les piliers ou les amygdales, parfois même le pharynx. Mais elles disparaissent rapidement, et, lorsqu'on est appelé à examiner le malade, elles n'existent plus; elles sont déjà rompues. On trouve l'épithélium épaissi, blanchâtre: si ces vésicules étaient isolées, on les voit entourées d'une auréole d'une vive coloration, rouge, assez caractéristique; si elles étaient plus agglomérées, et réunies sur leurs bords, on a un exsudat épaissi sur toute la surface, plus ou moins étalé et présentant une coloration blanche, avec des bords quelquefois festonnés. Pendant un certain temps, on peut observer ces plaques d'un blanc opalin, adhérentes à la muqueuse; mais elles peuvent devenir flottantes et s'en détacher: au-dessous, on trouve des ulcérations de cette muqueuse, et la tuméfaction de cette muqueuse autour de ces ulcérations.

L'angine pseudo-membraneuse proprement dite, ou *diphthéritique*, est caractérisée par une exsudation d'emblée: ici, pas de vésicules, mais bien des fausses membranes apparaissant sur des points isolés d'abord, puis se réunissant bientôt: la muqueuse est plus gonflée autour de ces plaques qui sont très-adhérentes. Si on parvient à les détacher, on constate au-dessous que l'épithélium a persisté, avec une teinte particulière, plus jaune que chez les exsudations précédemment étudiées, quelquefois plus grisâtre et plus sale. Quand les plaques sont plus anciennes, elles se détachent sur leurs bords, elles deviennent flottantes. C'est un caractère de similitude entre les plaques de la diphthérie et les plaques de l'angine herpétique. L'examen micrographique révélera des cellules épithéliales de la bouche desquamées, au milieu d'une gangue de granulations.

Il n'y a réellement pas de distinction possible à établir, à ce point de vue, entre les deux fausses membranes; il faut cher-

cher ailleurs le moyen de faire un diagnostic différentiel. En dehors de l'aspect extérieur des plaques, de leur aspect plus ou moins fibrineux, etc., il faut prendre en considération l'évolution même de la maladie.

On distingue rapidement l'angine diphthéritique de l'angine pultacée qui se produit avec une amygdalite simple; on distinguera aussi son exsudat du contenu des cryptes des amygdales, qui forment des petits points jaunâtres, saillants, avec une élévation jaune assez brillante, à leur centre.

L'angine ulcéro-membraneuse survient dans des conditions assez particulières pour ne pas être confondue avec l'angine diphthéritique: elle n'est, en effet, jamais primitive; elle est toujours secondaire, consécutive à une ulcération de la bouche; on trouve, sur les parois buccales, des ulcérations grisâtres, serpigineuses, qui éclairent immédiatement le diagnostic.

La difficulté est plus grande entre l'angine herpétique et l'angine diphthéritique. Il est utile de se bien renseigner sur la marche de la maladie: l'angine herpétique le plus souvent est une sorte de fièvre herpétique, une maladie fébrile accompagnée d'éruption: à la suite d'un refroidissement survient subitement un mouvement fébrile intense, un violent frisson. Le malade passe subitement d'une parfaite santé à une maladie fort grave en apparence.

Le lendemain de cet accès, on observe des vésicules ou une exsudation dans la gorge. Le diagnostic est quelquefois rendu plus facile encore lorsque, outre l'herpès guttural, on trouve un herpès labial qui met immédiatement sur la voie du diagnostic. Chez la jeune fille de notre service, il s'est formé une exsudation en nappe très-adhérente, sur toute la luette, sur le pilier gauche du voile du palais, et sur une partie du pilier droit et du pharynx. Cette exsudation est assez transparente, elle laisse voir au-dessous la rougeur de la muqueuse. L'histoire de sa maladie nous montre précisément le début brusque, le frisson intense, un malaise indescriptible, et, sur les lèvres, l'apparition de cet herpès caractéristique. Elle raconte d'ailleurs qu'elle a eu souvent cette fièvre herpétique, accompagnée de frisson et d'un malaise analogue. Cette fois, l'affection, au lieu de rester limitée à la surface, est, pour ainsi dire, devenue plus profonde; elle est devenue une angine herpétique.

Si, au contraire, on avait affaire à une angine diphthéritique, la marche de l'affection serait plus sournoise; elle progresserait lentement, mais successivement: la fièvre tombée, l'éruption continue. Au cinquième ou au septième jour, si cette éruption continue ses progrès, ce n'est plus de l'herpès, il faut redouter l'angine diphthéritique.

Mais cette angine pseudo-membraneuse proprement dite a, elle aussi, des degrés, des formes très-variables: il faut y établir des variétés bien distinctes; je réserve cette étude plus spéciale pour le moment où nous en rencontrerons des exemples dans notre service, et certainement l'occasion ne se fera pas longtemps attendre. Nous aurons alors à insister sur l'intoxication générale qui est consécutive à des éruptions, quelquefois très-faibles, de diphthérie.

Les conséquences d'une intoxication analogue peuvent aussi s'observer dans l'angine herpétique: elle peut se terminer par une convalescence pénible, par une faiblesse très-grande. Il ne faut pas se laisser surprendre par cette terminaison qui peut arriver dans les formes d'angine légère que nous avons étudiée précédemment: il convient d'en prévenir le malade, en le rassurant d'ailleurs sur le peu de gravité que comporte l'affection. L'angine herpétique, en effet, guérit spontanément: quelques gargarismes émollients, ou légèrement astringents; on les additionnera d'un peu de chlorate de potasse, si l'on n'est pas complètement rassuré sur le diagnostic; des boissons émollientes. Enfin, s'il survenait un violent mal de tête, ce qui n'est pas rare, on se trouvera très-bien d'employer un éméto-cathartique, comme l'a recommandé M. Lasègue; sans doute, il ne modifie pas la marche de l'affection elle-même, mais il hâte certainement la disparition de la céphalalgie. Ce symptôme peut être quelquefois très-exagéré, et arriver au coma; certaines de ces angines, surtout chez les jeunes sujets, sont ainsi accompagnées d'une prostration excessive, et débutent d'une façon très-grave. Je me rappelle avoir observé ce processus très-effrayant chez l'enfant d'un de nos confrères: le père croyait à une méningite, mais le début brusque de la maladie, l'absence complète des prodromes et des symptômes ordinaires de la méningite, me firent songer à une angine herpétique; je fis ouvrir la bouche à l'enfant, et l'examen de la gorge confirma immédiatement le diagnostic. Il suffit d'un purgatif, et l'enfant fut guéri. C'est le résultat que nous attendons chez notre jeune malade: c'est celui qui est le plus habituel.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

Une circonstance sur laquelle je ne dois pas oublier d'appeler votre attention, c'est le fait que quelques anévrysmes, même alors qu'ils sont complètement solidifiés, continuent néanmoins à augmenter de volume, sans présenter de pulsations, ressemblant presque exactement à des tumeurs malignes, et dans le cas d'anévrysmes poplités ils offrent des symptômes dus à la compression que la tumeur exerce sur la veine et qui rendent l'amputation nécessaire. Ceci est à part de la question de diagnostic, car, si la jambe commence à se gangréner, ou si la douleur est intolérable et que les symptômes ne soient pas amendés par la compression ou autre traitement appliqué à l'artère au-dessus de la tumeur, l'amputation serait indiquée, même dans le cas où le chirurgien saurait bien qu'il a affaire à un anévrysme solidifié ou à demi-solidifié.

Mais la plupart du temps ces tumeurs sont prises pour des tumeurs malignes, et, mettant à part la question du traitement, c'est un intéressant problème de diagnostic chirurgical de rechercher si l'erreur est inévitable ou non. Il est certain qu'elle a été commise par des chirurgiens distingués et que par conséquent elle est fort excusable. A mon avis, n'ayant jamais rencontré de cas semblable, mais jugeant d'après les observations connues (il y en a une très-complète et très-intéressante sur le registre de notre musée, accompagnant une préparation que M. Hancock a offerte à notre Collège, n° 1709 A), je crois pouvoir dire que le diagnostic erroné a généralement conduit à un traitement correct et que l'amputation est le meilleur traitement applicable à de pareils anévrysmes.

Voici le cas de M. Hancock. Un homme, de taille moyenne, se fait admettre à l'hôpital pour une tumeur solide, élastique et très-volumineuse, augmentant graduellement de volume et remplissant tout le creux du jarret. Cette tumeur apportait

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 septembre.

une gêne considérable à la circulation et elle ne présentait aucune pulsation. M. Hancock, ne doutant pas qu'il ne s'agît d'une tumeur solide quelconque, probablement de nature maligne, ampute la cuisse. L'examen du membre amputé montre qu'il s'agit en réalité d'un anévrysme, qui, de même que dans la préparation que voici, paraît entièrement solidifié. Mais son accroissement continuel pendant la vie montre qu'il n'en était pas ainsi; il doit y avoir eu quelque point où le sac était moins résistant, et le sang, en s'insinuant entre les caillots du sac, distendait la tumeur et se répandait dans les espaces cellulaires environnants. Quel résultat eût pu avoir la ligature de l'artère ou tout autre traitement appliqué en dessus de la tumeur dans un cas semblable? Comment la circulation anastomotique aurait-elle pu se rétablir avec un pareil obstacle sur sa route? Je crois qu'il est hors de doute que la ligature ou la compression complète de la fémorale auraient inévitablement été suivies de gangrène.

D'autres fois, comme dans la pièce de l'hôpital Saint-George, la gangrène a déjà commencé et le membre est nécessairement sacrifié.

Nous avons encore, dans notre musée, un spécimen analogue offert par M. Partridge; mais l'observation ne se trouve pas dans notre catalogue.

Il y a des cas tout à fait semblables à ceux-ci, dans lesquels il y a rupture manifeste de la poche anévrysmale, avec accroissement consécutif, et qui présentent la même physionomie et la même marche, mais où les renseignements empêchent l'erreur de diagnostic. Tel était le cas du malade qui a fourni cette préparation (1709 B) et dont M. Adams amputa la cuisse. Ce cas est rendu plus intéressant par ce fait que, pendant la convalescence, un anévrysme se forma sur la carotide gauche qui fut liée avec succès par M. Maunder; mais, pendant qu'on prenait les notes de l'observation, un autre anévrysme se formait lentement sur la carotide droite. L'amputation devint indispensable en face des signes manifestes d'une gangrène imminente; la menace de gangrène et l'état général du malade doivent guider la conduite du chirurgien. Beaucoup de cas de rupture d'anévrysme, dans lesquels il n'y avait pas menace de gangrène et dans lesquels l'état général était bon, ont été traités avec succès, les uns par la ligature, et quelques autres par la compression. D'une manière générale, je crois la ligature préférable.

Le cas de Porter (*Cycl. of Auct.*, vol. I, p. 242) était un anévrysme artério-veineux des vaisseaux poplités. Autant qu'il était permis d'en juger par les renseignements, l'affection avait existé pendant plusieurs années à l'état d'anévrysme ordinaire, quand les veines commencèrent à présenter des pulsations (à ce moment la maladie datait de quatorze ans), et depuis lors la tumeur ne fit pas de nouveaux progrès. Le malade refusa de se soumettre à aucun traitement et il a vécu dans cet état pendant plusieurs années.

L'expérience du passé nous permet donc de poser les conclusions suivantes pour le traitement des anévrysmes poplités :

1° Les anévrysmes à marche rapide, dont le sac a des parois minces ou imparfaites, doivent être traités par la ligature immédiate, surtout quand ils ont été causés par une violence récente; la compression réussit rarement dans les anévrysmes qui s'accroissent dans la direction de l'articulation du genou et dans tous ceux, généralement, qui ont une marche rapide.

2° La ligature de Hunter a donné environ douze fois autant de succès, dans la pratique hospitalière moderne, que ne l'indiquent les statistiques généralement connues.

3° La compression a donné jusqu'à présent, dans les mêmes hôpitaux, à peu près la même moyenne de succès que la ligature, mais le nombre des succès pourrait s'accroître par un emploi plus intelligent de la méthode.

4° L'emploi de la compression trop longtemps continué doit être repoussé, comme devant nuire au succès ultérieur de la ligature.

5° L'emploi de la flexion réussit souvent, quand elle est appliquée de façon à ne pas faire souffrir le malade; il est bon de l'essayer toutes les fois qu'elle arrête ou qu'elle diminue manifestement les pulsations; mais il ne faut pas insister longtemps quand elle ne donne pas de résultat immédiat.

6° Rien ne prouve l'utilité des méthodes moins usuelles, telles que le galvanisme, les injections coagulantes, la malaxation, la ligature temporaire ou l'introduction de corps étrangers.

L'anévrysme des artères tibiales est ordinairement d'origine traumatique, cependant les annales de la chirurgie renferment des exemples qui prouvent que la tibiale postérieure peut être le siège d'anévrysmes spontanés. La tibiale antérieure a présenté également la même lésion, mais son volume moindre, sa situation et l'appui solide que lui fournit le fascia résistant qui l'entoure, sont autant de circonstances peu favorables à une dilatation spontanée.

Je vais citer les cas d'anévrysme spontané des artères tibiales que j'ai pu lire, et je donnerai les indications nécessaires à ceux qui désirent étudier ce sujet. La liste en est certes fort incomplète, et on pourrait l'allonger beaucoup en faisant des recherches complètes.

I. Tibiale postérieure.

Dans le 7° vol. des *Trans. med. chir.*, p. 370, M. Crampton rapporte très-succinctement une observation d'anévrysme de la tibiale postérieure qui semble d'origine spontanée; du moins la cause n'est pas indiquée. On fit la ligature de la fémorale, mais le malade mourut par suite de circonstances qu'il est inutile de rapporter.

Dans sa traduction de Chelius, vol. II, p. 265, M. South rapporte un cas d'anévrysme spontané de la tibiale postérieure pour lequel Green lia avec succès la fémorale.

Dans le 24° vol. de la *Med. chir. rew.* (1836), p. 258, se trouve une observation d'anévrysme de la tibiale postérieure, vraisemblablement d'origine spontanée, qui se trouvait plusieurs années auparavant (1817) dans le service de Browne, à l'infirmerie de Meath. La lésion datait de deux mois; l'état général du malade était bon. La tumeur avait la forme et le volume d'une orange; elle était située sur la ligne médiane de la partie supérieure du mollet. La compression de la fémorale ou de la poplitée faisait diminuer l'intensité des pulsations et le volume de la tumeur. Le bord supérieur de la tumeur était à trois pouces de la limite inférieure du creux poplité. La fémorale fut liée dans le point ordinaire, mais avec deux ligatures. L'opération réussit, du moins quant à la tumeur. Celle-ci se réduisit à une petite masse dure du volume d'une moitié de muscade. Mais le malade mourut de l'épuisement causé par une suppuration étendue au milieu des muscles de la cuisse, quarante et un jours après l'opération, avec des symptômes thoraciques probablement dus à la pyohémie. Il n'est fait mention ni d'autopsie, ni de dissection du vaisseau malade.

Le cas rapporté par M. Perry (*Med. chir. Trans.*, vol. XX. Musée de l'hôpital Saint-Barthélemy, série XIII, n° 91), auquel j'ai fait déjà allusion en parlant des anévrysmes artério-vei-

neux de la cuisse, était un anévrysme spontané de la tibiale postérieure.

Voici une très-belle préparation du musée de l'hôpital Saint-Georges, série VI, n° 129, provenant d'un malade porteur d'un anévrysme spontané de la tibiale postérieure, à qui feu M. Gaskoin, je crois, lia la fémorale superficielle avec un plein succès. Quelques mois après, le malade mourait de maladie du cœur, et on trouvait les valvules mitrale et sygmoïde recouvertes de végétations fibrineuses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 septembre 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Condillac et de Bourdouyre pour les années 1876 et 1877.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts envoie ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Marc Sée, dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Bouvier.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Marc Sée prend place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° un pli cacheté déposé par M. le docteur Pinel (accepté) ; 2° une lettre de remercîments de M. le docteur Sainton, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bar-sur-Seine (Aube), lauréat de l'Académie.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse), un travail manuscrit intitulé : *Note sur une complication rare du traitement consécutif de la périnéorrhaphie.*

M. DEPAUL, au nom de M. Duboué (de Pau), dépose une brochure intitulée : *De la physiologie pathologique de la fièvre typhoïde et des indications thérapeutiques qui en dérivent.*

M. BERGERON, au nom de M. Joanni Rendu, présente une brochure ayant pour titre : *De l'isolement des varioleux à l'étranger et en France.*

COMMUNICATIONS

Ulcération du frein de la langue dans la coqueluche. — M. HENRI ROGER lit une note additionnelle à son rapport sur le travail de M. le docteur Delthil relatif à l'*ulcération du frein de la langue dans la coqueluche.*

Le rapporteur, insistant sur l'influence presque exclusive des dents aiguës des jeunes enfants sur la production de l'ulcère sublingual, qui est toujours le résultat d'un *traumatisme,* en avait donné pour preuve décisive l'absence de cette blessure *avant la pousse des dents.* Il communique une lettre que vient de lui écrire, à ce sujet, M. le docteur Bouffier (de Cette), qui, dans des épidémies de coqueluche (dont deux ont sévi aux Mines des houillères du Gard), aurait vu *sept* fois la lésion sublinguale chez de très-jeunes sujets, *avant* la venue des premières dents.

Mais, de ces faits exceptionnels, M. Bouffier ne conclut pas à la spécificité du phénomène et à son importance en pyrétologie ; il n'y voit, comme tous les médecins d'enfants, qu'un effet du traumatisme, que l'ulcère se manifeste chez les coquelucheux *après* ou *avant la dentition.* Dans le premier cas, ce sont évidemment les dents qui en sont la cause productrice ; dans le second, M. Bouffier (qui a surpris le mécanisme de la lésion chez plusieurs enfants) l'explique par la blessure que les mères font elles-mêmes avec leurs ongles à la face inférieure de la langue en essayant d'enlever brusquement les mucosités qui encombrent la bouche du coquelucheux ; il a vu en effet la petite ulcération se produire directement dans ces mouvements du doigt promené vite autour de la langue et qui va déchirer le frein dans ces attouchements rapides répétés et offensifs.

M. Roger admet et les faits insolites rapportés par M. le docteur Bouffier, et l'explication plus que vraisemblable qu'il en donne.

État des muscles chez les animaux surmenés. — M. BOULEY, à l'occasion du procès-verbal, donne lecture à l'Académie d'une lettre que lui a adressée M. Léon Fournot, étudiant en médecine, au sujet de la communication qu'il a faite, dans la dernière séance, sur la viande surmenée.

A la suite de MM. Hillairet, Larrey et Bergeron, M. Fournot apporte des observations sur les bêtes forcées. Il a chassé et vu chasser à courre. Voici ce qu'il a observé lorsqu'on laissait aller l'animal jusqu'à la fin : le plus souvent, l'animal laissant de moins en moins de senteur et la journée étant très-avancée, les chiens le perdaient et il était impossible de le retrouver ; et alors les paysans, le lendemain matin, trouvaient le lièvre rasé dans un sillon ou derrière une motte de terre, dans une haie, etc., et le lièvre mort. Les poumons étaient congestionnés, les plèvres injectées. Il était mort surmené....

Quelquefois, à la fin de la chasse, un apprenti chasseur, un garde, un braconnier, sans souci du droit des chiens auxquels on laisse manger tout lièvre forcé, lâchent leur coup de fusil sur le pauvre animal. Aussitôt tombé, tout aussitôt le train de derrière devient absolument raide, les jambes s'allongent, et, cinq minutes après la mort, il est impossible de les ployer. Aussi, pour un connaisseur, un lièvre venant d'être tué indique la quantité de surmenage auquel il a été livré.

Le lièvre forcé a la chair très-molle, noire, s'écharpant en fibres courtes, comme si la viande était très-avancée, et de plus il a, sans contredit, un goût et une odeur d'urine assez accentuée. Or, non-seulement la fibre musculaire qui travaille devient riche en créatine, créatinine, substances facilement décomposables, mais surtout, tout travail, dans l'économie : travail musculaire, travail cérébral, travail respiratoire, produit de l'urée et de l'acide urique que les urines ne peuvent éliminer pendant la course, que la sueur n'élimine qu'à la suite d'une transformation lente en oxydes sudorique, caprylique et le reste. Or, l'excès énorme de travail respiratoire, musculaire et même cérébral que l'on impose au lièvre le rend tout simplement urémique, et il succombe surtout à l'intoxication urique. De là cette saveur urineuse, sa décomposition rapide, car le lièvre forcé se conserve à peine trois jours, et encore est-il horriblement faisandé, même en hiver. De là peut-être aussi sa mort subite, foudroyante, sa rigidité cadavérique rapide...

Quant à la proposition relative à ce vœu exprimé auprès du ministre qu'à l'avenir l'inspection des viandes de boucherie soit faite par des hommes capables d'apprécier, non-seulement l'état d'altération de ces viandes, mais encore les conditions qui ont dû précéder cette altération, afin que, de cette façon, des garanties sérieuses soient données à la fois au consommateur, au producteur et à la justice, M. Bouley informe l'Académie qu'il réunit actuellement tous les documents nécessaires et qu'il formulera prochainement cette proposition par écrit.

M. DELPECH rappelle que cette question a déjà occupé le Conseil de salubrité. A l'époque où la trichinose menaçait de s'introduire en France avec les viandes de porc venant du côté de l'Allemagne, le Conseil de salubrité s'était ému de cette importante question de l'inspection des viandes. On avait bien pensé, dès cette époque, à l'emploi du microscope pour cette inspection, mais on n'a pas tardé à reconnaître que ce moyen était pratiquement tout à fait inapplicable. On étudie donc en ce moment quels sont les moyens les plus pratiques d'arriver à fournir à une inspection aussi considérable. Il a déjà été installé à la préfecture de police un laboratoire destiné à l'examen des vins et des denrées alimentaires falsifiés. C'est là un réel progrès. Il en sera de même pour l'altération des viandes. Ces progrès, encore à l'étude, se produiront certainement dans un temps plus ou moins prochain.

M. BOULEY, revenant sur l'expédition vers les grands centres d'approvisionnement des viandes d'animaux menacés du charbon,

rappelle que sous ce rapport se commettent des abus considérables. Aussitôt qu'un animal est menacé du charbon, le fermier qui le possède le tue, le *fait* ou le fait *faire*, et l'expédie, sans même que le maire de la commune ait à s'inquiéter de cette expédition. Il y a donc là de sérieuses réformes à faire. Un projet de loi à ce sujet, après avoir été très-travaillé, très-discuté, a été soumis au Conseil d'État qui l'a adopté, avec de très-légères modifications, et doit être proposé prochainement aux Chambres. Ce sera une très-grande garantie que d'obtenir qu'une inspection sanitaire des viandes soit faite, non-seulement à l'arrivée de ces viandes, mais aussi aux lieux d'où elles sont expédiées, par des agents sanitaires compétents et responsables.

LECTURE.

M. MOURGUES lit un travail qu'il intitule : *le Dogme de l'autophagisme.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bouillaud, Moreau et Woillez.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Dictionnaire de botanique**, de H. BAILLON, 10e fascicule (CHAI-CHIZ). In-4°. Prix : 5 francs. Paris, Hachette et Cie. — II. **Application des sciences à la médecine**, par le docteur E. FOURNIÉ. In-8°. Prix: 10 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Cie. — III. **Leçons cliniques sur les maladies du foie**, par Ch. MURCHISON, In-8°. Prix; 12 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Cie.

I. Avec ce dixième fascicule se termine le premier volume du *Dictionnaire de botanique* rédigé sous la direction du professeur H. Baillon. Nous trouvons dans cette nouvelle partie la même richesse de détails, le même soin donné aux articles importants transformés en véritables monographies, même luxe d'illustrations; mais ce qui doit attirer surtout l'attention du lecteur, c'est la magistrale préface datée du 10 octobre 1875 et signée H. Baillon.

Jusqu'à présent nous étions forcés, à la réception de chaque fascicule, de chercher nous-mêmes le plan suivi par les auteurs, l'esprit de direction de cette publication. Aujourd'hui M. Baillon nous donne la clef du dictionnaire. C'est bien une sorte de résumé, net et précis, présenté lettre par lettre, de tout ce qui est actuellement connu en botanique. Le dictionnaire tend à nous donner le plus grand nombre de mots, tous les mots connus s'il est possible; à chacun d'eux répond une indication rapide de sa valeur, de sa signification exacte dans la science. On ne saurait trop applaudir à ce programme si bien appliqué déjà dans les dix premiers fascicules et qui nous promet un dictionnaire vraiment *utile*.

L'historique de la science botanique, présenté par M. Baillon, lui donne l'occasion de rendre justice à l'un des esprits les plus savants, les plus profonds et les plus méconnus. Nous voulons parler d'Adanson, gloire éminemment française, génie encyclopédique, ayant laissé son empreinte sur tout ce qu'il a touché. M. Baillon ne peut en parler qu'en termes émus, et nous comprenons d'autant mieux cette émotion que nous la partageons depuis tantôt vingt ans. Nous avons lu l'œuvre d'Adanson, nous l'avons méditée, — tout en laissant de côté certaines excentricités dont ses ennemis ont pu se servir contre lui, — et notre admiration lui a été dès ce temps complètement acquise.

M. Baillon a fait acte de haute et bonne justice en replaçant cette grande figure en sa pleine lumière. Lamarck, R. Brown, les de Candolle, Auguste Saint-Hilaire, Endlicher, passent tour à tour sous nos yeux. Mais l'auteur ne peut s'empêcher de revenir aux de Jussieu. Il a à cœur de se laver des calomnies dont il est la victime; lui, l'appréciateur si éminent du génie de A.-L. de Jussieu, on l'a accusé d'avoir écrit contre cette grande figure. Non-seulement ses calomniateurs savaient parfaitement que jamais M. Baillon n'a soutenu ces opinions, mais ils savaient encore que M. Baillon était complètement étranger aux écrits qu'on lui imputait. Aujourd'hui l'occasion s'est présentée, et la calomnie aura à chercher d'autres armes contre celui à qui l'*Histoire des Plantes* assure une des premières places parmi les botanistes.

L'injustice des hommes n'abat pas le vrai savant; il a toujours devant les yeux Adanson pauvre, Tournefort dépouillé, Lamarck calomnié,— et il continue à travailler sans relâche et sans découragement. L'heure de la justice sonne toujours, et nous n'aurons pas attendu ce moment pour rendre hommage à la vérité.

Nous sommes bien loin d'une simple analyse; mais il est inutile aujourd'hui de retenir plus longtemps le lecteur; qu'il jette les yeux sur la magnifique chromolithographie (*Acineta superba*) et qu'il coure à la préface signalée. Elle mérite une lecture attentive.

II. Nos lecteurs ont déjà eu un avant-goût de l'*Application des sciences à la médecine*. Un chapitre détaché de cette œuvre leur a fait apprécier le but de l'auteur et la manière magistrale dont il avait traité son sujet.

M. Édouard Fournié avait été frappé dès le début de sa carrière du concours prépondérant que les sciences, en général, apportent au progrès de la médecine. Bientôt il eut l'idée de réunir en faisceau toutes les connaissances étrangères à la clinique proprement dite et de les présenter dans une vue d'ensemble.

Partant de ce fait que le médecin doit posséder suffisamment les notions anatomiques, physiologiques, cliniques et physiques indispensables à l'exercice de son art, l'auteur a pensé qu'à l'endroit de ces sciences son rôle devait se borner à celui d'historien. Il s'est donc appliqué surtout à indiquer les liens qui unissent chaque progrès scientifique à son application à la médecine. Sans négliger le côté descriptif, lorsque cela paraissait nécessaire aux intérêts de la pratique, M. Fournié insiste plus particulièrement sur l'application elle-même.

C'est là le côté vraiment spécial et utile de son livre.

Après s'être demandé si la médecine était un art ou une science, et avoir satisfait un peu tous les goûts, en déclarant qu'elle était: 1° *science;* 2° science secondaire; 3° art, M. Fournié recherche quelles sont les sciences qui sont appliquées à la médecine. De là, une division toute naturelle du livre en quatre parties: application de l'anatomie et de la physiologie; de la physique; de la chimie; de la botanique et de la zoologie.

Cette étude est poursuivie dans l'espace de neuf périodes. Dans la première, consacrée à l'anatomie et à la physiologie du temps d'Hippocrate, l'auteur donne une analyse assez complète des œuvres du médecin de Cos. Dans la seconde, il examine les rapports de l'anatomie et de la physiologie avec la médecine depuis Hippocrate jusqu'à Galien, en passant par l'école d'Alexandrie. La troisième est consacrée à Galien et à son œuvre. La quatrième s'étend de Galien à Vésale. La cinquième de Vésale à Harvey. La sixième est consacrée à Harvey. La septième s'étend de Harvey jusqu'à Bichat. La huitième est consacrée à Bichat. La neuvième s'étend de Bichat jusqu'à nous. Elle comprend l'étude de l'anatomie et de la physiologie contemporaines dans leurs rapports avec la médecine. Cette période était la plus intéressante; nos lecteurs en ont lu un fragment.

En résumé, ce livre s'adresse d'abord aux étudiants qui y puiseront une idée générale du développement de notre science dans le temps, puis aux médecins praticiens qui y retrouveront le souvenir de leurs études et plus encore le résumé des travaux les plus récents. Souvent même les auteurs y trouveront des observations qui leur ont échappé et dont ils se croient parfois les inventeurs.

Un seul exemple, parce qu'il est très-récent. Nous publions un très-intéressant travail sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. L'auteur, étranger, revendique d'abord le nom de pharynx nasal. Or M. Édouard Fournié, en 1861, désignait dans la *Gazette des Hôpitaux* cette région sous le nom de *pharyngo-nasale*. Le même auteur étudie le *nasonnement* et le *nasillement*, sans citer les travaux du même auteur sur cette question. Que dirons-nous aussi sur l'absence de citation du même auteur au sujet de la formation des lettres et en particulier des *lettres nasales?* C'est l'an dernier que M. Fournié en donnait la théorie scientifique dans un mémoire

lu devant la Société de linguistique et inséré dans l'*Union médicale.*

Que de sujets de revendication de la part d'un auteur piqué de cette tarentule que l'on appelle le *droit de priorité!*

Le livre de M. Fournié rendra de grands services à la vérité, en épargnant bien des lacunes et bien des omissions. Aux étrangers il fera connaître notre littérature nationale, et, à notre tour, nous verrions avec plaisir une traduction française d'une œuvre étrangère nous faire l'historique exact des travaux étrangers qui échappent, en France, à nos recherches.

III. Voici justement un excellent livre qui nous vient d'Angleterre et qu'un lauréat de l'Académie de médecine, M. le docteur Jules Cyr, a bien voulu nous faire connaître par une excellente traduction. Les *Leçons cliniques sur les maladies du foie* empruntent une grande partie de leur intérêt à ce fait que leur auteur, le docteur Charles Murchison, qui occupe aujourd'hui une grande situation professorale et professionnelle à Londres, a étudié les maladies du foie sur un terrain singulièrement favorable, alors qu'il était médecin militaire au Bengale.

Le professeur Murchison peut donc nous présenter d'excellentes leçons sur les maladies du foie; mais il ne borne pas là son travail, et nous lisons avec le même intérêt ses leçons sur les troubles fonctionnels du foie. Nous sommes donc en présence d'un livre éminemment pratique, anglais dans toute la valeur de cette expression. Toutes les questions de symptomatologie, de diagnostic différentiel et de thérapeutique y sont traitées avec un soin extrême.

A la manière des Anglais, l'auteur a fait une œuvre de pratique, remplie de faits, remplie d'applications: c'est le but qu'il a voulu atteindre, et il y a complètement réussi. Mais ne lui demandez pas une lourde et compendieuse réunion de tous les faits connus avec noms d'auteurs à l'appui; bref, un de ces traités où la bibliographie pédantesque absorbe des pages nombreuses pour reproduire sans cesse des citations connues auxquelles il est si facile d'ajouter les travaux plus récents. En Angleterre on méprise à bon droit ces procédés. Il faut être utile avant tout. Un simple coup d'œil montrera aux lecteurs ce qu'il peut attendre de ces « leçons ».

Sur seize leçons, sept sont consacrées à l'étude de l'augmentation du volume du foie, et la huitième traite de la diminution du volume du foie.

Après quelques observations préliminaires, le professeur Murchison étudie les dimensions normales et les limites du foie. Il discute les circonstances qui peuvent faire croire à une augmentation de volume qui n'existe pas et nous donne les moyens de reconnaître ces pseudo-augmentations du foie. Il aborde alors l'étude de l'augmentation réelle du volume du foie (*a.* sans douleur, *b.* avec douleur), et voici que le défilé pathologique commence. Foie cireux, lardacé ou amyloïde; foie gras, hypertrophie simple, tumeur hydatique, congestion, hépatite interstitielle, inflammation des voies biliaires, obstruction du canal cholédoque, abcès pyohémique, abcès des tropiques, cancer, sarcome à cellules fusiform s, myxome, épithéliome, cysto-sarcome, hydatide multiloculaire, kystes simples, tubercule, tumeurs lymphatiques, xanthelasma.

Une étude sur l'augmentation de volume de la vésicule biliaire termine cette première partie, et l'auteur, abordant la diminution de volume du foie, décrit l'atrophie simple, l'atrophie jaune ou aiguë et l'atrophie chronique (cirrhose, induration simple et syphilitique, atrophie rouge).

L'ictère, par son importance, demande trois leçons à l'auteur; l'ascite est le sujet de la douzième leçon; puis, après avoir consacré une leçon à l'hépatalgie, aux calculs biliaires et à l'augmentation de volume de la vésicule biliaire, le professeur donne ses trois dernières leçons aux troubles fonctionnels du foie. Ces leçons méritent une attention toute particulière. L'auteur n'est pas satisfait des notions actuelles sur les troubles fonctionnels du foie; il combat la classification existante et en propose une nouvelle. Il étudie ensuite les causes de ces troubles fonctionnels et expose le traitement. Comme on devait s'y attendre, ce dernier chapitre présente un tableau complet et très-pratique.

Le livre de Murchison est, en résumé, un livre précieux pour le praticien.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira, dans cette ville, le mardi 4 février 1879.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices avant le 20 janvier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des Dyspepsies, thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de médecine), par le docteur F. Raymond, ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris. In-8° de 280 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, 1878, Octave Doin.

Les Terminaisons des nerfs dans la peau, par le docteur Louis Couty, ex-interne de l'hôpital de Limoges, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. (Thèse de concours pour l'agrégation.) 1 vol. in-8° de 175 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, 1878, G. Masson.

Étude clinique sur les anesthésies et hyperesthésies d'origine mésocéphalique, par le docteur L. Couty, médecin aide-major. In-8° de 76 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, 1878, G. Masson.

Contribution à l'étude du phlegmon sous-péritonéal et de la péritonite idiopathique suppurée, par le docteur Jules Besnier. In-8° de 32 pages. — Paris, 1878, P. Asselin.

Études cliniques et anatomo-pathologiques, par le docteur J. Grasset, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. In-8° de 52 pages avec une planche lithographiée. — Montpellier, 1878, Camille Coulet.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 116. — SAMEDI 5 OCTOBRE 1878. [51e ANNÉE. SAMEDI 5 OCTOBRE 1878. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La migraine ophthalmique.

Tous les auteurs qui ont fait des études sur la migraine ont signalé l'existence de phénomènes oculaires accompagnant cette névrose, mais ils ne les ont considérés que comme un temps ou une complication des accès. M. Piorry, qui a tant insisté, comme on le sait, sur l'irisalgie, n'en fait en réalité qu'un trouble sensoriel prodromique de la migraine. La plupart des autres troubles de la vision qui ont été signalés dans la migraine, tels que l'hémiopie périodique, l'amblyopie, le scotome scintillant dont nous avons reproduit dans le temps la description si précise faite par M. Dianoux, ont été considérés ou comme des maladies oculaires à part, ou comme des accidents de la migraine. En présence des interprétations diverses données à ces faits, M. Galezowski s'est demandé s'il n'existait pas, à côté de la forme commune de la migraine vulgaire, des cas dans lesquels les malades n'accusent point de phénomènes généraux de la migraine, mais où la migraine elle-même se présente uniquement sous la forme de troubles visuels bizarres et variés, qui la constitueraient à eux seuls en l'absence de tout autre phénomène caractéristique ordinaire. Plusieurs faits observés par M. Galezowski l'ont convaincu qu'il existe des troubles oculaires, d'une gravité apparente souvent très-grande, mais en réalité de nature purement nerveuse, tantôt accompagnant les symptômes communs de la migraine, tantôt constituant à eux seuls tout l'accès, lequel a l'invasion brusque et la durée éphémère d'un accès de migraine ordinaire. Tels sont, entre autres, le fait d'une amblyopie d'apparence grave survenue tout à coup à la suite d'une violente commotion et d'une attaque nerveuse convulsive des plus violentes, chez une femme sujette à de fréquents retours de migraine, et qui a cédé d'elle-même au bout de quelques jours. Tel est celui d'un jeune homme, sujet à des accès de migraine très-intenses et très-fréquents, et qui, n'en ayant pas eu durant plusieurs mois, éprouvait depuis cette époque des troubles visuels amblyopiques, tantôt dans les deux yeux, tantôt dans un seul, d'une durée de vingt à trente minutes chaque fois, et revenant environ de deux à six fois par semaine.

Mais, si ces faits-là sont concluants par leur simplicité même, l'accès de trouble visuel se substituant, en quelque sorte, avec les mêmes caractères de courte durée et de périodicité qui en révèlent suffisamment la nature névrosique, à des accès de migraine antécédents, il se présente telles circonstances où le diagnostic devient d'une très-grande difficulté : comme, par exemple, lorsque les troubles visuels surviennent chez des sujets déjà atteints de glaucome, de choroïdite atrophique ou de toute autre affection organique, cas où la pensée d'une affection ou d'un trouble sympathique se présente tout d'abord naturellement à l'esprit; ou, lorsqu'ils sont accompagnés ou compliqués de phénomènes hystériques ou d'attaques épileptoïdes, ainsi que M. Galezowski en rapporte quelques cas. Ce n'est alors que par une analyse délicate des symptômes de chacune des deux affections et par une connaissance exacte des antécédents des malades, que l'on peut arriver à asseoir un diagnostic, sinon certain, du moins probable. On comprend assez l'importance de ce diagnostic, quand il s'agit notamment d'un sujet dont un œil a été réduit à un moignon ou est atteint d'un staphylome général, sachant que dans ce cas les symptômes sympathiques ne céderont qu'après qu'on aura pratiqué l'énucléation, tandis que, s'ils appartiennent à la classe des migraines, toute idée d'énucléation doit être écartée comme inutile.

M. Galezowski, groupant les faits de ce genre que le vaste champ d'observation où il exerce lui a permis de recueillir en assez grand nombre, en a conclu à l'existence d'une forme spéciale de migraine à laquelle il propose de donner le nom de migraine de l'œil ou migraine ophthalmique.

Voici les traits principaux qu'il a assignés aux différentes formes de la migraine ophthalmique qu'il a constatées. Il en a reconnu, jusqu'à présent, quatre variétés : l'hémiopie périodique, le scotome scintillant, l'amaurose migraineuse et la photophobie. Sur 76 cas relevés, 41 appartenaient au sexe féminin, et 35 au sexe masculin. Elle s'est montrée le plus souvent chez des personnes ayant souffert, pendant quelques années déjà, de migraine ordinaire. Les femmes nerveuses, hystériques, en sont atteintes plus fréquemment que d'autres.

La migraine ophthalmique, précédée parfois d'un violent mal de tête, survient plus souvent d'emblée et dans un seul œil, sans aucun signe précurseur ; elle est alors suivie de douleurs de tête, de nausées, et de tous les autres caractères de la migraine commune. Le trouble de la vision est caractérisé par un brouillard vague, qui sera bientôt suivi soit d'un scotome central, soit d'une diminution de la vision par moitié ou hémiopie.

Il y a des cas dans lesquels la maladie se complique après une ou plusieurs crises ordinaires, d'une cécité subite accompagnée de phénomènes scintillants, de douleurs de tête, de nausées, mais qui se dissipe aussi facilement et aussi complètement que les autres variétés.

La migraine ophthalmique est très-souvent accompagnée de douleurs semblables à celles de la migraine commune, mais qui ne se font sentir qu'après la disparition des troubles visuels.

Aux phénomènes oculaires de la migraine ophthalmique il faut ajouter tous ceux qui sont propres à la migraine ordinaire, tels que le vertige, l'aphasie ou amnésie passagère, nausées, vomissements, dyspepsie, etc.

Pour M. Galezowski, la migraine ophthalmique est une névrose d'une des portions de la 5me paire, qui fournit des filets nerveux vaso-moteurs, soit aux organes centraux visuels tels que les tubercules quadrijumeaux, les corps genouillés et les chiasmas, soit à ses parties périphériques, telles que les nerfs optiques et la rétine. L'irritation de ces filets vaso-moteurs, comme de toutes les autres branches de la 5me paire, sera le plus habituellement douloureuse, ce qui a lieu dans la migraine. Elle pourra ne se localiser que dans les portions centrales visuelles, et donner lieu aux phénomènes d'hémiopie; ou bien on verra apparaître un scotome scintillant, caractérisé par des éclairs en zigzags sous forme dentelée, ou de polygone circulaire rappelant les angles des enceintes fortifiées. C'est par une irritation des filets vaso-moteurs dans la rétine qu'on peut s'expliquer ces derniers phénomènes. D'autre part on s'explique facilement le larmoiement et la photophobie qu'on observe si souvent dans la migraine ophthalmique, par la propagation de l'irritation aux nerfs de la glande lacrymale et aux nerfs ciliaires.

Les moyens de traitement de la migraine ophthalmique sont les mêmes que ceux de la migraine commune : en agissant surtout sur l'appareil digestif par de légers purgatifs salins, administrés pendant plusieurs jours consécutivement, tous les mois, M. Galezowski est parvenu, au bout de six ou huit mois, à faire cesser tous les accidents de la migraine, ainsi que les troubles visuels qui en résultent. Le bromure de camphre et le bromhydrate de quinine lui ont paru avoir une action très-efficace sur les crises nerveuses oculaires.

La clinique d'accouchements pendant les vacances.

Pendant le mois de septembre, M. Chantreuil, chargé, en qualité d'agrégé, de suppléer M. le professeur Depaul, a utilisé ses visites au profit de l'enseignement d'un groupe d'élèves, en faisant quelques interrogations et instructions cliniques au lit des nouvelles accouchées, les mardis, jeudis et samedis, et des conférences à l'amphithéâtre le jeudi.

Ses conférences ont eu pour sujet l'exposition des progrès récents de l'obstétrique. Parmi ces progrès, il a insisté surtout sur des recherches déjà un peu anciennes, mais rajeunies et poursuivies dans ces derniers temps avec une grande et fructueuse activité, sur le palper abdominal et ses applications au diagnostic des présentations et des positions fœtales et à la détermination de leurs mutations. Un exemple frappant de ces mutations spontanées est présenté notamment en ce moment par une femme du service chez qui on a constaté par la palpation deux transformations spontanées opérées en deux jours : l'une de présentation du siège en présentation de la tête, à la faveur d'une révolution effectuée autour de l'axe transversal; la seconde d'une première position de la tête en deuxième, à la faveur d'une révolution autour de l'axe longitudinal.

Ces faits sont trop importants pour être exposés et analysés ici incidemment. Ils méritent une exposition méthodique et réfléchie, qu'une publication récente nous mettra prochainement à même de faire avec tous les éléments cliniques et les commentaires historiques nécessaires.

Le service n'offrant d'ailleurs en ce moment que très-peu de cas intéressants, grâce, il faut le dire, heureusement, à l'état sanitaire parfait des salles de la clinique, nous ne nous arrêterons pour l'instant que sur le seul fait suivant, que M. Chantreuil a signalé à notre attention ainsi qu'à celle de ses élèves, et qui mérite, en effet, qu'on le signale comme un cas exceptionnellement heureux; il s'agit d'un cas de rétention du placenta.

Rétention du placenta.

Quand le placenta est retenu dans la matrice, après l'accouchement, soit par enchatonnement, c'est-à-dire par le fait de la contraction inopportune des faisceaux musculaires situés au-dessous de lui, au niveau de l'orifice cervico-utérin, soit par une adhérence morbide dépendant d'une altération de la muqueuse ou d'une altération spéciale du placenta lui-même, on sait à quels accidents graves, et souvent même mortels, on doit s'attendre par suite de la putréfaction du tissu placentaire dans la cavité utérine. Il suffirait de rappeler les faits consignés dans le compte-rendu des leçons cliniques faites sur ce sujet en 1874 par M. Guéniot, et publiées dans les numéros des 29 octobre et 8 novembre de cette même année. Dans le cas que nous allons rapporter, ces accidents graves de putridité ont été heureusement conjurés. Voici le fait :

Une femme âgée de vingt-sept ans, ayant déjà eu huit grossesses, dont deux gemmellaires, toutes régulières d'ailleurs, est entrée à la Clinique le 15 août, enceinte à terme de son neuvième enfant.

Le 18, après onze heures et demie de travail, elle est accouchée à deux heures et demie du matin. Le délivre ne s'est point présenté, et, malgré des essais répétés et renouvelés au bout d'une heure, il a été impossible d'opérer la délivrance. La femme ayant été rapportée dans son lit, le chef de clinique, appelé, tenta, mais vainement, l'extirpation forcée. Il fut impossible de faire pénétrer la main dans l'utérus, qui était violemment rétracté sur le placenta.

Le lendemain, à la visite, M. Depaul, après avoir essayé l'arrachement par lambeaux à l'aide d'une curette et de pinces, fit, sans plus de succès, de nouvelles tentatives manuelles. On sentait alors le fond de l'utérus un peu au-dessous de l'ombilic. Par le toucher, on avait la sensation d'un corps flottant à l'orifice du col. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Le lendemain, le lambeau sphacélé que l'on avait senti la veille s'était détaché et avait disparu. On prescrivit des injections vaginales de permanganate de potasse et la potion de Tood.

Les jours suivants, la malade eut de grands frissons se répétant de cinq à six fois dans les vingt-quatre heures; la peau était brûlante, la température oscillait entre 40 et 41°; le pouls était dur et fréquent (de 125 à 130); langue sèche, fuligineuse; soif vive, pas de nausées ni de vomissements; constipation pendant les premiers jours, suivie ensuite de diarrhée abondante.

En l'espace de quelques jours l'amaigrissement avait fait des progrès considérables ; la face était pâle, jaunâtre ; le corps était couvert de sueurs; la malade était dans un état de prostration et d'abattement complet. On sentait l'utérus

très-dur et indolore à un travers de main au-dessous de l'ombilic; le ventre, très-souple, n'était le siége d'aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée par la pression; écoulement vaginal fétide.

Le 3 septembre, M. Chantreuil, alors chargé du service, prescrivit le sulfate de quinine à la dose de 0,70 centigr., et des injections intra-utérines.

Le 4, persistance des frissons, de la diarrhée; l'écoulement vaginal avait déjà beaucoup perdu de sa fétidité. On constate un œdème assez prononcé des membres inférieurs et une légère infiltration générale de tout le corps.

Du 5 au 8, les frissons cessent, les phénomènes de prostration diminuent sensiblement, la malade demande à manger. Les injections entraînent encore quelques débris très-ténus de placenta, presque à l'état pulvérulent.

A dater du 10, l'état général va notablement en s'améliorant; l'utérus diminue de volume; l'œdème des jambes va décroissant. On donne à manger à la malade.

Le 18, l'utérus ne dépasse plus le pubis que de deux à trois travers de doigt; l'écoulement vaginal est tari. Persistance de la diarrhée.

Le 30, tous les phénomènes morbides ont disparu. On garde encore la malade dans le service par mesure de précaution.

Dr Brochin.

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL

LEUR INFLUENCE SUR L'AUDITION, LA RESPIRATION ET LA PHONATION LEUR TRAITEMENT (1)

Par le docteur Lœwenberg.

C) *Traitement des affections concomitantes et consécutives.*

1) *Traitement des affections pharyngo-nasales.* — Les lignes suivantes n'ont pas la prétention de contenir une énumération de tous les genres de médication destinés à combattre les affections désignées ci-dessus; on en trouvera d'ailleurs facilement l'exposé dans les ouvrages spéciaux. Nous ne voulons communiquer ici que les procédés qu'une longue expérience personnelle nous a fait apprécier comme utiles dans le traitement des affections concomitantes des tumeurs adénoïdes du pharynx.

Nous avons vu qu'une inflammation chronique du revêtement interne du pharynx et des cavités attenantes coexiste dans un très-grand nombre de cas avec les tumeurs adénoïdes des arrière-cavités des fosses nasales : nous avons toujours trouvé une pharyngite et très-souvent une rhinite.

Il est de toute nécessité d'agir contre ces différents groupes de désordres, indépendamment des mesures à prendre à l'égard des tumeurs adénoïdes elles-mêmes; voici comment nous avons l'habitude de procéder en présence de ces indications multiples.

Pour ce qui est *du nez et du pharynx naso-buccal*, nous employons l'*alun*, astringent excellent, en gargarisme et en douche naso-pharyngienne.

Le gargarisme se pratique d'après le procédé exposé plus haut et avec une solution d'alun à la température ambiante.

L'injection naso-pharyngienne nécessite des précautions spéciales fort importantes pour la réussite de cet excellent procédé. Il faut éviter l'emploi de l'eau simple sans addition d'aucun sel; on se servira d'eau contenant de 1 à 3 pour 100 de chlorure de sodium pour les injections purement détersives. On ajoutera du sel également aux solutions astringentes, car, sans le sel marin, l'eau est très-mal supportée par la pituitaire, probablement à cause d'un processus osmotique trop violent, tandis que le sel de table, qui possède un pouvoir osmotique très-faible et dont la présence restreint encore celui de certains autres sels, prévient l'échange exagéré et par conséquent irritant qui aurait lieu entre le liquide injecté et les éléments de la membrane de Schneider (1).

L'alun s'emploie pour la douche naso-pharyngienne à la dose de 1 à 3 pour 100.

Tout liquide employé d'après cette médication doit être tiède pour que la muqueuse nasale le supporte bien.

La solution astringente peut s'employer également en *pulvérisation*, mais alors il manque à son action l'impulsion détersive énergique qui est indispensable pour entraîner au dehors les produits sécrétés, souvent tellement abondants, compactes et adhérents que, sans l'aide de la douche de Weber, tous les efforts du malade ne parviendraient pas à les expulser.

Si l'alun ou d'autres astringents, comme le tannin par exemple, ne suffisent pas pour la guérison complète, on pourra renforcer leur action par des cautérisations localisées; il faudra y recourir là où il existe des granulations pharyngiennes ou de véritables bourrelets de la pituitaire comme nous l'avons souvent observé.

2) *Mesures à prendre contre la respiration buccale et ses conséquences.* — Il tombe sous le sens qu'on ne saurait songer à rétablir la respiration par le nez qu'après avoir enlevé toute tumeur adénoïde qui en entraverait le fonctionnement régulier. Mais cette intervention chirurgicale, nous l'avons déjà vu, ne suffit pas dans la majorité des cas; même après avoir guéri un état pathologique des fosses nasales qui empêcherait encore la perméabilité de ces voies, l'habitude des jeunes sujets de respirer par la bouche reste souvent profondément enracinée. D'autre part, le rétablissement d'un ordre de choses naturel est d'autant plus à désirer que le seul fait du passage régulier de l'air par le nez devra, à son tour, contribuer puissamment à rendre à l'intérieur des fosses nasales son état physiologique.

Que doit-on faire en ce cas? Une fois le passage suffisamment dégagé, nous commençons par conseiller à l'entourage de l'enfant de combattre son habitude ancienne en lui rappelant sans cesse de fermer la bouche; tant mieux si cette surveillance lui paraît fâcheuse, il pensera alors de lui-même à la rendre superflue en s'appliquant spontanément à respirer par le nez.

Procédant plus énergiquement, M. Guye, d'Amsterdam (2), propose de fermer tout simplement la bouche à l'enfant au moyen d'un appareil imité du « respirateur » des Anglais, mais différant de celui-ci en ce que le « contre-respirateur » de notre confrère hollandais est complètement imperméable à l'air.

Mais, pour que cette muselière d'un nouveau genre contre le passage de l'air soit efficace, il faut qu'on l'applique avec une rigueur d'autant plus mal supportée par les petits malades qu'elle les empêche en même temps de parler. Puis, il peut arriver, dans ces cas, que le nez, surtout tant que sa muqueuse n'est pas encore entièrement revenue à l'état normal, se bouche passagèrement, et comment respirera alors l'enfant auquel on a défendu sévèrement d'ôter l'appareil? Et comment expulsera-t-il les produits généralement abondants de la sécrétion pharyngienne ou même salivaire? Questions d'autant plus importantes qu'à moins de perdre un temps utile, il faut commencer ces soins supplémentaires dès qu'il y a la moindre possibilité de pouvoir respirer par le nez.

Nous avons imaginé un moyen plus doux qui nous a déjà rendu des services dans quelques cas. C'est l'usage d'une simple *mentonnière*, mais dont nous remplaçons le bout qui passe autour du cuir chevelu par deux bandes faisant entre elles un angle à peu près droit, de manière à mieux étreindre la tête. Cette mentonnière applique, l'une contre l'autre, les deux mâchoires et les deux arcades dentaires, s'opposant ainsi à la respiration par la bouche. Dans les cas où elle laisserait encore subsister une petite ouverture, ce ne saurait être que par suite d'interstices existant entre les dents de la même rangée, ou bien en arrière des dernières molaires sorties; mais, outre que ces espaces sont insuffisants pour servir à une res-

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 septembre.

(1) Graham, dans *Philosophical Transactions*, 1856, part. I, *on the diffusion of liquids*.

(2) Congrès international des sciences médicales; Bruxelles, 1875.

piration régulière prolongée, leur utilisation serait d'autant plus gênante qu'il faudrait tenir tout le temps écartées les lèvres que la mentonnière tend justement à réunir en pressant la mâchoire inférieure contre les os maxillaires supérieurs. Mais cette manière de respirer pourrait encore être utilisée momentanément si le nez venait à se boucher d'une façon passagère. Ce système a, de plus, l'avantage de permettre de parler, sinon bien, du moins d'une façon suffisante pour ce qui serait absolument indispensable. Nous proposons donc son emploi et prions nos confrères de l'essayer dans des cas appropriés, d'autant plus que, notre modeste invention étant de date récente, il serait nécessaire, avant d'en généraliser l'usage, de l'expérimenter plus que nous n'avons pu le faire jusqu'ici. Il serait important, par exemple, d'en étudier l'action dans les rapports différents des mâchoires et des arcades dentaires entre elles et dans les conformations si variables des dents. Tout ce que nous avons pu voir jusqu'ici nous semble prouver que notre procédé pourra forcer avec douceur l'enfant à respirer par le nez sans lui imposer une contrainte au-dessus de son âge.

Là où le *ronflement* ne disparaîtrait pas spontanément, une fois que les voies pharyngo-nasales auront recouvré leur perméabilité normale, la mentonnière serait encore indiquée, mais, bien entendu, *pendant la nuit seulement.*

La prononciation vicieuse doit être combattue par la lecture à haute voix, gymnastique très-utile en même temps pour toute l'étendue du tractus respiratoire, en ce qu'elle active et régularise le mécanisme de la respiration.

Quant à *la déformation thoracique*, on tentera une gymnastique rationnelle, instituée par les soins d'un médecin spécialement familiarisé avec l'orthopédie et ses bases anatomo-physiologiques; plus elle sera mise en usage de bonne heure, plus seront grandes les chances d'une heureuse réussite. L'électricité pourra contribuer avantageusement au traitement de la difformité.

3) *Thérapeutique des affections de l'oreille. — Les affections de l'oreille* provoquées par des tumeurs adénoïdes du pharynx nécessitent des soins différents, selon leur nature et leur intensité : deux groupes sont à distinguer rigoureusement, le simple catarrhe et l'otite purulente (on trouvera des spécimens de ces deux groupes dans les observations relatées dans ce mémoire). Pour tous les deux, l'ablation préalable des végétations est la condition essentielle de tout traitement efficace. Ensuite, chaque groupe réclame des soins spéciaux que nous allons exposer brièvement; disons tout de suite qu'il faut agir aussitôt que possible.

a) *Traitement de l'inflammation catarrhale de l'oreille moyenne.* — Le cas le plus fréquent des troubles auriculaires surgissant dans le cours d'une affection adénoïde est celui d'une simple inflammation chronique à caractère catarrhal. Nous conseillons de la combattre de la manière suivante : On fera, au moyen du cathéter, des insufflations d'air dans la trompe d'Eustache et la caisse du tympan; on prolongera l'effet bienfaisant de la douche aérienne en substituant, à l'air atmosphérique ordinaire, de l'hydrogène ou bien de l'air ayant été inspiré et expiré alternativement quatre à cinq fois de suite, d'après les procédés proposés par nous (1) dans notre mémoire intitulé : *De l'échange des gaz*, etc.

On peut également insuffler de l'air ou d'autres gaz, et même des vapeurs dans l'oreille moyenne, au moyen du *procédé inventé par M. Politzer* (de Vienne). La méthode de notre confrère autrichien se pratique de la façon suivante : On introduit dans une narine un tube (voir notre modification, page 788) communiquant avec un ballon en caoutchouc, et on ferme hermétiquement toute communication entre l'intérieur des cavités nasales et l'air ambiant en pinçant le nez du malade. Le bord du tube ne doit pénétrer dans la narine qu'à la profondeur d'un centimètre au plus. On comprime alors le ballon et l'on injecte ainsi son contenu gazeux en faisant exécuter en même temps au malade un mouvement de *déglutition.* Celle-ci facilite l'opération de deux manières : 1) elle fait relever le voile du palais et ferme ainsi le pharynx en bas du côté du pharynx buccal; 2) elle diminue la résistance que présente le passage tubaire et rend plus facile l'accès à la caisse du tympan.

(1) Loc. cit.

Dans un immense nombre de cas, cet excellent procédé peut remplacer le cathétérisme, opération dont l'exécution est naturellement plus gênante pour le malade; mais la méthode de M. Politzer est surtout indispensable quand il s'agit de petits enfants où le sondage n'est pas possible.

Dans ces dernières années, on a proposé quelques modifications de ce procédé, consistant toutes à effectuer l'élévation du voile du palais par *la prononciation de certaines lettres* plutôt que par l'acte de la déglutition. Mais on ne doit pas oublier que ces modifications n'impliquent pas, comme la déglutition, le dégagement du passage tubaire, circonstance non moins importante pour la réussite de l'opération que l'élévation du voile du palais.

Nous employons cependant le procédé qui consiste à faire prononcer un *a* prolongé, lorsque nous avons à soigner de petits enfants. Ici il est, en effet, plus facile de pratiquer l'insufflation pendant l'émission de cette voyelle que de saisir le moment de la déglutition, les enfants se prêtant peu à avaler juste au moment où on le leur demande.

C'est pour une raison analogue que nous rejetons l'emploi d'un autre procédé qui consiste à dire « hack » ou « huck »; on peut soutenir une voyelle pendant très-longtemps et tenir ainsi le voile du palais élevé durant un laps de temps suffisant pour que l'opérateur puisse choisir le moment d'agir, tandis que la prononciation de la consonne K ne dure qu'un instant et qu'il faut arriver juste dans cet instant sous peine de manquer l'opération.

Il suffit, d'ailleurs, très-souvent, chez de petits enfants, d'introduire le bout du ballon dans l'entrée d'une narine, de pincer le nez et de souffler fortement pour faire entrer l'air dans la caisse du tympan, la simple pression étant généralement assez efficace, à cette époque de la vie, pour vaincre la résistance dans la trompe d'Eustache.

Dans certains cas très-rares enfin, on réussit plus facilement, même chez les adultes, à pratiquer l'opération en leur faisant prononcer quelques mots qu'en ordonnant la déglutition. Les causes de cette particularité nous sont encore inconnues.

Nous donnerons, pour terminer l'exposé de cette méthode, un conseil pratique qu'une longue expérience nous a suggéré : il est souvent difficile, même chez les adultes, de pratiquer l'insufflation juste au moment où la trompe d'Eustache devient béante pendant la déglutition. Nous recommandons d'inspecter, dans ces cas, le cou du malade et de comprimer le ballon au moment où l'on voit le larynx exécuter un mouvement ascensionnel. C'est de cette façon qu'on réussira le plus sûrement.

Dans les cas où les insufflations d'air ne donnent pas un résultat satisfaisant, on injectera par la sonde des liquides astringents, par exemple le sulfate de zinc (1 à 2 grammes dans 100 grammes d'eau distillée). En cas de très- grande tuméfaction de la muqueuse tubaire, l'usage d'une bougie en baleine sera souvent nécessaire ; mais l'instrument ne pourra être confié qu'à des mains très-exercées, ni employé sans le contrôle incessant de l'otoscope (tube élastique qui met en communication acoustique l'oreille du chirurgien avec celle du malade), voire même du rhinoscope dans des cas très-difficiles. La preuve que ces précautions ne sont pas exagérées; c'est que la moindre imprudence dans le maniement de cet instrument peut, en effet, produire de fausses routes dans les tissus pharyngiens ou tubaires, et que, si l'on persiste alors à vouloir pratiquer l'insufflation, on produira un emphysème qui peut envahir le pharynx, le voile du palais, la luette, la figure et le cou, et descendre jusqu'au sternum, au bras et même entre les épaules (ce qui est arrivé à M. Voltolini (1) et à M. Guye (2) d'Amsterdam, ainsi qu'ils le racontent d'ailleurs eux-mêmes avec une louable sincérité). D'après Triquet (3), cet emphysème peut même envahir le pharynx et étouffer le malade.

(1) *Arch. f. Ohr.*, IX, p. 124 et 125.
(2) *Ibid.* II, p. 21 et suiv.
(3) *Leçons cliniques sur les maladies de l'oreille*, 1863, p. 150.

b) *Traitement de l'otite moyenne purulente.* — Cette forme d'otite accompagne l'affection adénoïde plus rarement que ne le fait le simple catarrhe. Voici comment nous conseillons de la traiter : Si le tympan résiste à la pression de dedans en dehors du liquide accumulé dans la caisse, et qu'il soit impossible de frayer au pus une issue naturelle en désobstruant la trompe d'Eustache, il faudra percer sans délai cette cloison membraneuse pour soustraire les parois de la caisse à une pression extrêmement douloureuse au malade. C'est ici le cas principal de pratiquer utilement la myringotomie dont on a fait (et fait encore) un abus si coupable.

Une fois le stade aigu passé, et le tympan restant perforé, soit qu'on l'ait percé artificiellement, soit que la pression interne l'ait rompu, on se servira du cathéter ou du procédé de Politzer comme pour le groupe a). En même temps, on agira sur le conduit auditif et la caisse du tympan au moyen d'injections d'eau tiède journalières, suivies d'instillations astringentes. Depuis l'année 1868, nous nous servons de l'*alcool absolu* contenant, ou non, du tannin en dissolution. Nous l'employons, additionné d'abord de quatre ou cinq fois son volume d'eau ; petit à petit, nous en augmentons la concentration, et nous arrivons, chez beaucoup de malades, à instiller finalement de l'alcool absolu (l'alcool dit « absolu » des pharmaciens contient encore de 2 à 5 p. 0/0 d'eau, ce qui n'a pas d'importance).

Dans un certain nombre de cas, l'insufflation de la poudre *d'alun* nous a donné également des résultats très-satisfaisants.

Nous saisissons l'occasion de faire remarquer en passant deux faits dont la connaissance devrait être répandue aussi généralement que possible, contrairement à ce que nous voyons tous les jours :

1) Un écoulement un peu prolongé de l'oreille provient, 99 fois sur 100, non pas du conduit auditif, mais bien de la caisse du tympan, et est compliqué, naturellement, *d'une perforation de la membrane du tympan,* état pathologique qu'il faut combattre sans délai.

2) Contrairement à l'opinion presque générale, les perforations du tympan d'origine récente guérissent, pour ainsi dire, toujours sous le traitement le plus simple, pourvu qu'il soit appliqué à temps ; de plus, il est très-souvent possible d'amener à une cicatrisation complète même des perforations déjà anciennes, et de tarir, en même temps, l'écoulement qui accompagne ces perforations 9 fois sur 10, cure extrêmement profitable au malade, cela va sans dire.

Si nous avons consacré à cette étude sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal tant d'attention, et si nous l'avons publiée avec tant de détails, c'est que le nombre considérable des observations recueillies par nous nous autorise à admettre une très-grande fréquence de l'affection en général. En effet, beaucoup de nos confrères, auxquels nous avons communiqué le résultat de nos études, ont été frappés de l'ensemble pathologique que nous attribuons à la présence des tumeurs adénoïdes, et que chacun se souvient d'avoir rencontré fréquemment parmi les jeunes gens de sa clientèle.

Nous osons donc espérer que cette communication ne sera pas sans profit pour ceux de nos confrères qui ne sont pas encore familiarisés avec l'affection dont nous nous sommes occupé ici, affection funeste en ses effets, et que, pourtant, un traitement établi sur les bases que nous venons de poser combattra avec le meilleur succès.

REVUE DE LA PRESSE.

Contribution à l'étude de la dénudation des nerfs. — Depuis quelques années, on a étudié en France, avec un grand soin, les lésions traumatiques des nerfs et leurs suites, comme le prouvent une foule de mémoires des plus intéressants, et en particulier les thèses de Larue, de Belleau, de Couyba (1871), de Filhol, de Cunin, de Parades (1873). Cependant, jusqu'ici, on ne s'est pas encore demandé quels pourraient être les effets de la dénudation sur une certaine étendue des gros troncs nerveux. M. le docteur Nepveu se pose cette question *à priori,* et cherche à la résoudre par l'examen de faits tirés de la pratique de M. Verneuil.

La première observation concerne une femme, âgée de soixante ans, qui subit, en 1873, l'extirpation d'une tumeur parotidienne. L'année suivante, sans cause connue, elle vit apparaître, à la partie supérieure de la région parotidienne, une petite tumeur sous-cutanée mobile, indolente, qui pendant quatre ans resta stationnaire, puis grossit peu à peu, sans provoquer, du reste, le moindre trouble local ni général.

Cette tumeur était un enchondrome à forme molle; elle fut enlevée avec le bistouri. Elle était bilobée, présentant un sillon profond entre chaque lobe; dans ce sillon, on reconnaît le nerf facial qui a produit l'étranglement de la tumeur. Le nerf facial, complètement disséqué dans l'étendue de trois centimètres au moins, était relâché, et flottant dans le fond de cette vaste plaie. Cependant, sauf quelques contractions fibrillaires, on n'observa pas de troubles dans l'innervation des muscles de la face. La plaie fut pansée avec des boulettes de charpie imbibées d'eau alcoolisée, et quatre jours se passèrent sans accidents.

Le quatrième jour après l'opération, dans la nuit, la malade fut prise tout à coup de douleurs névralgiques très-vives, partant de la plaie, et irradiant dans tout le côté correspondant de la face, sans envahir ni l'oreille ni le cou. Le lendemain, mêmes accidents traités par le sulfate de quinine. Quatre jours après, tout avait cessé, et la cicatrisation se termina sans encombre. La névralgie n'a jamais reparu.

Dans une deuxième observation, nous trouvons l'histoire d'une femme, âgée de quarante-trois ans, qui avait vu se développer dans le creux poplité une tumeur très-allongée, ayant le volume du poing d'un adulte, et s'étendant obliquement de la ligne médiane du creux poplité, en haut, jusqu'au niveau du point où les tendons de la patte d'oie atteignent le tibia. On diagnostique un fibrome de la bouche terminale externe, et on décide l'énucléation. La dénudation du nerf qui traversait toute la tumeur fut faite sur une longueur de douze centimètres; le névrilème était intact; le nerf n'était nulle part envahi par le tissu néoplasique, et paraissait entièrement sain dans l'étroit canal qu'il parcourait.

Pendant la nuit qui suivit l'opération, la malade ressentit quelques tressaillements, quelques crispations dans la jambe et dans le pied. Des douleurs sourdes avec engourdissement s'étendent ensuite jusque sur la cheville et la face dorsale des orteils, et notamment du gros orteil. Le nerf se couvre de bourgeons, la cicatrisation se fait, les fils à ligature tombent, et la malade rentre à la campagne. Cependant la plaie présente, à plusieurs reprises, des plaques diphthéritiques qui empêchent la cicatrisation totale. Puis la malade ressent de nouveau quelques élancements sourds dans la portion du mollet qui est restée insensible, tandis que la sensibilité sur le dos du pied est complètement revenue à l'état normal. Enfin les ongles des orteils de ce côté se sont arrêtés dans leur développement; ils sont devenus jaunes et se sont épaissis; ils ont repris dans la suite leur accroissement régulier.

L'insensibilité profonde qui s'est manifestée immédiatement après l'opération, dans la partie externe du mollet et de la jambe, et jusque sur le dos du pied, est due très-vraisemblablement à la section, pendant l'opération, de la branche cutanée péronière et du saphène péronier, tandis que le musclo-cutané et le tibial antérieur sont restés sains en grande partie: la sensation de fourmillement sur le dos du pied pouvant s'expliquer par une légère rétraction de la cicatrice du creux poplité qui englobe le tronc nerveux.

Quant à l'état anatomique du nerf dénudé, il ne paraît pas douteux que quelques tubes nerveux n'aient subi une désintégration de leur myéline et une destruction de leur cylindre-axe.

En résumé, d'après ces deux faits, M. Nepveu conclut que la dénudation même étendue des nerfs n'entraîne pas à sa suite de troubles prolongés de la fonction musculaire, ni d'anesthésie cutanée persistante. Les troubles trophiques qui peuvent la suivre sont sans importance. Enfin elle ne laisse à sa suite (nous en pouvons juger dix mois après la lésion) aucune névralgie, aucune contracture. La régénération des tubes nerveux primitivement compromis pourrait expliquer la réintégration complète des fonctions.

Au point de vue chirurgical, tout semble donc recommander cette pratique dans les grandes opérations; mais l'étendue de la

dénudation sur de gros troncs nerveux ne peut guère dépasser douze centimètres; sur un tronc grêle comme celui du facial, 4 à 6 centimètres au plus, c'est tout ce qui semble permis. La vascularisation normale ou pathologique de certains troncs nerveux peut permettre à l'opérateur de juger plus exactement ce point de pratique.

Si donc la dénudation ne semble devoir être appliquée à certains nerfs, pneumogastrique et grand sympathique par exemple, qu'avec une certaine réserve, on peut la faire entrer, après de si beaux succès, dans la pratique chirurgicale, lors de l'extirpation de tumeurs bénignes telles que fibrome ou chondrome. (*Gaz. hebdom.*)

La désarticulation coxo-fémorale, par Lüning, de Zurich.— Le docteur Lüning a réuni 497 observations de désarticulation de la hanche, pour lesquelles la mortalité s'est élevée à 70 pour 100; dans ces dernières années, elle s'est un peu améliorée. Elle est la plus forte pour les opérations pratiquées pour blessures par armes à feu (88 p. 100); pas sensiblement meilleure dans les opérations pratiquées pour des traumatismes ordinaires (71 p. 100); plus favorable pour les opérations pratiquées pour lésions pathologiques (42 p. 100); enfin elle est la plus faible dans les cas de réamputation (40 p. 100); elle est encore faible dans les désarticulations pratiquées sur des membres ayant subi antérieurement des résections (50 p. 100).

Sur 239 opérations à issue malheureuse et où la date de la mort est exactement connue, M. Lüning a noté que dans 5 p. 100 ou le 1/20 des cas, l'opéré a succombé pendant la désarticulation; dans 12 1/2 p. 100 ou 1/8 des cas, la mort a eu lieu dans les cinq heures qui suivirent l'opération; dans 46 p. 100 ou près de la moitié des cas, elle eut lieu dans la première journée; dans 57 p. 100 des cas, dans les quarante-huit heures; enfin, dans 70 p. 100 des cas, avant le cinquième jour.

L'influence des hémorrhagies consécutives, dit Lüning, des complications, du shock, de l'intoxication chloroformique, sur la mortalité dans les cinq premiers jours après l'opération, est indiscutable; mais la gravité provient surtout de l'état anémique aigu ou chronique concomitant, et il conclut, comme M. Verneuil à l'Académie de médecine, que la plupart des opérés de désarticulation coxo-fémorale qui meurent dans les cinq premiers jours (environ les 70 p. 100 des cas suivis de mort), succombent par l'hémorrhagie. Le chirurgien doit donc, avant tout, regarder à *l'économie du sang*, et, dans ce but, Rose, de Zurich, propose un nouveau procédé opératoire, dans lequel il opère comme s'il s'agissait d'extirper une tumeur de la cavité cotyloïde, disséquant et isolant les vaisseaux, et ne les coupant qu'entre deux ligatures. (*Revue méd. de l'Est.*)

Concrétions intestinales membraniformes. — M. le docteur Garcin a communiqué à la Société de médecine de Marseille l'observation d'un malade de M. Fabre, qui avait rendu dans un effort de vomissement une sorte de corps à formes si bizarres que ce malade avait cru rendre un véritable crabe.

C'est qu'en effet ce monstre, ce parasite se composait d'une masse centrale autour de laquelle flottaient une multitude de filaments simulant assez bien les tentacules de ce crustacé. Cette masse avait une couleur gris sale, d'une analogie frappante aussi avec la couleur du crustacé incriminé. Il ne s'agissait nullement d'une substance alimentaire refusée par l'estomac, mais d'un corps facilement dissociable, se résolvant en lames et lamelles de plus en plus transparentes, striées à leur surface, accolées les unes contre les autres. La disposition de ces lamelles simule celle des feuillets d'un livre, et il est tels points où elles sont concentriques les unes aux autres, absolument comme les feuilles d'un manuscrit enroulé. De ces feuillets se détachent les filaments qui avaient terrifié le malade.

L'examen histologique montra l'aspect finement strié, dû à la mucine, l'absence d'éléments épithéliaux, la présence de cellules polygonales déformées et des amas jaunâtres, que les uns attribuent à des éléments biliaires, que d'autres regardent comme des éléments cellulaires. Ces produits étaient d'ailleurs indifférents à l'action des réactifs tels que l'acide acétique ou les alcalins.

Il s'agissait de ce que Siredey a appelé des concrétions membraneuses lamelliformes ou fausses membranes constituées surtout par du mucus, et ne montrant en aucun point de fragments de la muqueuse elle-même. C'est ce qu'ont indiqué beaucoup de médecins, depuis Van-Swieten soignant l'ambassadeur de Charles-Quint, jusqu'à Parroud de Lyon, qui a établi sur ce sujet les notions les plus complètes.

Ce sont toujours des fragments membraneux blanchâtres (Broca), du mucus condensé en membrane (Hoffman Tiesling), des cordons blanchâtres (Axenfeld), des matières mucoso-gélatineuses (Potain), des concrétions muqueuses gélatiniformes ressemblant à de la colle ou à de la gélatine; et pour Parroud, enfin, on y rencontre du mucus, des cellules épithéliales, entières ou fragmentées; des noyaux épithéliaux, des leucocythes, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésiens, accessoirement des globules purulents, de l'hématosine, des débris alimentaires. Ce sont, en somme, des débris informes, aplatis, rubanés et cylindriques, ou bien une sorte de membrane réticulée avec ramifications affectant des formes bizarres; ces lamelles sont quelquefois criblées de petits orifices surtout à leur face interne.

C'est dans la dysentérie, dans l'entérite, chez les individus hypochondriaques ou hystériques, que l'on rencontre ces produits.

Il y a là une influence probable du système nerveux, et la présence antérieure du tænia l'indique, présence qui provoque une hypersécrétion du mucus, peut-être une altération de structure, et cette hypersécrétion favorise à son tour le décollement. Tænia, entérite et névropathie: c'était le cas de ces malades. (*Marseille méd.*)

Thrombose d'une des branches de la grande veine mésaraïque coïncidant avec une cirrhose atrophique chez un alcoolique. — M. Chuquet, interne du service de M. Rigal, communique à la *Société anatomique* l'observation d'un homme âgé de soixante-deux ans, qui fut apporté à l'hôpital dans un état de semi-coma et qui succomba quelques heures après à la cachexie alcoolique.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve une anse intestinale, située vers le milieu de l'intestin grêle, qui attire immédiatement l'attention. Tandis que les voisines sont d'un blanc grisâtre, celle-ci est d'un brun rougeâtre rappelant la couleur de l'intestin sphacélé; mais le tissu, tout en étant dur, n'est pas friable; il ne s'en exhale aucune odeur.

Le mésentère au niveau de son insertion est dur et très-épaissi, triplé au moins de volume, ouvert par le bord opposé à cette insertion; l'intestin ne s'affaisse pas, tant est grande la rigidité des parois. L'altération siège dans une étendue de 35 centimètres.

La muqueuse est tuméfiée; les valvules conniventes, très-accentuées, forment des saillies dures qui semblent gonflées par du sang.

— Il n'existait pas de traces d'étranglement, pas d'ulcérations intestinales. L'examen attentif des artères, depuis l'aorte, a été complètement négatif. L'absence de toute odeur, la consistance des tuniques éloignait l'hypothèse d'une gangrène complète de l'intestin.

On observe alors que toutes les veines de petit calibre, qui partent de la portion intestinale ainsi modifiée, sont remplies de caillots noirâtres, qui se prolongent dans les veines de plus gros calibre et jusque dans le tronc de la grande mésaraïque. Non-seulement l'oblitération existait dans le territoire de l'anse intestinale lésée, mais dans presque toutes les branches du territoire de la grande mésaraïque.

Telle était donc l'altération de l'intestin: infiltration sanguine des différentes tuniques sous l'influence d'une coagulation veineuse dans l'une des branches de la veine porte. Il est permis de supposer que la coagulation s'était faite d'abord dans la branche qui alimentait l'anse intestinale altérée.

Cette observation met donc en relief les trois points suivants:

1° L'existence d'une thrombose chez un alcoolique, l'alcoolisme déterminant une diminution de la fibrine du sang;

2° Le siège de la thrombose là où le sang est le plus ralenti, c'est-à-dire dans la veine porte chez un cirrhotique;

3° L'infiltration sanguine des parois, ressemblant au premier abord à un sphacèle de l'intestin. (*Progrès méd.*)

Traitement de la blennorrhagie utérine (Rollet). — On examine la malade au spéculum au moins deux fois par semaine. Si la muqueuse du museau de tanche est enflammée, excoriée, granuleuse, on la cautérise avec le nitrate d'argent. Dans l'intervalle des cautérisations, on a recours aux injections astringentes. Si l'inflammation s'est propagée à la muqueuse de l'intérieur du col, on introduit le crayon de nitrate d'argent dans la cavité même du col, et, le plus souvent, on n'a pas besoin de pratiquer des injections dans la cavité utérine elle-même. Si la maladie se complique de pelvi-péritonite, on recommande le repos absolu, on applique des sangsues sur le point le plus douloureux de l'abdomen; on conseille les cataplasmes de farine de lin et les frictions d'onguent napolitain. Quand la période aiguë est terminée, on prescrit avec avantage un vésicatoire volant sur l'hypogastre. (*Un. méd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 5 novembre :

Physique médicale. — M. Gavarret. Physique générale : électricité, acoustique. — Mercredis, vendredis, à midi.

Physique biologique, rôle des agents physiques dans les phénomènes de la vie. — Lundis, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Jaccoud. Maladies de l'appareil d'innervation. — Mardis, jeudis, samedis, à trois heures.

Anatomie. — M. Sappey. Les appareils de la locomotion, de la circulation et de l'innervation. — Lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Chauffard. Caractères généraux et classification des maladies aiguës, étude séméiologique de l'état fébrile,— Lundis, mercredis, vendredis, à cinq heures.

Chimie médicale. — M. Wurtz. Chimie médicale : Métalloïdes. — Jeudis, samedis, à midi.

Chimie biologique, histoire chimique du sang; phénomènes de la respiration. — Mardis, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale. — M. Trélat. Rectum; organes génitaux; membres. — Lundis, mercredis, vendredis, à trois heures.

Opérations et appareils. — M. Léon Le Fort. Thérapeutique des maladies des articulations, des vaisseaux, etc.

Opérations spéciales sur la tête, les yeux, la face. — Mardis, jeudis, samedis, à quatre heures.

Histologie. — M. Robin. 1° Étude des éléments anatomiques cellulaires et non cellulaires. 2° Étude des humeurs. — Mardis, jeudis, samedis, à quatre heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Parrot. Aperçu chronologique des doctrines médicales depuis Hippocrate jusqu'à Harvey; histoire du cœur et de la circulation. — Mardis. jeudis, samedis, à deux heures.

Clinique médicale. — MM. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu; Lasègue, à la Pitié; Hardy, à la Charité; Potain, à l'hôpital Necker. — Tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Ball. . . . .

Clinique chirurgicale. — MM. Gosselin, à la Charité; Richet, à l'Hôtel-Dieu; Broca, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté; Verneuil, à la Pitié. — Tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique d'accouchements. — M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté. — Tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Cours cliniques complémentaires. — Maladies des enfants; ophthalmologie; maladies syphilitiques; maladies des voies urinaires; maladies de la peau.

Conférences. — M. Brouardel. Conférences de médecine légale pratique. — Mercredis, vendredis, à trois heures.

Semestre d'hiver. — Division des études. — Première année. Chimie médicale; physique médicale; anatomie.

Deuxième année. Anatomie; histologie; dissections.

Troisième année. Anatomie; histologie; dissections; médecine opératoire, opérations et appareils; pathologie interne et pathologie externe; cliniques médicale et chirurgicale.

Quatrième année. Pathologie interne et pathologie externe; pathologie générale; médecine opératoire; cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Avis.* — MM. les étudiants sont prévenus : 1° que les consignations pour les travaux pratiques et pour les examens seront reçues, à partir du 18 octobre, les vendredis et samedis, de une heure à quatre heures; 2° que le registre destiné à recevoir l'inscription du premier trimestre de l'année scolaire 1878-1879 sera ouvert du mardi 16 octobre au 14 novembre; 3° que les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de neuf heures à onze heures et de une heure à quatre heures; que les consignations pour les examens seront reçues les vendredis et samedis de chaque semaine, de une heure à quatre heures.

Les élèves qui commencent leurs études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat: 1° leur acte de naissance, dûment légalisé; 2° un certificat de bonne vie et mœurs; 3° le diplôme de bachelier ès lettres; 4° le diplôme de bachelier ès sciences *complet* ou *restreint*; 5° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. *Ceux d'entre eux dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue elle-même d'inscrire son nom et son adresse au registre ouvert à cet effet.*

Toutefois le *diplôme de bachelier ès sciences restreint* peut n'être produit que lors de la prise de la troisième inscription.

Les aspirants au titre d'*officier de santé* sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès sciences ou celui de bachelier ès lettres; mais ils devront justifier du *certificat de grammaire* obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris

N. B. L'iodure de er impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris

Viande crue et alcool
ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.
— Phthisie, anémie, convalescence, épuisement.
Gros : 20, place des Vosges, Paris.

Élixir Prothière
A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE
contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

Vin de G. Seguin.
« C'est un puissant tonique; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermittentes » sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »
Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.
Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.
GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.
Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Coton iodé préparé par **J. THOMAS**
pharmacien de 1re classe,
Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.
48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.
Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

PHTHISIE PULMONAIRE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Vin et Huile de foie de Morue CRÉOSOTÉS
contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,02.

Exiger la signature du Dr G. FOURNIER, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux.
Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue del'Arcade (Paris).

Maladies de la peau.
Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.
Depôt général à Paris : Pharm. FOURNIER, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

Arséniate Diastasé
du Dr V. BAUD.
Sous forme de granules soigneusement dosés, l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses*, *rachitisme*, *atonie*, etc. — Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Fondants au Lactophosphate
DE CHAUX, de Louis BOULÉ, pharmacien, à Bourges (Cher). — Ces Bonbons, de saveur exquise et variée, contiennent chacun 0,50 centigr de médicament. Ils suppléent les solutions, sirops, etc., qui répugnent souvent aux malades et aux enfants. Boîte de 30 fondants 3 fr., : dans toutes les pharm.

Rhumatismes. Guérison par la
Flanelle et la Ouate végétale du PIN SYLVESTRE. — REYNAUD, chemisier rue de la Paix, 22, Paris.

Fer Quevenne.
Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.
« ...... C'est, de toutes les préparations ferrugi- « neuses, celle qui, à poids égal, introduit le plus de « fer dans le suc gastrique. »
Bulletin de l'Acad. de Médecine, t. XIX.
Pour démasquer les contrefaçons — impures et inactives — exiger la signature : T. A. QUEVENNE et l'étiquette ronde en *petits caractères* de *quatre couleurs*.
DÉPÔT : Pharmacie Émile GENEVOIX, 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

Digitaline
d'HOMOLLE et QUEVENNE
Approbation de l'Acad. de Méd. de Paris
Méd. d'or de la Soc. de Pharmacie de Paris.
« ...... Les médecins feront bien de continuer à « prescrire la *Digitaline* de MM. HOMOLLE et « QUEVENNE, aux malades ne pouvant pas supporter la digitale. »
(*Bulletin de l'Acad. de Médecine de Belgique*, 1874, t. VIII, p. 397.)
Les signatures des Inventeurs en *lettres rouge*, attestent l'authenticité de la VÉRITABLE DIGITALINE.
DÉPÔT : Pharm. COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud
AU QUINA
et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.
Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.
Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste à Paris
Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris 1875. Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.
Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabr. et la signature ci-contre

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ francs.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique
LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.
Prix du flacon : 7 francs.
VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.
VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.
Prix de la boîte : Deux francs.
VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.
VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Podophyllin Delpech
contre la constipation habituelle.
Les PILULES de PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)
Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.
Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.
Paris, 6, avenue Victoria.

Solution Bourguignon
au chlorhydro-phosphate de chaux.
Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie; deux cuillerées à chaque repas. —Dans toutes les pharmacie.

ANCIENNE PHARMACIE GUIBOURT
MAYET, *successeur*, 9, *rue Saint-Marc, Paris.*

Vin, Huile et Sirop créosotés
CAPSULES d'huile de foie de morue créosotée à 0,04.
CAPSULES d'huile de faînes créosotée à 0,10.
M. MAYET s'étant occupé le premier, avec MM. les Drs Bouchard et Gimbert, de l'emploi en thérapeutique de la créosote de goudron de bois, ces médicaments sont exactement préparés suivant les indications de ces savants praticiens.

N° 117. — MARDI 8 OCTOBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 8 OCTOBRE 1878. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Variété rare de tropho-névrose. Arthropathie noueuse, suite de lésion périphérique des nerfs de la main.

Le rhumatisme noueux est assez rare chez les enfants. Dans une carrière déjà fort longue, je n'en ai rencontré que trois exemples qui sont consignés dans mon *Traité des maladies de l'enfance;* mais le rhumatisme noueux dû à une lésion périphérique des nerfs est encore moins commun. C'est un fait qui me paraît digne d'être étudié avec soin et qui appartient peut-être à certaine catégorie des *arthropathies nerveuses* dont on a beaucoup parlé depuis quelque temps. La chose vaut au moins la peine d'être discutée, et nous verrons que ce ne sera pas sans profit.

Si l'on envisage l'étiologie d'un point de vue élevé, on peut, d'une manière générale, dire que *toutes les maladies ne sont que des impressions transformées.* C'est là un de mes aphorismes de pathologie générale. En effet, il ne se produit aucun dérangement dans le corps de l'homme, ni aucune maladie, qu'une impression préalable suivie d'action réflexe n'en soit le point de départ. L'opportunité et la spécificité déterminent ensuite le sens de la réaction qui se produit. *Impression et réaction;* voilà la formule la plus élevée du *sensitisme morbide* par lequel il faut comprendre le développement des maladies.

Ces impressions sont, comme signifie le mot, pour la plupart inconscientes, et, si la sensation s'y mêle, le phénomène réflexe ne change pas. Elles sont très-nombreuses depuis l'impression séminale héréditaire qui fait l'opportunité et la spécificité organique, jusqu'aux impressions climatériques, saisonnières, miasmatiques, virulentes, nerveuses, névropathiques, etc., dont l'étude fait la base de l'étiologie générale.

Parmi les impressions névropathiques suivies d'une réaction organique évidente, il y a toute une classe nouvelle qui a reçu, il y a quelques années, le nom de *tropho-névroses,* c'est-à-dire une catégorie de troubles trophiques, aigus ou chroniques, causés par une altération primitive des nerfs ou des centres nerveux. Des éruptions cutanées d'herpès zoster et de dartres diverses; des hypertrophies cutanées, conjonctives, musculaires, et des atrophies de différents tissus, principalement du tissu musculaire, ont été rapportées par quelques-uns à des lésions spontanées ou traumatiques de certaines parties du système nerveux. Le sujet est peut-être encore confus, un peu obscur, mais les faits publiés ont en leur faveur de telles apparences de bonne interprétation qu'il faut ne pas les négliger et qu'il est bon d'en augmenter le nombre.

Sans vous parler ici de toutes les tropho-névroses, c'est-à-dire de tous les troubles trophiques causés par le système nerveux, je ne m'occuperai que du fait en observation dans ma salle relativement aux faits analogues qui sont connus. C'est ma manière de comprendre la clinique, et je la crois préférable à des leçons didactiques préparées dans le silence du cabinet.

Ici, le fait se rattache à la catégorie des lésions osseuses et articulaires causées par le cerveau ou par la moelle, mais par une maladie des nerfs. Je me renfermerai dans ce cadre et tâcherai de n'en pas sortir. J'éliminerai donc tout ce qui a rapport aux troubles trophiques déterminés par les lésions primitives centrales de la moelle et du cerveau. Je ne parlerai que des *troubles trophiques dus à une lésion périphérique des nerfs,* parce que l'enfant dont j'ai à vous parler n'a qu'une atrophie osseuse et des arthropathies dues, selon toute probabilité, à l'arrachement d'un nerf de la main.

Voici son observation, et je vous dirai ensuite quelles sont mes conclusions.

Rhumatisme noueux infantile, suite d'une lésion périphérique des nerfs de la main. — Atrophie du membre correspondant. — La nommée B... (Aimée), née à Paris, âgée de sept ans et demi (fille de tourneur), de tempérament lymphatique et de constitution délicate, est entrée le 6 juillet 1878, salle Sainte-Catherine, lit n° 59 (service de M. Bouchut). Cette enfant a eu le pouce broyé, à un an, dans un appareil à tissage de son père, qui n'avait pas à ce moment surveillé son enfant. Depuis un an, dit-on, elle souffre de douleurs dans les membres supérieurs, et elle a dû rester au lit, il y a un an, pour des douleurs dans les doigts et les poignets.

État actuel. — Le pouce de la main droite a perdu la phalange unguéale, et il présente à son extrémité et vers la face palmaire une cicatrice linéaire de désarticulation.

Ce qui frappe le plus, c'est un arrêt considérable de développement du bras droit; ainsi, tandis que les deux genoux ne diffèrent pas de dimension, il n'en est pas de même dans les diverses régions des deux avant-bras; la circonférence de ces deux membres, mesurée au pli du coude, au milieu de l'avant-bras et du poignet, est de un centimètre plus petite à droite. La même différence existe dans la circonférence de la main, mesurée au pli de la racine du pouce.

L'avant-bras droit est aussi plus court, et la différence de longueur est indiquée par ces deux mensurations :

Avant-bras dans la supination forcée :

	Gauche.	Droit.	Différences.
De l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius . . .	0m, 16	— 0m,15	= 0m,01 en faveur du gauche,
De l'épitrochlée à l'apophyse styloïde du cubitus. .	0m,155	— 0m,14	= 0m,015 —

En ce qui concerne la longueur des doigts, le médius droit est moins long d'un centimètre que le gauche: les quatre derniers doigts de la main gauche l'emportent du reste également de un centimètre sur ceux de droite. Quant au pouce, c'est le doigt lésé et opéré, et par conséquent non comparable.

Des nodosités ou saillies, visibles à l'œil nu, dures au toucher, existent à chaque doigt des deux mains, excepté le pouce; ces nouures sont surtout développées aux articulations de la première phalange avec la deuxième; elles ne sont pas appréciables à celles de la troisième et paraissent manquer entièrement aux articulations métacarpo-phalangiennes.

Les orteils en sont indemnes et ont leur configuration normale.

Pas de douleurs, pas de changement de coloration à la peau. L'enfant a souffert un peu autrefois aux jointures, mais en ce moment la douleur est nulle. Petite cicatrice de brûlure sur le dos de la main droite.

Rien dans les autres articles, tels que les coudes, les genoux, l'épaule. Peut-être l'articulation tibio-tarsienne est-elle un peu gonflée.

Rien au cœur. Bon appétit, digestion régulière. Pas de fièvre.

Traitement. — Potion avec *iodure de potassium*, 0 gr. 50 ; — bains avec *arséniate de soude*, 5 grammes tous les jours.

Ce traitement a été suivi pendant quelques jours sans aucun changement appréciable, et l'enfant a été emportée de l'hôpital.

Dans ce fait, on voit l'atrophie du squelette d'un seul bras, l'atrophie musculaire et adipeuse et les arthropathies des doigts chez un sujet qui a eu accidentellemeet le nerf du pouce broyé avec ce doigt dans l'engrenage d'une machine. L'accident date de six ans. Il y a un an, l'enfant a eu des douleurs articulaires qui l'ont mise au lit, et aujourd'hui elle a une déformation spéciale des doigts connue sous le nom de rhumatisme noueux.

Ces deux choses: atrophie du bras droit et arthropathie, sont-elles distinctes, forment-elles deux maladies chez le même sujet, ou n'en forment-elles qu'une seule, et se rattachent-elles à la lésion périphérique du nerf broyé? Cela est difficile à dire, mais il est probable qu'il y a qu'une seule maladie du squelette, des muscles et des articulations, due à la même cause.

Il me semble que c'est là un fait confirmatif des idées de W. Mitchell, Morehouse et Keen, chirurgiens américains, sur la relation des arthrites avec certaines lésions des nerfs. On sait d'ailleurs que Paget et Hutchinson ont publié au même moment ou peu après (1864 et 1866) des faits de même ordre qui ont été reproduits par Couyba et bien d'autres, mais sans aucune addition nouvelle. Le fait est d'autant plus curieux qu'ayant pour sujet un enfant d'un an, l'arrêt de développement du bras blessé paraît d'autant plus considérable que le membre sain s'est accru avec sa force de nutrition naturelle. C'est ce qui se voit sur toutes les maladies graves des os d'un membre chez les enfants, et ici cela peut faire naître une confusion qu'il faut éviter en ne rapportant pas toute l'atrophie des os à la lésion nerveuse.

Quoi qu'il en soit, en ne mettant qu'une partie de l'atrophie osseuse et musculaire sur le compte de l'accident, il y a encore les arthropathies phalangiennes qui semblent lui appartenir.

D'ailleurs il paraît que Fischer, en 1871, a pu reproduire ces altérations chez les animaux. « Les jointures, dit-il, présentent une inflammation chronique adhésive qui se termine par ankylose. »

D'autres, tels que Luigi Fasce, Amato, Mantegazza, Schiff, n'ont obtenu que des atrophies osseuses et des lésions de tissu; ils ont même vu de l'hypertrophie se produire. Toutefois le résultat de ce genre d'expérience est inconstant et trop variable pour qu'on ose en tirer des conclusions certaines. Le seul point qu'on puisse admettre, c'est que, soit effet direct d'altération nutritive, soit effet d'altération nutritive par inaction d'un membre paralysé, certaines lésions périphériques des nerfs modifient plus ou moins profondément la nutrition interstitielle des tissus mous et des os.

Notre enfant, par son broiement du pouce, me paraît avoir subi un déchirement du nerf qui a déterminé une névrite ascendante chronique sans paralysie, et c'est après la guérison et la perte de sa phalange que les altérations se sont produites lentement au point où elles sont aujourd'hui. C'est un fait analogue à celui de Lobstein, qui a vu, chez un homme de cinquante-quatre ans, ayant eu dans son enfance une grave blessure du sciatique et du crural, les parties molles de la cuisse et le fémur réduits à un état d'atrophie considérable. Cet os pesait trois onces, c'est-à-dire moitié moins que le fémur du côté opposé.

Ces faits sont importants à connaître, si l'on veut arriver à comprendre ce qui se passe quelquefois après les déchirements des nerfs d'un membre. On ignorait jadis leur signification; mais, depuis que W. Mitchell, dans son travail sur les lésions articulaires, et que M. Ogle, dans le sien sur les altérations osseuses produites par les lésions nerveuses, ont appelé l'attention sur ce nouvel ordre d'idées, les faits se sont multipliés, et, si l'on ne sait pas tout encore, au moins on en sait plus qu'autrefois. C'est dans le but d'étendre nos connaissances à cet égard que j'ai voulu vous présenter ce fait et en causer ici pour montrer la signification qu'il peut avoir.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'herpès (1).

II

Variétés de l'herpès. — Comme toute maladie, l'herpès a ses variétés : elles sont même nombreuses; mais nous ne nous occuperons que de celles qui ont une importance vraiment pratique.

a. Variétés de configuration éruptive :

Nous avons vu jusqu'ici l'herpès se formant en groupe sur un disque congestif bien déterminé ; mais il est assez commun de voir autour de ce disque apparaître des vésicules plus ou moins distantes du bouquet éruptif principal. On les appelle *vésicules aberrantes*. Dans d'autres cas, les vésicules apparaissent par ci, par là, sans occuper une plaque congestive localisée : c'est l'*herpès disséminé*.

b. Variétés de confluence :

Tous les degrés possibles peuvent se rencontrer, depuis le type le plus discret jusqu'au plus grand degré de confluence, en passant par tous les intermédiaires qu'on peut imaginer. L'herpès *discret* apparaît sous forme de 3, 4, 6 vésicules tout au plus ; souvent, dans l'herpès constitutionnel, on ne voit qu'une seule vésicule: c'est l'*herpès solitaire*. Le type *confluent* peut être étudié à deux degrés : d'une part, les cas de

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 septembre.

confluence moyenne, où l'herpès n'occupe qu'une région, une lèvre, la bouche, la joue, la paupière, la rainure du gland, les grandes lèvres, etc.; d'autre part, les éruptions d'une confluence excessive, qui ne s'observent guère que chez la femme, à la région génitale. On voit alors l'herpès n'occupant pas seulement un point, mais une ou plusieurs régions, allant de la vulve à la région génito-crurale, au périnée, à la partie supérieure des cuisses. Cette variété nous offre l'herpès sous une apparence autre que celle que nous lui connaissons déjà : c'est une affection plus grave par son étendue, ce n'est plus un léger malaise, c'est une véritable maladie. Décrivons-en les traits principaux :

1° Au début, on voit d'abord une plaque éruptive d'une étendue considérable, se couvrant de vésicules très-nombreuses (plusieurs centaines souvent), fusionnées au point de former de véritables phlyctènes : elles se crèvent prématurément; des lambeaux d'épiderme ayant des apparences pseudo-membraneuses se détachent difficilement. Lorsque la plaque est débarrassée de sa carapace épidermique ou épithéliale, il reste une érosion toujours composée et mesurant une étendue de plusieurs centimètres de diamètre.

2° On voit en outre une hyperémie périphérique symptomatique : c'est une rougeur en nappe, une rougeur sombre : puis il y a gonflement, turgescence de la région, œdème des grandes lèvres, etc.

Tous ces phénomènes sont accompagnés d'une douleur très-intense, d'une cuisson violente, « d'un feu local », comme disent les malades. La marche devient dès lors presque impossible en raison des frottements : d'un autre côté, la chaleur du lit rend le repos aussi intolérable. La fièvre, l'inappétence, les troubles gastriques, les accidents nerveux (car c'est le plus souvent chez les femmes qu'on observe cette forme d'herpès), la céphalalgie, l'insomnie, sont autant de symptômes généraux qui font de cette affection une maladie importante, au moins en apparence.

Elle ne l'est pas au fond, car, en quelques jours, l'évolution cyclique de l'herpès est terminée, et tout disparaît; ce n'a été, permettez-moi cette expression, qu'un feu de paille. La terminaison est rapide, quelle qu'ait été l'intensité des phénomènes concomitants : après quatre à huit jours, l'éréthisme inflammatoire tombe spontanément. Et, en douze à quinze jours, la réparation de ces lésions se fait facilement.

c. Variétés des symptômes :

1° Une variété importante est l'herpès *à retentissement ganglionnaire*. On dit partout que l'herpès n'a pas d'adénopathie, l'herpès n'a pas de bubon. Sans doute, c'est vrai dans la grande majorité des cas; mais quelquefois j'ai vu cet engorgement des ganglions consécutif à l'éruption herpétique.

Assurément, cela ne se rencontre pas usuellement; mais, je le répète, il n'est pas impossible qu'en certains cas rares l'herpès s'accompagne de fluxion ganglionnaire. Et ce n'est pas seulement dans les cas d'herpès confluent, où la grande étendue de la lésion cutanée rend bien compte de l'engorgement; mais, même dans les cas moyens et discrets, les ganglions peuvent être touchés.

Notamment, dans l'herpès génital, on trouve parfois un ou deux ganglions ayant acquis le volume d'une noisette. C'est là un fait important pour le diagnostic différentiel. On l'a aussi observé pour l'herpès guttural, qui engorge les ganglions peu laryngés, pour l'herpès palpébral (Galezowski) qui retentit sur les ganglions parotidiens.

2° L'herpès *névralgique* est précédé ou accompagné de phénomènes nerveux bizarres. D'abord, *in situ*, on observe l'hyperesthésie locale, chaleur, élancements, traits de feu, éclairs de douleur. Ensuite, même sur les régions voisines, ou en dehors du foyer, on voit des irradiations, tantôt vagues, tantôt suivant le trajet exact d'un nerf.

Ces phénomènes sont presque toujours prémonitoires : ils précèdent l'herpès, et l'accompagnent dans son début. On les rencontre dans toutes les variétés; parfois ils sont assez bizarres : j'ai vu une malade qui, à chaque poussée d'herpès sur l'index, ressentait des douleurs à la face postérieure du cou. Mais c'est surtout l'herpès génital qui produit ces phénomènes particuliers : une douleur vague sur la verge, des élancements, des picotements, une cuisson vive irradiant souvent au périnée, au pubis, ou, plus souvent encore, à la partie supérieure des cuisses, et parfois sur tout le membre inférieur. D'autres fois, ces phénomènes se bornent à un simple éréthisme génésique; érections fréquentes, mais survenant sans cause, sans plaisir, sans appétit génital : pollutions nocturnes.

Les malades éprouvent une sensibilité exagérée de la muqueuse uréthrale; ils sentent passer leur urine, ils ont des besoins fréquents d'uriner : il peut même se faire une blennorrhée herpétique qui dure quelques jours et disparaît spontanément.

La répétition de ces phénomènes est infaillible à chaque poussée herpétique, de sorte que certains malades peuvent prévoir chaque herpès et l'annoncer un ou deux jours avant toute manifestation locale.

J'ai vu ainsi un malade qui, de 1868 à 1875, fut sujet à d'incessantes poussées d'herpès qui se renouvelaient tous les quinze ou trente jours.

Deux ou trois jours avant l'éruption, il ressentait de la douleur, de l'hyperesthésie locale tellement vive qu'il pouvait à peine toucher sa verge pour uriner. La douleur même irradiait parfois dans la jambe, et précisément dans le membre du côté où devait apparaître l'herpès de la muqueuse du gland. Aussi, à la seule apparition de ces phénomènes, pouvait-il annoncer non-seulement l'éruption, mais le côté de la verge où elle devait se produire.

Un autre malade, médecin, prévoyait chaque poussée herpétique par un éréthisme génésique survenant deux ou trois jours auparavant. Il ressentait alors une ardeur insolite, un singulier besoin de rapports sexuels, et cela sans motif, sans plaisir; c'était, suivant son expression, un besoin presque bestial, un véritable rut qui ne cédait qu'à l'éruption de l'herpès.

Outre l'intérêt pratique qu'ils présentent, ces faits offrent un intérêt doctrinal au point de vue des relations qui relient au système nerveux la pathogénie de l'affection que nous étudions.

d. Variétés d'évolution et de durée.

1° L'herpès *successif* apparaît par une succession de poussées multiples, à quelques jours d'intervalle.

Les diverses vésicules d'une même poussée peuvent même avoir du retard les unes sur les autres; d'autres fois, une poussée se dissocie en poussées partielles.

C'est ainsi que j'ai vu un malade, facilement alarmé par le moindre symptôme observé du côté des parties génitales, subir une poussée décomposée en six assauts successifs, dans un laps de temps de trente-cinq jours. Un herpès de cette nature, évidemment, allonge la durée de l'herpès, et constitue déjà une variété à ce point de vue. Mais l'herpès ordinaire lui-même présente des variétés notables de durée : il y a des herpès *éphémères*, discrets avec des vésicules très-petites qui

disparaissent en quelques jours, comme l'herpès si commun des lèvres; inversement, il y a des herpès *prolongés*, dont les érosions tardent à se cicatriser, et ne se ferment qu'après trois ou quatre semaines.

Diagnostic. — L'herpès n'a rien d'absolument pathognomonique en soi; mais il présente un certain nombre de caractères individuels qui en facilitent le diagnostic; d'abord c'est une éruption généralement circonscrite, originellement vésiculeuse, à vésicules se résolvant en croûtelles, et laissant ensuite une érosion circulaire, composée ou non; enfin sa marche aiguë, d'une durée fixe et d'une terminaison rapide, sont des symptômes qu'on n'observera en aucune autre circonstance.

L'eczéma serait l'affection avec laquelle on pourrait le plus facilement le confondre: cependant il y a entre les deux maladies des différences telles que la confusion n'est guère admissible. Sans doute l'eczéma est aussi une affection vésiculaire, mais à vésicules microscopiques, infiniment plus nombreuses, ayant une évolution si rapide qu'on ne les voit presque jamais. L'eczéma se diffuse plutôt qu'il ne se circonscrit; il suinte abondamment, et aussitôt après sa formation, tandis que l'herpès s'encroûte rapidement. Enfin l'eczéma n'a pas de cours cyclique ni défini. Il me paraît peu utile de m'attarder à ces différentes questions de diagnostic différentiel: les difficultés pratiques réelles, que comporte le diagnostic de l'herpès sont les deux suivantes:

a. *Distinguer l'herpès des syphilides érosives de la bouche.* — Cette question est d'autant plus importante à résoudre qu'elle se pose fréquemment, car la syphilis éveille d'une façon évidente la disposition à l'herpès buccal, récidivant notamment sur les bords de la bouche. Quatre signes fondamentaux permettront de faire le diagnostic:

1° L'herpès buccal a généralement des érosions plus petites; il est miliaire, tandis que les syphilides sont lenticulaires.

2° L'herpès buccal est bordé d'un liséré blanchâtre, d'une collerette épithéliale qui ne s'est pas détachée avec la plaque épidermique du centre de la vésicule; il n'y en a pas dans les syphilides. C'est là un bon signe.

3° L'herpès buccal a une érosion polycyclique; l'érosion des syphilides est ovalaire et plus ou moins arrondie.

4° La résistance au traitement spécifique est encore un bon moyen de diagnostic.

b. *Distinguer l'herpès du chancre syphilitique.* — Cette difficulté se rencontre tous les jours dans la pratique médicale. C'est qu'en effet, quand on parle de différencier ces deux affections, on n'a pas en vue les types purs: entre l'herpès pur et le chancre pur, on n'hésite pas. Mais il y a des formes d'herpès et de chancre dont les caractères sont assez atténués pour constituer des difficultés absolument insurmontables. C'est de ces derniers cas que nous nous occupons: d'une part, le chancre naissant, jeune, petit, non encore induré, ni flanqué de sa pléiade ganglionnaire; d'autre part, l'herpès érosif, large, à base engorgée, parfois même ayant produit un retentissement ganglionnaire. Herpès chancriforme et chancre herpétiforme: tels sont les deux types qui peuvent se ressembler tellement qu'ils peuvent tenir en échec les praticiens les plus compétents. En certains cas, en effet, ils ont un aspect tellement semblable qu'il est, je ne dirai pas difficile, mais absolument impossible de les différencier. C'est alors que, ce souvenir est encore bien présent à mon esprit, c'est alors que Ricord nous encourageait tous à oser répondre: « Je ne sais pas. » Il faut savoir douter, et avoir le courage de ne pas savoir; mieux vaut différer son diagnostic et attendre. C'est ce que les novices oublient trop facilement.

Ce ne sont là, d'ailleurs, que les cas les plus rares: en général, il est des bases à peu près certaines qui éclaireront le diagnostic. Voici d'abord trois signes différentiels de premier ordre: 1° La *base* de l'herpès est souple, molle, sans induration; celle du chancre est résistante, foliacée, pour ainsi dire. 2° Le *retentissement ganglionnaire* n'est qu'exceptionnel dans l'herpès, il est la règle constante dans le chancre, et l'adénopathie du chancre a des caractères tout spéciaux: elle est multiple, elle est remarquable par sa dureté et par son indolence. 3° Le *contour polycyclique*, à défaut des deux caractères précédents qui peuvent laisser des doutes, permettra, à lui seul, d'affirmer l'herpès, qui presque toujours présente une érosion composée, à contours faits de segments de cercles; l'érosion du chancre est ovale, irrégulière.

C'est là un signe presque pathognomonique, le seul qui survive dans les cas douteux où l'herpès peut être plus ou moins dur à sa base, et plus ou moins accompagné d'engorgement ganglionnaire. Mais le contour survit pour en attester la nature; à l'hôpital de Lourcine, j'ai fait dessiner pendant tout un semestre tous les chancres et toutes les érosions herpétiques; ce tableau comparatif n'a fait que me confirmer dans cette opinion.

A ces trois signes majeurs, on peut ajouter les suivants qui ont encore leur importance. L'herpès, est souvent accompagné au début, de prurit, d'un feu local, comme disent les malades: pas de démangeaison avec le chancre.

L'herpès présente des érosions habituellement multiples, quelquefois des vésicules aberrantes; jamais avec le chancre.

Enfin l'évolution, la limitation rapide de l'herpès, tandis que le chancre se propage et peut prendre une forme phagédénique; tous ces caractères servent à compléter et assurer le diagnostic.

Je n'ai pas parlé, et à dessein, de l'inoculation; le diagnostic qui reposerait sur l'inoculabilité ne serait qu'erreur: le chancre et l'herpès y répondent aussi négativement l'un que l'autre.

Pronostic. — Le pronostic de l'herpès ressort de toute son histoire: tantôt il ne comporte aucune gravité, s'il s'agit de l'herpès accidentel; tantôt il est l'expression d'une diathèse qui, quoiqu'elle ne provoque qu'une lésion locale légère, se manifeste par une maladie singulièrement vexatoire et importune, autant par ses récidives que par son caractère rebelle à tous les traitements. « C'est, suivant l'expression d'un malheureux malade, c'est une série de piqûres d'épingles plus intolérable qu'une bonne maladie. » Je ne parle pas des dangers de contagion continuels que comporte cette ulcération, des soupçons peu obligeants dont un mari herpétique est l'objet dans la vie conjugale, ni des tortures morales que lui amène cette maladie agaçante.

Traitement. — Il est essentiellement variable, suivant les cas: tantôt il n'y a aucune indication; tantôt le traitement sera purement local; tantôt il faut y ajouter un traitement général.

Le traitement local doit toujours être simple. Il est superflu dans les cas d'herpès cutané discret qui guérit seul aussi bien et même mieux que si on le traitait. On a proposé de percer les vésicules ou de les cautériser. Toute action portée sur les vésicules, a si bien dit Hebra, est ou inerte ou nuisible.

Les caustiques produisent une excitation locale, une inflammation qui prolonge la durée de l'herpès.

L'herpès érosif, comme toute plaie, doit être pansé. Mais

y faire le moins possible sera encore le meilleur traitement, de par l'expérience acquise: chaque malade, qui a essayé autant de traitements qu'il a consulté de médecins, dira bien que les lotions avec l'eau simple, et un pansement avec de la charpie ou de la ouate, lui ont aussi bien réussi que toutes les applications les plus diverses et les plus bizarres. Ainsi donc, les soins d'hygiène, l'eau froide (à laquelle on peut ajouter de l'eau de Cologne, de la décoction un peu astringente de roses rouges, de l'eau blanche ou de l'eau de Labarraque, etc.), un pansement isolant fait avec un petit tampon de ouate, une poudre desséchante, telle que calomel ou bismuth, préférables à la poudre d'amidon qui fait pâte, et quelques bains, voilà tout le traitement de cet herpès.

A la bouche, où ce pansement n'est plus possible, on emploiera les gargarismes, à l'eau de guimauve dans les premiers temps, et plus tard avec des liquides astringents, au borax, au chlorate de potasse, etc.

La cautérisation au nitrate d'argent est souvent utile, surtout quand l'herpès occupe l'extrémité de la pointe de la langue : mais une cautérisation suffit, et très-légère.

L'herpès confluent doit être traité d'une façon plus sérieuse : repos absolu; bains tièdes, émollients; poudres desséchantes, parmi lesquelles l'oxyde de zinc est le mieux toléré. Dans certains cas, l'éréthisme local est tel que tout le traitement, quel qu'il soit, est mal toléré; il faut le varier fréquemment, et subir nécessairement les exigences de malades agacés et nerveux. Ce qui a quelquefois réussi le moins mal, c'est l'emploi de compresses d'eau froide, ou de cataplasmes froids de fécule, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures : après ce temps, l'éréthisme a cessé ou diminué, et l'on peut reprendre les poudres.

Enfin, on doit combattre l'élément nerveux, qui joue ici un rôle considérable; on prescrira utilement les bromures, les opiacés, etc.

Le traitement général de l'herpès n'est indiqué que dans les cas où il y a déjà eu des récidives plusieurs fois répétées, qui attestent évidemment la disposition interne, le caractère absolument constitutionnel de l'herpès.

La qualité de ce traitement sera différente suivant que, par l'examen minutieux des maladies antérieures, des aptitudes morbides, des dispositions héréditaires du malade, on aura constaté que l'herpès se rattache à l'arthritis, que l'on modifiera par les eaux minérales alcalines, ou à la dartre, qui indique l'emploi de l'arsenic et des sulfures. Dans ce dernier cas surtout, les eaux minérales paraissent bien réussir : Doyon a publié des résultats heureux obtenus par l'emploi persévérant des eaux d'Uriage; à Saint-Gervais, à Luchon, j'ai aussi observé quelques effets salutaires.

Mais, même en dépit de ces cures minérales, il faut s'attendre à des récidives; quoi qu'on fasse, il y a des cas rebelles à toute médication : c'est un fait malheureusement trop bien démontré.

Il faut alors soumettre le malade à une hygiène sévère, écarter toutes les causes sous l'influence desquelles l'herpès se reproduit et notamment le coït, qui en est la cause la plus fréquente et malheureusement aussi celle à laquelle les malades renoncent le plus difficilement; il faut du moins leur recommander la modération, et la stabilité d'affections qui, en leur créant une sorte d'acclimatation, les expose à de moins nombreuses récidives : la fidélité conjugale a été prônée à ce titre comme la meilleure prophylaxie.

Il reste, après cela, au médecin un rôle moral à remplir, pour préserver le malade du découragement et de l'hypochondrie qui afflige si souvent son existence.

Nature de l'herpès. — Après avoir fait l'histoire clinique de l'herpès, nous avons bien le droit de nous demander quelle est la nature de l'herpès, non pas sa nature interne qu'il serait téméraire encore de chercher à pénétrer, mais au moins quelques inductions fondamentales peuvent déjà être établies. 1° Et d'abord, la multiplicité et la diversité des conditions dans lesquelles nous observons l'herpès nous montre l'impossibilité de le rattacher à une cause morbide unique : l'herpès doit se relier à la souffrance de tout un système de l'organisme. 2° Ce système, c'est le système nerveux, nous sommes autorisés à l'affirmer, parce que, d'une part, il y a quelques lésions nerveuses qui déterminent des éruptions herpétiques, et, d'autre part, l'herpès est relié au zona par des analogies multiples.

Il suffit enfin, c'est incontestable, d'une influence absolument et uniquement nerveuse pour déterminer l'herpès. Il y a donc là une connexion indéniable, que M. Parrot le premier a bien caractérisée lorsqu'il a avancé que le système nerveux joue un rôle prépondérant dans la pathogénie de l'herpès.

Appendice. — J'ai exclu, à dessein, de cette description, plusieurs espèces dermatologiques qui sont ordinairement, mais à tort, rapportées à l'herpès : herpès zona, herpès fébrile, herpès syphilitique, herpès circiné, etc. Désignons-les rapidement pour leur assigner leur place dans le cadre nosologique :

1° L'herpès *zona* est un herpès, mais il est bien caractérisé et a son histoire particulière.

2° L'herpès *fébrile* généralisé est un pseudo-exanthème.

3° L'herpès *syphilitique* n'est plus un herpès, c'est une syphilide.

4° L'herpès *circiné* et 5° l'herpès *tonsurant* ne sont plus des herpès : ils sont des lésions dus au trichophyton, et seraient mieux désignés sous les noms de trichophytie circinée et de trichophytie tonsurante.

6° L'herpès *iris* reste seul inconnu. Ce n'est même pas une maladie ni une lésion; c'est une manière de désigner l'aspect en cocarde, en zones concentriques, de certaines éruptions : ce nom n'a été jusqu'à présent appliqué qu'à deux maladies, à l'hydroa et à l'herpès circiné; il ne paraît apporter aux descriptions qu'une confusion inutile, et il serait beaucoup plus simple de le répudier.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

Voici une préparation et une figure fournies par un sujet traité il y a vingt ans par Haynes Walters, à Sainte-Mary's hospital. Le malade avait une maladie du cœur avancée. La compression fut essayée, mais elle échoua, et la fémorale fut liée. Le malade guérit des suites de l'opération, mais onze jours après la ligature il mourut de sa maladie de cœur. L'anévrysme semblait dû à la rupture de l'artère et à l'effusion du sang entre les masses musculaires et au-dessous d'elles, car le sac était situé entre la membrane interosseuse et le muscle tibial postérieur et le long fléchisseur commun. (*Path. Trans.*, v. III.)

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 octobre.

M. B. Wilis Richardson (de Dublin) a soigné récemment un cas, sous plusieurs rapports, semblable aux précédents. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, chez lequel se forma spontanément un anévrysme de la tibiale postérieure à la partie supérieure du mollet, pendant qu'il était assis devant une table, occupé à nettoyer une montre. Il avait également une maladie du cœur caractérisée par un souffle double à la base et par un bruit qui s'entendait dans toutes les grosses artères de la poitrine. La compression digitale de la fémorale détermina la formation d'un caillot volumineux, et, un jour qu'il était dans un cab, après trois mois environ de traitement, les pulsations cessèrent brusquement, la tumeur devint complètement solide et commença à diminuer de volume. La guérison est définitive autant qu'on peut en juger par le temps écoulé.

Le malade de M. Curgauven, de Derby (*Brit. med. jour.*, 1872, vol. I, p. 101), âgé de trente-deux ans, avait remarqué, depuis quatre mois, une tumeur dans le mollet droit ; il éprouvait des douleurs s'étendant depuis la partie interne du pied jusqu'au bout de la jambe. La tumeur était fluctuante; vers sa partie inférieure existaient un bruit et des pulsations peu prononcés. On sentait les pulsations de la tibiale antérieure, mais non celles de la postérieure. On essaya d'abord la flexion, qui ne put pas être supportée. On passa à la compression au moyen de deux tourniquets, l'un en haut et l'autre au milieu de la cuisse, sur la fémorale, serrés alternativement à des intervalles variant de une à trois heures et confiés au malade lui-même. La compression fut suspendue pendant la nuit à partir du cinquième jour. Jusque-là, si j'ai bien compris, le malade l'appliqua du mieux qu'il put, la nuit comme le jour. Au bout de sept jours, les pulsations avaient disparu et la tumeur diminuait, de sorte que la compression fut définitivement suspendue. Trois mois après, quand on revit le malade, il était complètement guéri.

II. *Tibiale antérieure.* — On cite les cas suivants. Dans Chelius, trad. de South, se trouve un court extrait de A. Cooper, se rapportant à deux cas : l'un d'anévrysme (probablement spontané) de la tibiale antérieure au-dessous de la tête du tibia, pour lequel la fémorale fut liée, mais le sac se gangréna, et le malade mourut. Le second, traité par Clim le jeune, était un anévrysme de la tibiale antérieure (ou de la pédieuse ?) situé à la partie supérieure du pied, pour lequel il lia la tibiale antérieure, mais « les pulsations continuaient encore quand l'enfant quitta l'hôpital ». D'après le siège de la tumeur et l'âge du malade, je soupçonne qu'il s'agissait plutôt d'un anévrysme traumatique.

Dans ses *Clinical reports of the surgical pratice of the Glasgow royal infirmary*, p. 15, le docteur Mac Farlane rapporte un cas dans lequel un anévrysme se montra d'abord sur la tibiale antérieure; il était profondément situé, mal défini, présentant le volume d'une noix. Les pulsations s'arrêtaient instantanément par la compression de la fémorale. Le malade attribuait la lésion à un coup. La tumeur existait déjà depuis cinq mois quand il se plaignit d'une douleur et d'une raideur au niveau du genou et il devint boiteux. Il s'aperçut alors qu'il y avait là un second anévrysme. La ligature de la fémorale guérit les deux anévrysmes; cependant, le douzième jour après l'opération, ils étaient tous deux le siège de nouvelles pulsations. Mais celles-ci disparurent après quelques jours de compression directe.

Dans le musée de Guy's Hospital, vous trouverez une préparation (n° 1519 7°) de sac anévrysmal avec le caillot qui le remplissait pendant la vie. Elle est cataloguée sous le titre de « Anévrysme de la tibiale antérieure guéri », et voici le fait : Le malade était un homme de quarante-quatre ans, dont la jambe fut amputée par M. Aston Key, en 1845, pour une affection de l'articulation tibio-tarsienne. Il mourut de pyohémie, et on vit à l'autopsie la tumeur anévrysmale située à la partie antérieure de la jambe, entre le tibia et le péroné, et complètement remplie de caillots solides.

Je n'ai pas connaissance d'anévrysmes spontanés des artères du pied et les anévrysmes traumatiques y sont fort rares. On en a rapporté un cas à la Société de chirurgie; un petit anévrysme s'était formé sur la pédieuse, chez un homme de soixante-dix ans passés, à la suite d'une entorse du pied, et il fut guéri au moyen de la ligature de la tibiale antérieure.

L'énumération que je viens de faire suffit pour montrer l'existence possible de tumeurs anévrysmales spontanément développées sur des artères relativement aussi petites que les artères tibiales, mais il faut remarquer que je comprends également dans la dénomination d'*anévrysme spontané* les cas qui, à tort ou à raison, sont attribués à un accident arrivé longtemps avant l'apparition de la tumeur pulsatile. Cette énumération suffit également à montrer qu'à la jambe comme à l'avant-bras, ces anévrysmes coïncident ordinairement avec une maladie du cœur. Les matériaux dont nous disposons ne nous permettent pas encore de juger quelles sont la marche et la terminaison ordinaires de cette lésion, en dehors de tout traitement chirurgical. Et cependant il est évident que c'est là une question capitale, pour pouvoir discuter avec profit le choix du traitement. Les observations que nous connaissons montrent que ces anévrysmes peuvent être guéris par la ligature de la fémorale, par la compression, et quelques-uns, comme semble le prouver la préparation de Guy's Hospital, par les ressources de la nature. Dans ce cas, en effet, il n'est pas fait la moindre mention d'opération quelconque, on ne peut voir aucune cicatrice, et la fémorale ni la tibiale antérieure n'ont pu être liées, car le fait eût été mentionné. Cependant la guérison paraît avoir été complète, et, si j'ai bien lu l'observation, elle datait déjà d'un certain temps. Ceci étant admis, je dois déconseiller tout traitement trop énergique dans les cas de petites tumeurs anévrysmales de la jambe et de l'avant-bras. Plus la tumeur sera voisine du creux poplité, et plus il y aura de place pour son développement, soit qu'elle siège sur la partie supérieure de la tibiale postérieure, soit sur la tibiale antérieure avant son passage à travers la membrane interosseuse. Plus bas, les fascia résistants avec lesquels la tumeur doit se trouver bientôt en contact opposeront probablement une barrière beaucoup plus efficace à son développement ultérieur, qu'un os ne pourrait le faire. Mais, dans l'un comme dans l'autre cas, la maladie ne présente pas une grande gravité, autant que j'en puis juger. Dans le cas de maladie du cœur, je crois qu'il ne faut entreprendre aucune opération sanglante, à moins de circonstances exceptionnelles, bien que le cas de M. Gaskoin, ainsi que d'autres observations de guérison après la ligature de grosses artères, prouvent que la fémorale peut être liée avec succès, même en cas de maladie du cœur concomitante déjà avancée. Mais il est probable qu'il y a réellement peu de tendance à une marche rapide et que les malades atteints ou supposés atteints de maladie du cœur sont plus utilement traités par le repos, aidé, autant que le patient peut la supporter, de la compression intermittente.

Il est permis de se demander si le galvanisme pourrait être employé avec sécurité dans de semblables tumeurs. Son ac-

tion, quant à présent, semble trop incertaine pour qu'il ne soit pas téméraire d'en risquer l'application, puisque la gangrène au niveau des piqûres et l'inflammation du sac suivie d'hémorrhagie secondaire peuvent aisément transformer un cas peu dangereux en un cas grave et menaçant.

Quant aux anévrysmes traumatiques, il me semble qu'ici, comme dans les autres régions, si le sac est bien formé, et qu'on ait la certitude de la présence de caillots, ils peuvent fort bien être traités comme les anévrysmes spontanés. Mais les tumeurs dont le sac est imparfait ou à parois très-minces, et dont le contenu paraît tout à fait liquide, doivent être, de préférence, traitées par la ligature en dessus et en dessous, comme dans les plaies récentes d'artères; seulement l'opération est sérieuse et difficile. Je me rappelle avoir assisté à une opération dans laquelle mon collègue, M. Follock, réussit, à la fin, à saisir la tibiale antérieure qui avait été divisée en arrière du ligament interosseux. L'opération fut pénible, fort difficile, et exigea de larges incisions; la gangrène survint rapidement et nécessita l'amputation de la cuisse.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de géologie, de Credner. 2e fascicule. In-8°. Paris, F. Savy.

Le deuxième fascicule du *Traité de géologie et de paléontologie*, de Credner, s'ouvre par l'histoire des tremblements de la mer que l'auteur devait rapprocher des tremblements de terre. Il étudie alors les effets de ces derniers et les opinions émises sur leurs causes.

Credner expose ensuite les soulèvements et les affaissements permanents du sol. Il nous montre la manière dont se sont formés les continents; l'apparente régularité dans la forme des continents et dans la direction des montagnes, en rapport avec leur mode de formation.

Puis il aborde l'histoire de l'action des eaux, et d'abord l'eau liquide comme agent géologique, son activité chimique (vapeur d'eau, altérabilité des roches par l'eau, processus hydro-chimiques, hydratation des minéraux, oxydation, réduction, altération des silicates, dépôts souterrains, sources minérales, effondrements); l'activité mécanique qui se traduit par les eaux courantes, les puits artésiens, les érosions, le creusement des vallées, le transport par les eaux courantes, les deltas, et enfin l'activité mécanique de la mer.

La glace joue à son tour son rôle comme facteur géologique, et Credner étudie avec soin l'existence des glaciers, leur structure intérieure, leur progression, leur limite inférieure et leur répartition. Dans leurs mouvements, les glaciers vont produire des phénomènes particuliers; voici les moraines, les icebergs.

L'atmosphère prend aussi part aux processus géologiques; il faut donc étudier les pluies et les vents. La vie organique elle-même est un agent géologique; il suffit de se reporter au dépôt de chaux au fond de la mer pour les animaux, et, pour les plantes, à l'absorption de l'acide carbonique, l'assimilation et l'emmagasinement du carbone.

Le temps est à son tour un grand facteur géologique qu'il ne fallait pas négliger.

Ces études terminées, Credner, dans une quatrième partie, va, nous faire connaître la *géologie pétrogénétique.*

Il lui faut maintenant rechercher de quelle façon chaque espèce de roche en particulier a pris naissance, quelles forces la maintiennent sous leur action et comment elle a gagné son faciès pétrographique. C'est le programme de la *pétrogénie.* Les roches doivent leur origine à l'eau ou au vulcanisme. Elles sont donc ou éruptives ou sédimentaires.

La cinquième partie cherche à se rendre compte de la manière dont les roches ont été employées à la structure de la croûte terrestre, quelle forme ont les roches en elles-mêmes, comment elles sont unies entre elles. C'est ce qui constitue la géologie architectonique. La croûte terrestre est construite de terrains. Sous le nom de terrain on comprend une grande masse rocheuse caractérisée et individualisée par la matière qui la compose, sa forme, sa disposition. Selon leur origine sédimentaire ou éruptive, on les partage en terrains massifs et en terrains stratifiés.

Le fascicule que nous venons d'analyser se termine par le commencement de l'étude des terrains massifs, et ne le cède pas, comme on a pu le voir, en intérêt au premier fascicule.

École pratique. — Les exercices de dissection commenceront, à l'École pratique, le lundi 21 octobre. — M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, ouvrira son cours le 5 novembre. MM. les prosecteurs et les aides d'anatomie feront des cours à l'École pratique. L'ouverture de ces cours sera ultérieurement indiquée.

— Les juges pour le prix de l'internat, sont : MM. Ernest Besnier, Broca, Charcot, Gouguenheim, Marchand, Rendu et Terrillon.

— Le ministre de la marine a reçu, le 3 octobre, du gouverneur du Sénégal, un télégramme en date du 26 septembre, qui lui fait connaître qu'à cette date le nombre des décès, depuis le commencement de l'épidémie, s'est élevé à 220; un médecin auxiliaire de la marine, M. Sarrette, et trois sœurs de charité sont au nombre des nouvelles victimes. L'amélioration dans l'état sanitaire de Gorée et de ses environs, que le télégramme du 4 septembre avait fait espérer, ne s'est donc malheureusement pas confirmée.

Jusqu'à présent, Saint-Louis n'a pas été atteint par l'épidémie qui ravage si cruellement l'arrondissement de Dakar.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jules Guérin a occupé la tribune une grande partie de cette séance pour la lecture d'un mémoire sur l'inclinaison et la flexion de la colonne vertébrale dans les déviations latérales de cette tige. On n'a pas oublié qu'un des derniers travaux que M. Guérin a communiqués à l'Académie a eu pour objet d'éclairer le mécanisme des mouvements latéraux de la colonne vertébrale. Mais ces recherches, exclusivement anatomiques et physiologiques, — et déjà dignes certainement, à ce double point de vue, du plus haut intérêt, — ne devaient pas néanmoins rester sans application. Elles avaient pour but avoué et ostensible de préparer une nouvelle étude du mécanisme des déviations latérales de l'épine. Tel est, en effet, l'objet du mémoire dont M. J. Guérin a donné lecture hier à ses collègues.

Quand nous disons, avec M. Guérin lui-même, une *nouvelle* étude, c'est évidemment dans le sens de *à nouveau* qu'il faut l'entendre, car personne n'ignore les travaux considérables auxquels le savant académicien a consacré les premières années de sa carrière pour faire entrer l'orthopédie en général, et en particulier cette branche spéciale de la physiologie et de la pathologie orthopédique dans la voie scientifique. Mais soit, ainsi qu'il le constate lui-même, non sans doute sans quelque secrète amertume, que les faits qu'il a introduits n'aient trouvé dans l'enseignement ni un écho sympathique, ni des organes pour les répandre, soit, ce qui est peut-être plus près encore de la vérité, que les faits les mieux établis, en apparence, ont toujours quelque chose à gagner en certitude et en évidence à être repris en sous-œuvre par un esprit agrandi et mûri par une longue expérience et par une attention constante et soutenue, il est certain que le nouveau travail de M. J. Guérin, dont nous indiquons au compte-rendu l'objet et les divisions principales ainsi que les conclusions, se recommande, à tous ces titres, à l'attention sérieuse du monde médical.

M. Krishaber, au commencement de la séance, a communiqué un cas très-intéressant de goître suffocant pour lequel il a dû pratiquer la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, avec sondage et dilatation de la trachée artère. La relation de cette opération et de ses suites, qui ne pourrait, à cause de son étendue, trouver place aujourd'hui dans notre compte-rendu, sera publiée avec ses principaux détails dans le numéro prochain. Mais nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion de signaler, à propos de la cause qui a amené ce goître, quelques-unes des considérations étiologiques présentées par M. Krishaber.

Il s'agit, comme on le verra plus en détail dans l'observation, d'un artiste qui habitait Rome depuis dix ans, et qui, ayant été atteint d'accidents gastriques, fut mis à l'usage de boissons abondantes d'eau froide, puisée à l'une des sources d'une contrée où le goître endémique est fréquent. Il en résulta au bout de peu de temps le développement d'un goître qui prit rapidement des proportions considérables et amena des accès de suffocation. Ainsi que l'a rappelé M. Krishaber, les faits de formation rapide de goître, dans des conditions analogues à celles où s'est trouvé ce malade, sont loin d'être rares.

On trouve dans les auteurs d'assez fréquents exemples de goître aigu survenu à la suite d'une ingestion d'eau puisée dans des régions où règne le goître. Ce sont tantôt des matelots qui avaient aménagé l'eau d'une localité infestée par le goître, tantôt un régiment qui s'était établi dans un pays où existaient des conditions semblables, un pensionnat ou un couvent qui y avait été récemment fondé ; et constamment il a été observé que le goître n'atteignait parmi les nouveaux venus que ceux qui ne buvaient que de l'eau, tandis que les individus, qui buvaient du vin ou tout autre liquide, restaient indemnes. Or, comme c'est en été que l'on absorbe la plus grande quantité d'eau, c'est à cette époque de l'année que l'on a recueilli le plus grand nombre de ces faits ; d'où le nom de goître *estival* donné à cette forme d'affection. On trouvera, dans la collection de la *Gazette des Hôpitaux*, plusieurs exemples remarquables de ce genre.

M. Krishaber ajoute cette autre réflexion, qui ne mérite pas moins d'être relevée, c'est que le goître de formation rapide peut devenir suffocant, tout comme cela a lieu pour le goître chronique, — nous ajouterions volontiers que la rapidité même de sa formation doit être une condition d'autant plus favorable au développement des phénomènes de suffocation, — et que cependant le degré de troubles respiratoires n'est pas toujours en rapport direct avec le volume de la tumeur (1).

(1) Je donne en ce moment des soins à une dame d'un grand âge, que MM. Richet et Gubler ont vue dans le temps avec moi, qui porte sur la région antérieure et latérale gauche du cou une tumeur indolente dont l'origine remonte à une quinzaine d'années environ, et qui a acquis graduellement un volume tel que le larynx se trouve aujourd'hui

On le connaît, dit M. Krishaber, sous le nom d'hypertrophie de la glande thyroïde caractérisée par un gonflement peu apparent, et produisant l'asphyxie par la direction de la tumeur et nullement par son degré d'extension. Il n'est pas rare, en effet, d'observer en pays endémiques des individus portant impunément des goîtres d'un volume prodigieux, tandis que d'autres fois la tumeur, au lieu de tomber devant le cou, ce qui la rend inoffensive, se développe en dedans et comprime les voies aériennes, alors qu'elle est fort peu apparente. C'est à cette dernière catégorie de faits que se rapporte le cas de M. Krishaber.

La séance a été terminée par une lecture de M. le docteur Bonnal (de Nice), sur la chaleur animale. C'est un historique de la question qui fait espérer la communication des recherches nouvelles auxquelles l'auteur paraît s'être livré sur cette importante question de physiologie générale.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Rupture par écrasement de l'artère et de la veine poplitées. — Anévrysme faux primitif. — Gangrène du pied. — Amputation de la cuisse.

I

Le plus intéressant de nos malades est, en ce moment, l'homme qui est entré dans notre service depuis quelques jours, envoyé de la campagne pour être soumis au traitement que nous jugerons convenable.

C'est un homme âgé de cinquante-trois ans, voiturier, d'une constitution robuste en apparence beaucoup plus qu'en réalité, car il paraît plus usé qu'on ne l'est généralement à la campagne, à cet âge. Il a une teinte jaune qui rappelle un peu l'ictère hémaphéique décrit par M. Gubler ; ictère dû, non pas à une affection hépatique, mais à l'accumulation des matériaux du sang, épanchés dans le tissu cellulaire qui s'imprègne des éléments de la matière colorante. Ici, d'ailleurs, cette teinte un peu terreuse ne tient pas à cette cause, pas plus qu'à une affection hépatique ; ce qui est fort heureux pour ce blessé. Sa constitution, en un mot, n'est débilitée que par l'alcoolisme ; un léger athérome des tuniques artérielles est encore à soupçonner.

Il y a cinq semaines, cet homme, conduisant sa voiture chargée, a fait une chute, et une roue lui a passé sur la cuisse droite.

Il a encore pu faire quelques pas après s'être relevé : mais instantanément il s'est produit un gonflement très-considérable de la cuisse, qui a gagné rapidement tout le reste de la jambe et du pied. Le membre était presque triplé de volume. Le médecin appelé auprès de ce malade a reconnu un anévrysme dû à la rupture de l'artère, probablement au niveau de l'anneau des adducteurs. A ce moment, il constata même qu'il y avait une insensibilité complète depuis les orteils jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Au bout de quelque temps, les premiers signes de gangrène sèche se manifestèrent à la région du pied, et, prévoyant une amputation, notre honorable confrère nous a adressé le malade.

A son arrivée à l'hôpital, l'état général est resté le même : fièvre, température à 39°, ce matin encore à 38°6. La région est douloureuse.

A la moitié inférieure de la cuisse, commence l'œdème ; la tuméfaction est considérable : il y a de l'induration des tissus assez notable ; le doigt n'y pénètre pas, et n'y laisse pas de trace.

La gangrène a envahi les orteils et la moitié antérieure des métatarsiens sur la région dorsale du pied ; à la région plantaire, l'eschare est encore plus étendue, elle occupe presque toute la plante du pied ; la sensibilité n'y existe plus, il y a encore un peu de chaleur.

Nous avons, d'ailleurs, constaté que la sensibilité existe actuellement à la peau de la jambe et à la cuisse.

Au-dessus du genou, nous voyons une tumeur arrondie, irrégulière, lisse, fluctuante et molle, rénitente en certains points. A la partie interne, on peut observer un léger soulèvement de la peau. Si l'on y applique le stéthoscope, il est soulevé légèrement : ce phénomène d'expansion n'est, toutefois, pas très-bien marqué. La main, appliquée sur la tumeur, perçoit des battements très-nets, dans toute la moitié inférieure de la cuisse : ils sont surtout plus forts à la partie interne et antérieure ; mais ils existent encore en dehors. L'auscultation révèle un souffle très-net, au niveau de l'anneau des adducteurs ; le souffle est intermittent et un peu prolongé, il cesse par la compression de l'artère.

Tous ces signes nous indiquent que nous avons affaire à un anévrysme artériel, faux primitif, qui est arrivé à la période d'organisation du sac.

La roue aura donc, en écrasant le membre, rompu l'artère, peut-être un peu athéromateuse : cette déchirure de l'artère nous explique comment le membre a augmenté de volume en quelques instants, par l'hémorrhagie qui s'est produite dans tous les intervalles du tissu cellulaire.

Quant à l'œdème de tout le membre inférieur, nous pouvons l'attribuer à la compression exercée sur la veine fémorale, par l'épanchement sanguin qui est très-considérable. L'anesthésie constatée par notre confrère, qui en est certain, peut s'expliquer de même par la compression du nerf sciatique dans le creux poplité.

Le sphacèle s'explique naturellement par ces causes auxquelles s'ajoute encore l'état athéromateux, dans lequel, vous le savez, la circulation des capillaires ne se fait plus d'une façon satisfaisante.

La pression sur la rotule produit une douleur vive à notre malade : il pourrait se faire que l'anévrysme communiquât avec l'articulation.

Enfin, au milieu de la tumeur, un abcès hématique menace de s'ouvrir à l'extérieur.

En présence de tous ces symptômes, quelle doit être notre conduite ?

Je crois que nous serons obligés ici de recourir à l'ancien procédé, à l'amputation du membre. Car, si nous n'avions affaire qu'à un anévrysme seul, sans doute, la thérapeutique ordinaire, compression digitale ou ligature, s'offrirait à nous ; dans un cas d'anévrysme à tendance envahissante, comme celui que nous observons, j'accepterais la ligature qui m'a déjà donné de beaux résultats. Mais notre malade n'est pas seulement porteur d'un anévrysme. Une complication grave, la gangrène, est survenue, et c'est elle qui domine la situation, et qui doit gouverner notre conduite. La gangrène est

---

dévié dans son axe longitudinal suivant un angle d'environ 45°. Or cette malade n'a jamais éprouvé, à aucun moment, le moindre accès de suffocation. Pense-t-on qu'il en eût été ainsi, si, au lieu de mettre une quinzaine d'années à acquérir le volume qu'elle a maintenant, cette tumeur était arrivée à ce point en quelques jours ou même en quelques semaines? — B...

une contre-indication formelle aux moyens que nous voudrions employer pour guérir l'anévrysme: en effet, la ligature de l'artère, la compression digitale, ne feraient qu'augmenter la gangrène et faciliter son développement. L'ischémie du membre est déjà trop considérable; nous ne devons pas la rendre encore plus complète. L'amputation s'impose donc au chirurgien.

Mais, à quel niveau la pratiquerons-nous? La faire au tiers inférieur de la jambe, ou même au tiers supérieur, c'est nous condamner à un insuccès certain, car tous ces tissus sont œdématiés, et déjà leur nutrition, si elle n'est pas compromise à jamais, est au moins incomplète. La peau, tout au-dessus du genou, menace encore de s'ouvrir au niveau de l'abcès hématique qui s'y est développé; et les tissus, à ce niveau, ont été fortement contusionnés par le passage de la roue de voiture. Nous sommes donc obligés d'aller plus haut que le tiers inférieur de la cuisse, d'autant plus, encore, qu'à ce niveau, l'athérome artériel existant, l'hémostase sera difficile à établir dans les lambeaux, et nous serions réduits à employer la compression sur les lambeaux pour arrêter l'écoulement du sang: or nous devons chercher absolument à éviter cette manœuvre qui augmenterait encore les chances, déjà menaçantes, de gangrène. La même considération nous fera renoncer au pansement ouaté, qui comprimerait trop nos lambeaux dans le cas particulier. D'autre part, quoique je doive faire l'amputation au niveau du tiers supérieur du fémur, je vous ferai remarquer que les tissus, à ce niveau, sont loin encore d'être sains: les muscles sont infiltrés de sang, ils ont subi un certain degré de contusion, et leur nutrition a été quelque peu altérée. Après l'amputation, le sang s'infiltrera encore dans les lambeaux, et, si nous cherchions à fermer la plaie par le mode de pansement ordinaire, nous ne tarderions pas à voir survenir tous les symptômes de la septicémie. Ces considérations doivent donc nous déterminer à employer le pansement à découvert, tel que je le pratique souvent dans notre service. C'est le seul pansement qui convienne au cas particulier; c'est le seul qui me donne quelque espoir de sauver ce malade, dont l'état m'inspire quelques inquiétudes.

Je ferai l'amputation à deux lambeaux, l'un interne, l'autre externe. Nous ne pouvons songer à l'appareil d'Esmarch, pour éviter la compression, les embolies qui pourraient se produire, et aussi le suintement consécutif qui serait désastreux; un aide fera la compression digitale de l'artère crurale, et, aussitôt le premier lambeau taillé, je lierai cette artère.

Je ne ferai pas le lambeau par le procédé de transfixion, qui donne souvent de mauvais résultats; je disséquerai avec soin dans ces tissus malades, conservant tout ce qui me paraîtra devoir être respecté. Vous voyez que je suivrai là une sorte de procédé bâtard, mais il faut toujours s'inspirer des circonstances particulières dans lesquelles on se trouve, et savoir se plier aux indications imprévues.

Je termine en vous résumant les conditions défavorables dans lesquelles sera faite cette opération: constitution générale affaiblie; fièvre 38°6 encore ce matin; nécessité de tailler les lambeaux dans des tissus malades, infiltrés de sang. J'espère remédier à ces chances d'insuccès par le pansement que j'emploierai, *pansement ouvert*, aidé par les soins les plus minutieux de désinfection.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Vidal.

De la sclérodermie spontanée.

Un heureux hasard nous a permis d'observer en même temps deux malades qui nous présentent les caractères typiques d'une affection rare; leur histoire nous donnera les faits les plus importants de cette curieuse maladie.

Le premier de ces malades est une jeune fille âgée de vingt et un ans, qui est entrée dans le service pour la première fois vers le mois de mai 1877, puis y est revenue au mois de décembre dernier. Le phénomène le plus saillant dont on est frappé au premier examen est une chloro-anémie profonde. Elle raconte qu'elle est très-nerveuse, qu'elle est sujette à des douleurs vagues; elle a présenté quelques symptômes d'hystérie. Depuis longtemps, dès qu'elle était exposée à un léger refroidissement, elle avait facilement l'onglée, et, un peu après, apparaissaient des sueurs abondantes à la paume des mains et à la plante des pieds. Elle a des antécédents scrofuleux, et elle a souffert de douleurs rhumatoïdes, probablement à la suite de son séjour dans un logement humide.

Le début de l'affection remonte à trois ans; elle a d'abord souffert du refroidissement des extrémités des mains qui se cyanosaient, prenaient une teinte bleuâtre violacée et se couvraient de sueurs abondantes. L'engourdissement, puis des douleurs dans les doigts, survinrent ensuite, alors même que la malade n'était pas exposée au froid, mais lorsqu'elle éprouvait simplement un trouble nerveux, une émotion morale. Dans ces circonstances, aussitôt apparaissait cette asphyxie locale des extrémités, comme l'onglée au moment des froids de l'hiver. Plus tard, les doigts sont devenus raides, la peau s'est durcie. A la peau de la face, mêmes phénomènes; la peau se raidissait, se plaquait sur les régions profondes; la physionomie n'avait plus aucune mobilité d'expression; les lèvres se plissaient fortement; les traits s'effaçaient; le visage paraissait couvert d'un masque immobile. La peau était décolorée, pâle et mate en certains points; en d'autres, elle était en quelque sorte pigmentée et brunie.

La malade éprouvait des douleurs vagues le long de la colonne vertébrale, mais en des points variables et jamais en des points bien déterminés. De même la pression sur les apophyses épineuses déterminait de la douleur. L'hyperesthésie fut généralement constatée.

Plus tard, la malade ressentit des douleurs névralgiques en diverses régions, puis à l'épaule, au bras et dans les mains. Enfin survint un phénomène rare, la contracture. La contracture envahit le biceps, puis les fléchisseurs, et amena la rétraction des doigts de la main droite. Les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main, incurvés de façon que les ongles pénètrent dans les tissus. Si l'on tente de les étendre, on provoque de la douleur; mais, que l'on soutienne l'effort, et les doigts cèdent rapidement, comme un ressort qui se détend. On peut ainsi étendre complètement les doigts: ce qui montre que la contracture n'est pas liée à une rétraction fibreuse, mais qu'elle est analogue aux contractures qui se rattachent à des lésions des cordons antéro-latéraux de la moelle.

Signalons enfin une lésion trophique remarquable, l'atrophie des tissus des phalanges: les deux index sont raccourcis, leurs extrémités sont notablement atrophiées, les os même ont été résorbés en partie. Le trouble trophique est encore accusé par les phlyctènes qu'on aperçoit sur les extrémités de ces doigts et qui marquent le premier degré de la sclérodermie dactylée.

Le deuxième malade est un homme âgé de soixante-sept ans, exerçant la profession de peintre: il a toujours été soumis à une bonne hygiène; toutefois il a eu des chagrins et a toujours été nerveux. Il est sujet depuis très-longtemps aux sueurs de la paume des mains et de la plante des pieds.

La maladie a seulement commencé depuis un an; il remarquait que ses mains devenaient souvent froides, prenaient une teinte violacée, qu'elles se gonflaient. Puis les doigts furent plus raides, la peau devenait plus dure. Il éprouvait au cou, à la poitrine, un sentiment de constriction comme si sa peau se fût transformée en corset; la peau se collait sur les parties profondes; elle est absolument tendue comme une peau de tambour. De même, sur le ventre et jusqu'aux cuisses, la peau se durcissait en larges plaques. En tournant la tête, il sentait la peau du cou rétractée gêner ses mouvements. La peau était, en ces points, lisse, plaquée, tendue, avec une coloration pigmentée, mêlée de vergetures blanchâtres. La maladie débute par une grande plaque sur le ventre, où la peau devint dure, tendue, et au-dessus on voyait une région violette faisant saillie au-dessus du niveau de l'abdomen, tandis que la plaque inférieure s'enfonçait pour ainsi dire au-dessous de ce niveau. Cette portion gonflée était congestionnée, œdémateuse pour ainsi dire, mais le doigt n'y laissait aucune empreinte. Le froid, les émotions morales augmentaient les caractères de cette zone d'asphyxie locale (1).

Telle est l'histoire de cette maladie désignée sous le nom de sclérodermie et caractérisée par l'induration du chorion et du tissu cellulaire profond avec rétraction de la peau sur les parties sous-jacentes. Décrite à la fin du dix-huitième siècle avec l'œdème dur des nouveau-nés (qui n'est pas un sclérème véritable), la sclérodermie a été bien étudiée dans la monographie de Thirial en 1845, et depuis cette époque par Horteloup, Lagrange, Hébra, Hardy (2), etc., etc.

Je pense qu'il faut en reconnaître deux formes: 1° la forme spontanée; 2° la forme secondaire ou partielle. Cette dernière forme survient sur un membre, le membre inférieur ordinairement, se développant consécutivement à une lésion de la peau, eczéma ou ulcère; des poussées de lymphangite se développent avec de l'œdème, puis le tissu élastique s'organise par un processus analogue à celui que nous allons décrire dans la sclérodermie spontanée, et produit des rétractions de la peau en diverses régions et notamment sur le tendon d'Achille. Cette forme n'a pas encore été étudiée. Aujourd'hui nous ne nous occupons que de la sclérodermie idiopathique, celle que nous avons observée chez nos deux malades.

Elle débute par l'évolution œdémateuse, formant, dans sa première période, des plaques faisant saillie sur la peau, colorées et présentant la teinte de l'asphyxie locale. Elle peut ensuite présenter des bandes longitudinales ou circulaires; on a vu ainsi des sillons se former sur les seins et les diviser en deux lobes distincts. Enfin, une dernière variété est celle où l'on observe les lésions des extrémités, l'induration, puis les altérations consécutives, raccourcissement des doigts par l'atrophie de la peau et des parties profondes, sans en excepter les os et les articulations (cas de Lagrange).

(1) Ces deux observations cliniques sont une nouvelle preuve de ce que nous avons signalé précédemment (voir *Gazette des Hôpitaux*, 1878, page 250), savoir, la relation intime qui existe entre la sclérodermie et l'asphyxie locale. Ce dernier symptôme marquerait le début de la maladie.

(2) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1877, numéros des 8 et 15 mars.

En général, sur les parties supérieures, au cou, à la face, on voit la peau collée, tendue; sur le tronc, ce phénomène produit la sensation d'une forte constriction. La coloration varie suivant le degré de la maladie. M. Bouchut a même observé l'envahissement des muqueuses par l'induration; la langue et la muqueuse de la bouche étaient indurées et rétractées. L'altération des ongles est rapide; on observe aussi la rétraction de l'extrémité du petit doigt. Sur la peau, on voit de petites bulles qui dénotent le trouble trophique, comme la coloration violacée et la transpiration de la paume des mains; cette transpiration ne s'observe pas sur les parties indurées. Les poils disparaissent presque complètement. La sensibilité est exagérée le plus souvent. Les malades se plaignent d'engourdissement, de serrement, de constriction pénible.

On a remarqué, en même temps, des bizarreries de caractère, même des symptômes d'aliénation mentale, des hallucinations qui indiquent un trouble du système nerveux. Ajoutez à cela les symptômes généraux, la chloro-anémie, les troubles de la menstruation, l'amaigrissement, le marasme; enfin des maladies intercurrentes surviennent généralement et emportent le malade.

L'anatomie pathologique de la sclérodermie n'est pas encore bien connue; il y manque l'étude des lésions centrales auxquelles, fort vraisemblablement, il faut rattacher les troubles observés à la périphérie, à la peau.

Ces lésions, du côté de la peau, tiennent à une asphyxie locale; l'arrêt de la circulation est le premier fait et le point de départ du processus pathologique. Un exsudat se produit à ce niveau, puis les cellules prolifèrent ainsi que les globules blancs; ces cellules embryonnaires s'organisent et produisent, les unes du tissu conjonctif, les autres du tissu élastique. Cette prolifération considérable envahit tout le derme, la gaîne des vaisseaux et même la tunique élastique des artères, dont la lumière se trouve rétrécie notablement, au point de plisser l'endothélium. A la coupe, le derme tassé, induré, crie sous le scalpel. De petites gangrènes partielles se forment rapidement avec des phlyctènes et des ulcérations. Une autre conséquence de l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané par des travées fibreuses est le tassement des aréoles des cellules adipeuses; ces aréoles perdent leurs dimensions et disparaissent presque entièrement.

On n'a pas encore signalé d'altération du tissu musculaire, autre que l'atrophie. On n'a trouvé aucune lésion des troncs nerveux. Il semble cependant que la sclérodermie doit avoir pour cause spéciale une lésion quelconque des centres nerveux; hypothèse rendue très-probable par les troubles trophiques, la contracture et les douleurs qui siègent le long de la colonne vertébrale. On n'a cependant pas encore trouvé cette lésion de la moelle, on l'a même contestée. Cependant, dans une autopsie, MM. Chalvet et Luys, à Bicêtre, ont trouvé, chez un ancien sclérodermique, une sclérose de la moelle, ce qui pourtant ne signifie pas que ce soit là la lésion pathogénique de la sclérodermie; ce fait permet seulement de supposer que la sclérose de la moelle a pu peut-être intéresser des centres trophiques. D'un autre côté, une autre observation de MM. Lagrange et Hallopeau n'a présenté aucune altération de la moelle ni des centres nerveux.

L'étiologie de cette maladie nous montre qu'elle est beaucoup plus fréquente chez les femmes que dans le sexe masculin et surtout chez les individus nerveux et rhumatisants. Observée chez les sujets qui ont souffert et qui ont été débilités par une cause quelconque, elle a été aussi rencontrée, quoiqu'en dise Hébra, dans les classes aisées de la société.

Le diagnostic en est facile; elle est caractérisée par la dureté de la peau, sa rétraction, les troubles vaso-moteurs, l'asphyxie locale des extrémités, l'induration typique. Toutefois il faut distinguer la sclérodermie de l'aplasie lamineuse de la face, où la peau est très-mince, mobile, pouvant être pincée avec les doigts; de la kéloïde, avec laquelle autrefois Addison l'a confondue, mais cette dernière affection présente des tumeurs rameuses, des prolongements faisant saillie au-dessus du niveau de la peau, en des points ordinairement localisés, parfois symétriques. On a pu aussi confondre la sclérodermie avec la lèpre; on l'en distinguera parce que dans la lèpre les plaques blanchâtres à bords congestionnés sont insensibles, tandis qu'il y a, au contraire, hyperesthésie dans les cas de sclérème des adultes. On la distinguera de la pachydermie par l'épaississement et le développement hypertrophique de toute la peau qui caractérise l'éléphantiasis.

Dans la morphée (*morphæa vitiligo*) il y a bien une induration de la peau, avec les vaisseaux resserrés et une décoloration qui se rapproche beaucoup de la sclérodermie; il faut une grande habileté pour faire parfois ce diagnostic différentiel, qui est quelquefois impossible.

Le pronostic est variable suivant les formes et le degré auquel est arrivée la maladie. Dans la forme œdémateuse du début, on a vu des cas de guérison (Hardy). A ce moment, la sclérose de la peau n'est pas encore complète. Mais, lorsque la sclérodermie est en plaques, dactylée, on ne peut guère avoir que des rémissions de plus ou moins longue durée, et la maladie se termine par l'affaiblissement et le marasme.

Le traitement qui a le mieux réussi, surtout dans la période œdémateuse, est l'emploi des bains de vapeur et des douches chaudes. M. Hardy y ajoutait le traitement tonique qui est toujours indiqué et la médication arsenicale.

Chez la jeune fille dont nous venons de parler, nous avons obtenu une amélioration notable à la face et aux doigts même, où l'induration a beaucoup diminué, par le traitement hydrothérapique, les douches chaudes, qui sont un excellent sédatif de la moelle épinière. Nous continuons évidemment le régime tonique qui a une indication toute spéciale dans le cas particulier.

REVUE DE LA PRESSE.

Pourquoi les varices des veines superficielles des membres inférieurs affectent beaucoup moins fréquemment la veine saphène externe que la veine saphène interne, par H. Chrétien (de Nancy). — Le plus ordinairement les varices superficielles n'appartiennent qu'à la saphène interne, rarement aux saphènes interne et externe à la fois, presque jamais à la saphène externe seule, à moins qu'une cause tout à fait locale, agissant exclusivement soit sur le tronc de celle-ci, soit sur ses origines, soit sur la poplitée dans laquelle il débouche, n'en soit la cause productrice.

M. Chrétien fait observer que l'explication de cette particularité est impossible avec les idées que se sont faites et se font encore aujourd'hui les chirurgiens et les anatomistes sur la situation exacte de la saphène externe par rapport à l'aponévrose d'enveloppe de la jambe. Si, avec eux, on la suppose *sus-aponévrotique*, si on se la représente comme ayant à traverser un orifice fibreux au niveau du creux poplité pour devenir profonde, non-seulement on tombe dans une profonde erreur, mais encore on ne peut s'expliquer son immunité relative vis-à-vis des varices.

L'auteur cite l'opinion des auteurs modernes: tous, Cruveilhier, Malgaigne, Richet, Sappey, Le Dentu, Tillaux, la supposent sus-aponévrotique, ou donnent la description d'un trajet difficile à comprendre.

Or, depuis longtemps, le professeur Morel enseigne qu'à partir du quart inférieur de la jambe, la saphène externe est *sous-aponévrotique*, et que, par conséquent, au creux poplité elle n'a nullement à traverser l'aponévrose superficielle de la région pour devenir profonde. M. Chrétien, après de nombreuses dissections de la jambe, a obtenu les résultats suivants, concordants d'ailleurs avec ceux de Morel.

La veine saphène externe est manifestement sous-aponévrotique dès qu'elle atteint la partie postérieure de la jambe, bien avant même qu'elle s'engage dans la rainure qui sépare les jumeaux. Sur des sujets maigres et peu musclés, très-propres par conséquent à la préparation des aponévroses, on voit la saphène externe s'engager sous l'aponévrose jambière au moment où elle croise ou vient de croiser le bord externe du tendon d'Achille; parfois un peu plus haut, mais cela seulement chez quelques sujets. On remarque facilement qu'à partir de ce point les fibres nacrées et à direction circulaire de l'aponévrose jambière passent au-dessus de la veine; en tiraillant l'aponévrose, on les voit se mouvoir et glisser au-dessus d'elle sans que celle-ci, injectée, suive leur mouvement; en séparant l'aponévrose des tissus sous-jacents par une incision parallèle au trajet de la veine et à une certaine distance d'elle, en disséquant l'aponévrose de cette incision vers la veine, on voit parfaitement la membrane fibreuse la recouvrir. Enfin, au creux poplité, il est aussi facile de constater que la situation de ce vaisseau est complètement sous-aponévrotique, et qu'il n'a aucunement à traverser l'aponévrose pour plonger vers la veine poplitée.

Après avoir bien précisé les rapports de la saphène externe et sa situation sous-aponévrotique, le docteur Chrétien explique son immunité relative vis-à-vis des varices, surtout de celles qui sont dues, comme c'est le cas le plus habituel, à la station verticale prolongée.

Étudions-la donc pendant la station seulement; il est inutile de l'étudier pendant la marche, car il est bien démontré que les marcheurs sont fort peu sujets à cette infirmité; on a même cité des cas de varices guéries par des marches forcées.

Dans la station verticale, la pesanteur agit sur la circulation veineuse des membres inférieurs avec sa plus grande puissance et a pour résultat d'en ralentir le cours, d'augmenter la tension du sang veineux, d'où une tendance à la dilatation passive des vaisseaux, à la formation de varicosités. Or, ces dilatations peuvent se produire bien plus facilement sur la saphène interne ou plutôt sur ses branches, plongée qu'elle est dans un tissu cellulaire sous-cutané lâche et peu résistant, que sur la saphène externe qui, située sous l'aponévrose jambière, toujours tendue et inextensible, se trouve bridée et contenue par elle au même titre que les veines profondes, notamment celles qui accompagnent les artères tibiale postérieure et péronière.

L'aponévrose jambière joue donc vis-à-vis de la saphène externe tendant à se dilater, sous l'influence de la station prolongée, le rôle que remplit le bas élastique ou le bas lacé vis-à-vis d'une saphène interne qui commence à donner naissance à des varices; elle la maintient sous une pression légère, uniforme et constante, qui suffit à suppléer à la faiblesse, à l'insuffisance des parois vasculaires. Et comme la station prolongée est la cause la plus fréquente qu'on puisse invoquer dans la pathogénie des varices, on conçoit que la saphène externe se trouve bien plus efficacement protégée contre elles que la saphène interne, dépourvue du soutien d'une aponévrose inextensible. (*Revue méd. de l'Est.*)

Prostatite aiguë au cours de la blennorrhagie. — La blennorrhagie dont il est question se déclara après une période d'environ huit jours d'incubation, vers le 25 novembre. D'abord marche normale et état anodin de l'affection; peu d'écoulement. Dix-huit à vingt jours après, les symptômes avaient en partie disparu, quand, à la suite d'une rechute, survient une recrudescence du mal. Uréthrite intense, écoulement un peu plus abondant que le précédent et beaucoup plus épais et puriforme, néanmoins toujours peu abondant; posthite assez prononcée et engorgement des ganglions de l'aine, au point de rendre la marche douloureuse. Au bout de quelques jours de cet état, vers le 20 décembre, les dou-

leurs deviennent très-violentes à la fin et au commencement de la sécrétion ; bientôt, chaque émission de l'urine entraîne avec elle des contractions spasmodiques du canal d'une violence extrême, au point de faire « craindre au malade que les selles ne s'échappent en urinant ». Chaque goutte d'urine renouvelle ces contractions qui soulèvent tout le périnée avec violence; la marche renouvelle à chaque pas un besoin cuisant d'uriner, et, quand le malade s'arrête, trompé par ce besoin, *émission nulle*, ou de quelques gouttes qui, loin de calmer, exaspèrent encore cette sensation. Cet état violent dure quatre ou cinq jours, puis se calme et disparaît (26 décembre); persistance des phénomènes primitifs, écoulement minime, douleur assez intense. Le 13 janvier, après un écart de régime léger, diarrhée, dysurie avec un petit mouvement de fièvre pendant trois jours de suite, vers quatre heures du soir; accentuation de ces phénomènes, disparition de la fièvre. Le 16 janvier, diarrhée, dysurie. Le 17, strangurie. Le malade se met au lit : bain de siège vers le soir; cataplasme sur la verge, et, à une heure du matin, émission libre de l'urine; urines épaisses, sensation de picotement et prurit à l'anus et au méat. Vingt jours de traitement : repos au lit, bains de siège, cataplasmes, lavements. Enfin, vers la fin du mois de février, disparition des phénomènes aigus, et le malade entre en voie de guérison; convalescence lente. Les rechutes sont à craindre. (*Gaz. méd. chir. de Toulouse.*)

Les parasites et la dysenterie de Cochinchine et d'Afrique. — Deux médecins de marine, MM. Normand et Donon, font remarquer que ce sont les Européens seuls qui sont atteints de la maladie connue sous le nom classique de *diarrhée de Cochinchine ;* ils expliquent ce fait parce que les Européens boivent en Cochinchine, comme ils le font chez eux, l'eau des cours d'eau après l'avoir filtrée. Les indigènes n'en boivent jamais et ne font usage que d'eau bouillie, qu'ils parfument avec du thé. Or l'ébullition a pour effet de détruire les êtres microscopiques ou leurs œufs, tandis que les filtres les mieux faits laissent encore passer au moins les œufs des anguillules. Celles-ci se développent en quantité innombrable dans les eaux toujours débordantes du Cambodge ou dans les rizières. En vain le soleil dessèche les flaques d'eau; comme les microzoaires jouissent de la propriété de demeurer dans une sorte de léthargie pendant la sécheresse, pour revivre, pour ainsi dire, à la moindre humidité, l'inondation suivante les retrouve et donne à leurs œufs le signal de l'éclosion; ces animaux pullulent donc, en réalité, sans interruption.

M. Donon demande que ces faits soient pris en considération au ministère de la marine, et que désormais des instructions soient données pour que les troupes ne boivent que de l'eau bouillie. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

Tétanos suivi de guérison, traité par l'hydrate de chloral à haute dose. — Le docteur Stutel publie une observation de tétanos survenu chez un manouvrier âgé de cinquante-deux ans, qui avait reçu un coup de masse sur la première phalange du pouce de la main gauche. L'amputation du doigt ayant été refusée, la plaie comminutive fut pansée à l'alcool et à la ouate. Les accidents tétaniques ont débuté le quinzième jour, à la suite d'un travail excessif pour rentrer des récoltes. Ils se sont prolongés à l'état aigu pendant trois semaines, et pendant tout ce temps, de douze en douze heures, le malade a pris 15 grammes d'hydrate de chloral et 20 centigrammes d'opium.

Il y a tout lieu de croire que c'est à cette médication que le blessé a dû sa guérison, car lui-même réclamait ses potions dès qu'on dépassait l'heure de les lui faire prendre, *les secousses et les crampes reparaissant aussitôt qu'il était réveillé.*

La durée de la blessure a été de sept semaines ; on a usé, à diverses reprises, d'huile de ricin pour maintenir la liberté du ventre. (*Revue méd. de l'Est.*)

— Nous trouvons, dans *Paris médical*, l'histoire d'un malade de Thorpe, âgé de quatorze ans, atteint de tétanos à la suite d'une plaie du pied. Ce tétanos, survenu après une semaine, fut traité par la teinture d'aconit, 8 gouttes, puis 12 gouttes toutes les deux heures. Le troisième jour de ce traitement, l'amélioration fut notable, et, cinq jours après, la guérison fut parfaite.

On connaît le traitement du tétanos, par le repos absolu, de Renzi, de Gênes, et le traitement par le tiraillement des nerfs, de Vogt, qui ont été tous deux aussi couronnés de succès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 octobre 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet des rapports sur le service médical des eaux minérales d'Amélie-les-Bains, de Pougues, de Bourbonne.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. Leblanc, médecin-vétérinaire, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire; 2° un travail manuscrit de M. Ernest Baudrimont, intitulé : *Recherches sur le phosphure de zinc.*

PRÉSENTATIONS

M. ROCHARD présente un exemplaire de la 5e édition du *Traité d'accouchements* de M. le docteur Lucien Pénard (de Brest).

M. LABOULBÈNE offre à l'Académie ses *Nouveaux Éléments d'anatomie pathologique.*

La pensée de cet ouvrage m'est venue, dit-il, pendant que je suppléais à la Faculté un vénéré maître, le professeur Cruveilhier. J'ai voulu présenter à la fois l'anatomie pathologique visible à l'œil nu, et les altérations microscopiques, en un mot : l'anatomie pathologique, descriptive et histologique.

Les descriptions qui font la base de ce livre ont été recueillies dans mes divers services d'hôpitaux ; j'ai dessiné un grand nombre des figures. L'ouvrage est ainsi composé à la plume et au crayon.

Mes collègues de l'Académie verront combien j'ai recouru, dans une large mesure, à leurs importants travaux.

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. POGGIALE, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de plusieurs rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales nouvelles. Les conclusions favorables sont approuvées, après quelques courtes observations.

LECTURES

Goître suffocant. Laryngotomie. — M. KRISHABER donne lecture d'une observation sur un cas de goître suffocant survenu à la suite de l'usage immodéré et intempestif d'une eau de source d'une contrée à goître endémique, pour lequel il a dû pratiquer la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, le sondage et la dilatation de la trachée rétrécie.

L'inclinaison et la flexion de la colonne vertébrale dans les déviations latérales de cette tige. — M. J. GUÉRIN donne lecture, sous ce titre, d'un mémoire dont le but est de montrer, par l'application à l'ordre pathologique des résultats des recherches anatomiques et physiologiques qu'il a exposés l'année dernière à l'Académie, que la connaissance précise des dispositions articulaires présidant aux mouvements de latéralité de la colonne, qu'une bonne détermination de ces mouvements jettent de nouvelles lumières sur l'intervention de ces mêmes mouvements dans les déviations et sur le mécanisme des altérations auxquelles ils participent.

Lorsqu'une déviation de l'épine se présente à l'observation, soit comme complication d'un problème de diagnostic médical à résoudre, soit comme difformité à traiter, dit M. J. Guérin, la première nécessité est de se rendre compte de sa nature, de ses caractères, de son mécanisme. Or, une déviation de l'épine étant donnée, connaît-on les éléments dont elle se compose, sait-on ce qu'il faut entendre par la déviation proprement dite? Quelle part y ont l'in-

clinaison et la flexion de l'épine ; quelle part ses courbures ; quelle part sa torsion ? Connaît-on les rapports de chacun de ces éléments entre eux, etc. ? Il n'existe jusqu'ici aucune solution précise ou seulement satisfaisante de ces questions. Ce ne peut être cependant qu'à la condition de les résoudre qu'on parviendra à poser nettement les indications et les moyens de traitement des difformités dont il s'agit.

Toute déviation latérale de nature musculaire, comprenant le fait de l'inclinaison, la flexion, les courbures et la torsion, comme autant d'éléments qui en font invariablement partie, M. J. Guérin s'est proposé de montrer en quoi consiste chacun de ces éléments, quelle est la part de chacun d'eux, quel en est le mécanisme, quelles en sont les dépendances dans l'évolution des caractères anatomiques et physiologiques de la difformité.

Dans le présent mémoire M. Guérin ne s'occupe que de ce qui a trait spécialement à la flexion et à l'inclinaison latérale. Voici sommairement les points qu'il y traite.

Il rappelle d'abord les dispositions anatomiques et physiologiques qui président aux mouvements d'inclinaison et de flexion de la colonne à l'état normal. Il montre ensuite que, dans toute déviation latérale, à toutes ses périodes, à tous ses degrés, l'inclinaison et la flexion y ont invariablement une part quelconque, tantôt primitive, tantôt consécutive. Puis, indiquant la condition statique générale qui rend cette participation absolument nécessaire, il fait connaître comment toutes les causes d'inclinaison et de flexion pathologiques primitives se résolvent dans une même cause générale, à savoir : le trouble de l'équilibre et les réactions musculaires qu'il provoque. Enfin il fait connaître les différentes causes spéciales qui mettent primitivement en jeu l'inclinaison et la flexion et limitent leur influence à ces deux éléments de la déviation.

Les considérations contenues dans ce mémoire se terminent par les conclusions suivantes :

1° Les mouvements d'inclinaison et de flexion physiologiques desservis par les articulations spéciales existant entre la septième cervicale et la première dorsale, entre la onzième et la douzième dorsale, entre la dernière lombaire et le sacrum, et les muscles correspondants à ces articulations, servent de point de départ aux déviations de l'épine résultant du trouble de l'équilibre qui assure la verticalité normale du tronc ;

2° Toutes les causes qui sont susceptibles d'altérer cette verticalité se résolvent dans deux faits généraux, à savoir : l'obliquité primitive du bassin par brièveté d'un des membres pelviens, ou cette obliquité consécutive résultant d'attitudes vicieuses provoquées par insuffisance musculaire ou ligamenteuse ;

3° Toutes les attitudes vicieuses susceptibles de produire des déviations latérales de l'épine se résolvent dans l'insuffsance de la verticalité du tronc, et cette insuffisance dans l'inclinaison du bassin ;

4° L'existence primitive de l'inclinaison et de la flexion de l'épine constitue un caractère spécial d'un ordre entier de déviations de l'épine, celles que j'ai désignées sous le nom de déviations musculaires passives.

De la chaleur animale. — M. L.-A. BONNAL (de Nice) donne lecture d'un travail intitulé : *Étude historique et critique sur la chaleur animale.* — L'auteur, dans ce travail, s'est proposé de chercher à préciser l'état actuel de nos connaissances sur la question de la chaleur animale, en faisant un examen critique des travaux les plus importants qui ont paru sur ce sujet. Il passe successivement en revue les résultats principaux qui résutent des travaux de Lavoisier, de Boerrhaave, de Fahrenheit et de Provost ; Tillet, Franklin, Fordeyce, J. Hunter, Delaroche, Magendie et Cl. Bernard. L'auteur se réserve de revenir ultérieurement sur plusieurs des conclusions qu'on a tirées de ces divers travaux et qu'il dit être en désaccord avec ses recherches personnelles.

Le travail de M. Bonnal est renvoyé à l'examen d'une commission.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du 5 octobre 1878, une session extraordinaire, exclusivement réservée aux engagés conditionnels d'un an, s'ouvrira devant les Facultés des sciences et les Facultés des lettres, le 25 octobre 1878, pour les épreuves au baccalauréat.

— Nous sommes invités à reproduire la pétition suivante qui a été adressée par un groupe d'étudiants en médecine à M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Paris, 1er octobre, 1878.

A Monsieur le Directeur général de l'Assistance publique, à Paris.

Monsieur le Directeur général,

Les étudiants en médecine soussignés sollicitent de votre bienveillance l'abolition d'une mesure qui frappe injustement une partie d'entre-eux : ils vous prient d'admettre au concours de l'externat les étudiantes en médecine, aspirant comme eux au doctorat, subissant les mêmes examens et devant par conséquent puiser leur instruction aux mêmes sources.

Confiants dans votre esprit de justice, ils vous donnent, Monsieur le Directeur général, l'assurance de leur profond respect.

Signé : Eug. A. Poncy, Bagnol, Lejard, Clado, Guimaraes, Delécluse, Roux, Guénot, Gué, Sillaux, Liébaut, Colovitch, Demay, Vassitch, Genet, Durieux.

— M. le docteur Paul Chaulet fils, médecin municipal de la ville d'Agen, vient d'être nommé médecin de l'École normale de Monbrac.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Nº 119. — SAMEDI 12 OCTOBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 12 OCTOBRE 1878. — Nº 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Électrisation céphalique; ses applications au traitement des maladies mentales.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a essayé d'appliquer l'électrisation au traitement des affections mentales, bien que la chose vienne d'être donnée tout récemment comme nouvelle.

Sans remonter aux premiers essais d'application de l'électricité statique, qui datent du commencement du dix-huitième siècle, et qui, après un engouement passager et de nombreuses espérances déçues, ne tardèrent pas à tomber dans l'oubli, nous rappellerons que des tentatives et des recherches plus sérieuses sur l'action de l'électricité dynamique ont été faites depuis et à diverses époques.

En 1845, notamment, un médecin de l'asile de Maréville, M. le docteur Teilleux, qui déjà, quelques années auparavant, s'était occupé de recherches relatives à l'influence des courants galvaniques induits sur les paralysies oculaires, sur les hémiplégies, les paralysies locales, les névralgies, les contractures, etc., entreprit une série d'expériences sur des aliénés; il étudia la sensibilité suivant les formes d'aliénation mentale et l'influence de l'électricité sur la circulation. Il ne tarda pas à se convaincre que, si l'électricité jouit le plus souvent de la propriété d'exciter la circulation chez les aliénés, elle exerce aussi quelquefois chez eux une action sédative de cette fonction; et il arriva à cette conclusion générale, formulée dans un mémoire inséré dans les *Annales médico-physiologiques* de 1859 : que l'électricité est un agent beaucoup trop puissant, que ses manifestations sont beaucoup trop actives, que le chiffre, de plus en plus nombreux, des affections maladives graves dépendant de troubles, de perversions, de cessations fonctionnelles momentanées du système nerveux, contre lesquelles son action est employée, est beaucoup trop considérable, pour que l'on persiste plus longtemps à ne pas se préoccuper d'une manière sérieuse des ressources que présente l'électrisation dans le traitement de la folie.

Dans la même année, et dans le même recueil, M. le docteur Auzouy, médecin du même asile, faisait connaître les résultats avantageux qu'il avait obtenus également de l'action de l'électricité chez les aliénés, particulièrement pour combattre les troubles fonctionnels de la peau, si fréquents chez ces malades. Ces deux médecins avaient déjà été précédés et dirigés dans leurs recherches par M. Renaudin, médecin en chef de ce même asile.

Enfin, Hiffelsheim, enlevé prématurément à la science qu'il cultivait avec un grand zèle et une vive intelligence, après avoir établi, dans des mémoires spéciaux résumant ses recherches sur l'emploi de l'électricité, que la propriété physiologique la plus importante des courants continus était leur action sur les nerfs du sentiment et sur les centres nerveux eux-mêmes, avait commencé dans le service de M. Baillarger, à la Salpêtrière, une série d'applications de sa méthode d'emploi de courants continus faibles, mais longtemps prolongés, qui paraissaient lui avoir donné déjà quelques résultats avantageux, lorsque la mort est venue interrompre la série de ses recherches.

Mais, soit que les résultats obtenus n'aient pas été en réalité assez satisfaisants pour avoir eu un grand retentissement, soit que les procédés employés jusqu'alors et leur mode d'emploi aient été défectueux, ou tout au moins inférieurs à ceux qui sont maintenant en usage, toujours est-il qu'il en a été très-peu question dans ces dernières années. Si bien que MM. Legros et Onimus ont pu écrire, en 1872, dans leur traité d'électricité médicale : que les courants électriques ont été fort peu employés jusqu'à présent pour les affections cérébrales; ce qui se concevait facilement, dans leur pensée, par le danger qu'il y a toujours à diriger des courants d'induction et même des courants continus à travers la tête.

Cependant, sans vouloir pour cela les mettre en contradiction avec eux-mêmes, M. Onimus et son collaborateur Ch. Legros, de si regrettable mémoire, ont établi dans leurs savantes études de l'électricité que le courant de la pile peut devenir un sédatif, un calmant, comme l'avait déjà avancé Hiffelsheim, sédatif qu'avec un peu d'expérience on peut appliquer directement sans danger sur les centres nerveux et même sur la tête. Ils ont, disent-ils, plusieurs fois fait passer à travers la tête des courants continus plus ou moins intenses, chez des personnes de tout âge, sans en avoir jamais constaté le moindre accident. Aussi se déclarent-ils persuadés que

dans plusieurs cas d'excitation cérébrale, de troubles dans la circulation intra-cranienne, peut-être même dans certaines formes de délire, on pourrait retirer de grands services de l'emploi des courants continus.

Cette intéressante étude vient d'être reprise par M. Letourneau, qui en a fait le sujet d'une communication à la section médicale du congrès pour l'avancement des sciences. Partant des faits que la découverte des nerfs vaso-moteurs a mis en lumière, et en particulier de ce fait que toute action exercée sur la vitesse et le débit du courant sanguin dans les capillaires, atteint par contre-coup les éléments histologiques que ce courant dessert, M. Letourneau a entrepris, sur les animaux d'abord, une série d'expériences à l'aide des courants continus sur les nerfs vaso-moteurs de la tête, notamment sur le cordon cervical et le ganglion cervical supérieur, de manière à diminuer ou augmenter méthodiquement et à volonté l'afflux du sang artériel dans la trame du cerveau et en observer les effets. Le fait le plus saillant qui est ressorti de ces expériences est que l'électrisation du ganglion sympathique cervical, ou, pour parler plus exactement, l'électrisation diffuse à travers la peau de la région où il se trouve, détermine la contraction des vaisseaux rétiniens. Le même fait avait déjà été constaté chez l'homme durant l'électrisation, soit de la tête, soit de ce même ganglion. M. Letourneau avait vu la production de ce fait chez une malade atteinte de choroïdite disséminée, en opérant avec un courant de dix éléments de la pile Trouvé au sulfate de cuivre. Il y avait eu d'abord resserrement graduel des vaisseaux rétiniens aussitôt après la fermeture du courant, puis, au bout d'une demi-heure environ, une dilatation graduelle et très-modérée, enfin une contraction forte au moment de l'interruption, identiquement comme dans les expériences sur les animaux.

Après avoir constaté que l'électrisation du ganglion sympathique cervical chez l'homme détermine, comme chez les animaux, la contraction des vaisseaux rétiniens, M. Letourneau est parti de ce fait pour en induire des applications thérapeutiques, dont il a fait connaître les résultats aux membres de la section médicale du congrès pour l'avancement des sciences.

On sait que les médecins électriciens s'adressent journellement, à travers les téguments, au ganglion cervical supérieur, pour combattre, chez l'homme, certaines affections du globe oculaire. Nous venons de rappeler que M. Letourneau avait déjà eu recours à ce moyen chez une malade atteinte de choroïdite. Concluant de ce qui se passe dans le fond de l'œil à ce qui doit se passer sûrement dans l'encéphale, M. Letourneau a vu dans cette contraction vasculaire des vaisseaux cérébraux l'explication des vertiges que produit habituellement l'électrisation de la tête. C'est bien sûrement, a-t-il pensé, d'une anémie cérébrale qu'il s'agit dans cette circonstance, et non, comme l'ont pensé quelques médecins, d'une congestion cérébrale, ce qui serait contraire à ce qu'enseigne la physiologie des vaso-moteurs de la tête, car le vertige se produit surtout quand on interrompt le courant, c'est-à-dire au moment où les vaisseaux se contractent.

C'est là un fait très-intéressant, en ce qu'il nous apprend que l'électricité nous fournit un moyen d'agir efficacement sur la circulation cérébrale et par suite de combattre les troubles cérébraux purement congestifs, ceux dans lesquels il n'y a pas encore de dégénérescence des éléments des capillaires, où des congestions trop prolongées ou trop réitérées n'ont pas eu pour conséquence la formation d'exsudats, de néoplasies persistantes.

De là à l'application clinique il n'y avait qu'un pas. M. Letourneau l'a franchi. Il a ainsi triomphé, a-t-il dit, sans autre traitement, d'une tendance aux congestions cérébrales qui déjà s'était manifestée par deux attaques suivies de perte de connaissance, chez un instituteur très-intelligent et extrêmement occupé, qui put, pendant le traitement, continuer à exercer sa profession. Chez lui, chaque électrisation, soit du cerveau, soit du ganglion cervical supérieur, amenait un soulagement immédiat.

Elle le débarrassait de « sa calotte de plomb », selon son expression. Sa vue devenait en même temps plus nette, les objets lui semblaient plus colorés.

Un fait non moins curieux, comme exemple de la tendance presque invincible au sommeil qui suit souvent l'électrisation de la tête, est celui d'une dame qui, après une électrisation céphalique ayant duré six minutes, avec un repos et par conséquent une interruption après la troisième minute, retourna chez elle tout appesantie, et, ne pouvant rentrer immédiatement dans son appartement, où il n'y avait alors personne, se coucha et s'endormit profondément sur l'escalier, où on la réveilla au bout d'une demi-heure.

Enfin, dans deux cas de spleen provoqués, l'un par des excès de travail intellectuel, l'autre par des abus alcooliques, il a vu les idées noires, le découragement se dissiper après un certain nombre d'électrisations cérébrales. L'un de ces malades, jeune homme distingué, écrivain, qui était devenu incapable de toute application de l'intelligence et ne pouvait même plus lire un journal sans être pris à l'instant de douleurs de tête, a recouvré peu à peu toute son activité mentale.

D'après ces faits, M. Letourneau se croit fondé à considérer l'électrisation céphalique comme surtout indiquée dans la vaste classe des maladies mentales, dans celles, surtout, qui ne sont pas encore trop anciennes. *A priori*, elle lui semble devoir rendre des services dans le traitement des manies aiguës.

Ce sont là des expériences à poursuivre, avec toute la prudence, toutefois, que comporte ce moyen thérapeutique.

Métallothérapie. — Nouvelles et dernières expériences de la commission de la Société de biologie.

On n'a pas oublié que, dans son premier rapport sur les travaux de M. Burq relatifs à la métalloscopie et à la métallothérapie, la commission chargée par la Société de biologie de répéter et de contrôler les expériences de notre confrère, avait constaté et confirmé la réalité des faits de métalloscopie annoncés dans ses divers mémoires. La commission avait une seconde tâche à remplir : c'était d'étudier dans quelles limites pouvait être confirmée la deuxième proposition formulée par M. Burq, à savoir que l'aptitude métallique externe enseigne quelle est l'aptitude métallique interne; c'est-à-dire qu'étant connu le métal qui, par son application externe, a modifié la sensibilité et la force musculaire des hystériques, c'est ce même métal qu'il convient de donner à l'intérieur pour guérir les manifestations de la diathèse hystérique.

C'est ce qui a fait l'objet du deuxième rapport lu au nom de la commission par M. Dumontpallier dans l'une des dernières séances du mois d'août, et dont il ne nous avait pas été possible encore jusqu'à présent de rendre compte, faute d'en avoir le texte sous les yeux.

La première partie de ce rapport est consacrée à la relation détaillée des expériences thérapeutiques et des résultats obtenus chez les malades hystériques du service de M. Charcot à la Salpêtrière, notamment chez les nommées Marc..., Aug...,

Ba..., Bucq..., Witt..., dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs dans quelques-unes de nos Revues cliniques du commencement de l'année. Aussi n'y reviendrons-nous pas ici. Mais ces expériences ayant révélé plusieurs faits nouveaux, entre autres l'anesthésie de retour, la persistance de la diathèse, alors même que les manifestations hystériques paraissaient guéries, persistance révélée par cette même anesthésie de retour sous l'influence de nouvelles applications métalliques, enfin la production de phénomènes analogues à ceux de l'application des plaques métalliques par des courants électriques, et l'action de la superposition de deux plaques de métaux différents sur un même point de la surface cutanée, c'est sur ces divers ordres de faits et sur les expériences qui les ont fait reconnaître, ainsi que sur les conclusions générales du rapport, que nous allons nous arrêter un instant dans cette Revue.

On a vu, par les faits que nous avons déjà fait connaître et qui sont rappelés avec tous leurs détails dans le rapport, que chez les malades ci-dessus désignées par les initiale de leurs noms, dont les manifestations hystériques ont été d'ailleurs si avantageusement modifiées par la médication métallique interne, la diathèse, néanmoins, paraissait rester en puissance. La persistance de la diathèse a été démontrée par de nouvelles expériences.

Une série d'expériences métalloscopiques a démontré, en effet, que les malades qui paraissaient guéries étaient encore aptes à recevoir l'influence de l'application externe du métal appliqué sur l'avant-bras ou sur toute autre partie du corps, auquel elles se sont montrées sensibles. Chez elles ce métal, pouvait déterminer l'anesthésie et l'amyosthénie de retour, ainsi que nous en avons rapporté plusieurs exemples. Cette anesthésie de retour par l'application externe du métal devenait complète, générale; elle s'étendait symétriquement aux quatre membres, envahissait la tête, le tronc et se manifestait dans les régions des sens. Elle mettait 20, 30, 35 minutes à se généraliser; mais, aussitôt que l'on avait enlevé les plaques métalliques, on voyait réapparaître la sensibilité normale en toutes les parties du corps, dans un ordre inverse à celui de l'envahissement de l'anesthésie provoquée.

On sait que, dans les expériences de métalloscopie qui ont fait le sujet du premier rapport, il a été constaté que les courants électriques faibles d'un élément de Trouvé avaient déterminé des phénomènes semblables à ceux de l'application externe des métaux. Comme ces métaux, les courants qui avaient modifié l'anesthésie avaient aussi la propriété de déterminer chez les malades, en apparence guéries par la médication métallique, l'anesthésie et l'amyosthénie de retour, pendant tout le temps que durait l'action des courants.

Mais voici un ordre de faits nouveaux que la seconde série des expériences de la commission a fait connaître. Cette anesthésie de retour n'est point seulement déterminée par l'application des métaux ou des courants continus. M. le docteur Romain Vigouroux, qui a prêté son concours à ces recherches, a reconnu que des plaques de platine chargées d'électricité polarisée pouvaient aussi ramener l'anesthésie de retour. Il a constaté, en outre, qu'un seul électrode d'une pile isolée, c'est-à-dire une application rigoureusement unipolaire, pouvait encore déterminer les phénomènes susmentionnés.

Ces faits, comme le fait remarquer M. le rapporteur, n'ont pas seulement un intérêt scientifique, mais ils sont encore susceptibles d'une application thérapeutique.

A une autre époque, on avait remarqué que des plaques métalliques, composées de deux métaux superposés, n'avaient pas toujours donné des résultats identiques à ceux qu'on obtenait avec les plaques composées d'un seul métal. M. Romain Vigouroux a voulu étudier l'action de la superposition de deux plaques de métaux différents sur un même point de la surface cutanée. Il n'a pas tardé à constater que, chez des malades sensibles à l'or, tout phénomène d'esthésie ou d'anesthésie de retour cessait de se reproduire lorsque l'on superposait à la plaque d'or une plaque d'argent ou de cuivre. De plus, d'autres expériences montraient à la commission que l'esthésie ou l'anesthésie produites par une plaque d'or étaient rendues persistantes aussitôt que l'on superposait à cette plaque d'or une plaque d'un autre métal. Plus tard, en continuant ses expériences, M. Vigouroux remarquait que, pour obtenir ces résultats dans la fixation du phénomène de l'esthésie ou de l'anesthésie, il fallait appliquer sur la plaque active une plaque neutre, c'est-à-dire une plaque d'un métal auquel le malade n'est pas sensible.

Voici quelle est l'interprétation physiologique qui a conduit la commission à tenter des expériences nouvelles. Les précédentes expériences avaient fait voir que les modifications de la sensibilité, déterminées par l'application des métaux ou par l'électricité, avaient une marche ascendante des membres vers le tronc et vers la tête. Mais ces modifications périphériques de la sensibilité pouvaient n'être que la conséquence d'une action périphérique transmise au centre cérébro-spinal et renvoyée des centres nerveux à la périphérie. Cette interprétation permettait seule de comprendre le transfert de la sensibilité d'un côté du corps à l'autre dans les régions similaires et la production simultanée de la sensibilité ou de l'insensibilité expérimentales, en des régions limitées et similaires des quatre membres, lorsque les plaques métalliques ou l'électricité n'étaient appliquées qu'en un seul point du corps. Donc, si les modifications de la sensibilité étaient la conséquence d'une action centrale, il était vraisemblable que, si l'on arrêtait, par un procédé quelconque, la transmission de l'impression périphérique vers les centres, les modifications appréciables de la sensibilité ne pourraient être produites. Pour vérifier la valeur de cette hypothèse, étant appliquée une plaque métallique active sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, les expérimentateurs ont appliqué, sur la même région, une plaque métallique à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la première plaque. Les résultats de cette expérience répétée plusieurs fois ont été toujours les mêmes, c'est-à-dire négatifs. Il ne se produisait, dans ces cas, aucune modification périphérique de la sensibilité.

Lorsque, au contraire, on appliquait le métal neutre au-dessous et à une certaine distance de la plaque active, les résultats se produisaient comme d'habitude, c'est-à-dire comme si l'on n'avait appliqué qu'un métal actif.

Il ressort donc, de ces expériences, qu'une plaque métallique neutre, placée sur la même région, au-dessus de la plaque active, semble interrompre le courant de l'impression périphérique vers le centre, tandis qu'une plaque neutre, située entre la plaque active et l'extrémité du membre, n'a aucun effet, c'est-à-dire ne modifie en rien la marche des phénomènes métalloscopiques.

En résumé, les nouvelles expériences de la commission, comme on le voit, sont venues confirmer encore une fois les résultats métalloscopiques exposés dans le premier rapport. De plus, les malades soumises au traitement interne dont la base métallique avait été indiquée par la métalloscopie ont paru retirer un notable avantage de ce traitement; et cela dans des conditions telles que la commission a cru pouvoir

encourager les recherches qui auront pour but la métallothérapie ainsi qu'elle a été formulée par M. Burq. Telles sont les conclusions générales de ce deuxième rapport.

Nous devons ajouter, enfin, que, comme conclusion ultime, la commission, par l'organe de son rapporteur, a proposé d'inscrire les diverses communications de M. Burq sur la liste des mémoires admis au concours du prix Godard.

Hémiplégie droite des membres seulement; ramollissement du lobule paracentral et de la partie supérieure des circonvolutions ascendantes gauches.

Nous trouvons dans un petit recueil d'études cliniques et anatomo-pathologiques, que vient de publier M. J. Grasset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, temporairement chargé du service de la clinique médicale à l'hôpital Saint-Éloi, le fait suivant, qui apporte un nouvel appoint au petit groupe de faits sur lesquels repose jusqu'à présent le principe des localisations cérébrales.

Un vieillard de soixante-dix-huit ans, mort dans le service de clinique médicale de l'hôpital Saint-Éloi, à Montpellier, a présenté un très-beau cas de ramollissement cortical du cerveau. Cet homme était entré le 6 février à l'hôpital; il avait été considéré dès le début comme atteint de ramollissement cérébral, seulement ce ramollissement se manifestait surtout par des troubles intellectuels et nullement par des troubles moteurs. A son entrée, ce malade délirait et ne put donner aucun renseignement sur son état; il parlait cependant vaguement d'attaque antérieure; l'incohérence dans les idées était complète; il se levait sans motif de son lit, se promenait sans but dans les salles, criait sans cause, mais ne présentait point de paralysie.

Cependant, au bout de quelques jours, l'attention fut éveillée sur une hémiplégie droite qui s'était développée peu à peu, sans attaque nouvelle, graduellement. En l'examinant avec soin, on constata une hémiplégie très-nette du côté droit, portant sur le bras et la jambe, mais laissant la face dans un état complet d'intégrité. Il y avait un peu de diminution dans la sensibilité de ce côté, mais pas d'anesthésie véritable.

Le malade étant mort subitement la nuit suivante, voici ce que l'autopsie a révélé :

Il existait un vaste foyer de ramollissement allongé et intéressant tout à fait la superficie du cerveau; à son niveau la pie-mère adhérait, et, quand on l'arrachait, on entraînait en même temps des fragments de bouillie cérébrale. Ce foyer était surtout étendu à la face interne de l'hémisphère. Là il occupait la partie postérieure de la face interne de la première circonvolution frontale, tout le lobule paracentral et les deux tiers antérieurs du lobe carré. La circonvolution du corps calleux était intacte et une bande saine séparait encore le foyer de la scissure pariéto-occipitale. A la face externe, il était moins étendu : il occupait le tiers postérieur de la première circonvolution frontale, le sommet de la scissure de Rolando (frontale et pariétale ascendantes, en haut sur une étendue de 3 à 4 centimètres). Le bord de la scissure interhémisphérique était naturellement intéressé sur la même étendue. En profondeur, sur le pied des circonvolutions frontales la substance grise est seule intéressée. Mais, à partir de la deuxième coupe, la substance blanche sous-jacente à la substance grise lésée était intéressée sur une étendue variable qui atteignait 3 à 4 centimètres dans les points où elle était maxima. Rien dans tout le reste du cerveau.

En rapprochant ce fait de ce qui a été dit et écrit récemment sur les localisations cérébrales, on voit, ainsi que le fait remarquer M. Grasset, que la zone motrice, déterminée par les recherches des physiologistes et des cliniciens, paraît comprendre la frontale et la pariétale ascendantes, le lobule paracentral qui en est le prolongement interne, et peut-être les pieds des circonvolutions frontales. Une lésion se produit-elle en dehors de cette zone, il y a manifestation de phénomènes moteurs, convulsions ou paralysies.

Dans l'espèce, chez ce malade, tout porte à présumer que l'altération a dû se développer d'abord en dehors de la zone motrice; elle la débordait, en effet, en avant et en arrière, et ce n'a été que graduellement qu'elle a envahi cette zone; c'est alors seulement que l'hémiplégie est apparue.

On sait qu'à l'aide d'expériences physiologiques on est parvenu à trouver dans cette zone motrice un centre spécial pour chaque groupe musculaire. La clinique, d'accord avec la physiologie, a montré aussi de son côté que les centres des membres sont en haut du sillon de Rolando, tandis que le centre moteur de la face est en bas, plus près de la scissure de Sylvius. M. Grasset, dans ses leçons sur les maladies du système nerveux et dans son travail sur les localisations dans les maladies cérébrales, a réuni un certain nombre de cas (quinze) de paralysie d'origine corticale limitée aux membres; la lésion était toujours en haut de la zone motrice. Aussi est-il arrivé à formuler la conclusion suivante : « Les mouvements des membres seuls semblent plus particulièrement en rapport avec la partie supérieure de cette zone motrice : deux tiers supérieurs des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et lobule paracentral. La destruction de cette région produit une hémiplégie du côté opposé, sans participation de la face. » Or, chez le malade dont il vient d'être question, la face était restée complètement intacte. Il est difficile, ainsi que le fait remarquer M. Grasset, d'imaginer une concordance plus parfaite entre cette conclusion et les résultats de cette observation.

Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

Adénite salivaire par rétention. — Aphthe du plancher de la bouche ayant produit l'oblitération passagère du conduit de Warthon.

Observation recueillie par M. Mary, interne du service.

M. P..., employé à l'École des Mines, se présente pour la première fois à la consultation de M. Desprès le 11 juillet. Il se plaint depuis trois ou quatre jours d'avoir le côté gauche du cou gonflé et douloureux, et d'éprouver une grande difficulté pour mâcher et avaler ses aliments. Un médecin qu'il consulta d'abord, ayant constaté un léger embarras gastrique, lui ordonna une bouteille d'eau de Sedlitz ; ce purgatif n'amena aucune amélioration. Au moment où M. Desprès l'examine, la région sous-maxillaire gauche est le siége d'une tuméfaction et d'un empâtement très-appréciables produits par le gonflement de la glande sous-maxillaire qui est devenue douloureuse à la pression ; la bouche peut cependant être ouverte sans difficulté, et la peau a conservé sa coloration normale. En faisant ouvrir la bouche au malade, on trouve également que le plancher de cette cavité fait une saillie plus prononcée à gauche et offrant à peu près l'aspect d'une petite grenouillette. De ce côté il existe à peu de distance du frein de la langue une ulcération superficielle, grisâtre, dont le fonds est recouvert par une fausse membrane adhérente ; cette érosion offre à peu près les dimensions d'une pièce de 20 centimes, elle est elliptique à grand diamètre antéro-postérieur, et siége immédiatement en dehors de l'orifice du conduit de Warthon; celui-ci, du reste, est perméable dans toute son étendue, M. Desprès y introduit un stylet de Mejean qui pénè-

tre à 2 ou 3 centimètres de profondeur et ne donne aucune sensation de calcul ou de corps étrangers; le cathétérisme du canal est rendu assez difficile par l'affaissement de ses parois et le gonflement de la muqueuse, ce n'est qu'après avoir provoqué l'afflux de la salive en déposant un peu d'alun sur le plancher de la bouche qu'on peut découvrir l'orifice et y introduire le stylet. Cette exploration n'est pas douloureuse et ne donne lieu à aucun écoulement sanguin.

M. Desprès rattache tous les accidents observés au rétrécissement du conduit de Warthon produit par l'aphthe développé au voisinage de son orifice; cette petite ulcération a déterminé un travail inflammatoire qui a eu pour résultat le boursouflement de la muqueuse et l'effacement de la lumière du canal par accolement de ses parois; la rétention de la salive et la tuméfaction de la glande sous-maxillaire ont été la conséquence inévitable de l'obstacle apporté à l'écoulement du produit de sécrétion.

M. Desprès touche la surface ulcérée avec une solution concentrée de chlorure de zinc et prescrit un collutoire au borax.

Le 12, l'état du malade est à peu près le même que la veille, la tuméfaction du cou et du plancher de la bouche semblent avoir légèrement diminué, la mastication est toujours gênée, l'ulcération est débarrassée de la fausse membrane qui la recouvrait, elle offre le même aspect et les mêmes dimensions que le jour précédent.

Le 15 juillet, la situation du malade est complètement modifiée: le gonflement du cou et du plancher buccal ont disparu, la déglutition et la mastication ont été beaucoup plus faciles, l'aphthe est réduit à une petite érosion superficielle en voie de réparation.

Le 19 juillet, l'aphthe ulcéreux est complètement cicatrisé, le gonflement du cou a disparu; le malade est considéré comme entièrement guéri.

Cette observation est claire comme une expérience; elle montre, sur le fait, la valeur des inflammations de la bouche pour produire une tuméfaction des glandes sous-maxillaires, et ce sera une nouvelle preuve à l'appui de la théorie mécanique des oreillons. Certes il y a des oreillons qui, comme l'engorgement laiteux de la mamelle, sont dus à des refroidissements, mais il y en a aussi qui sont dus à la rétention de la salive, consécutive à une stomatite passagère.

GOITRE SUFFOCANT.

LARYNGOTOMIE INTER-CRICO-THYROÏDIENNE. — SONDAGE ET DILATATION DE LA TRACHÉE RÉTRÉCIE.

Par le docteur M. Krishaber.

(Extrait de la communication faite à l'Académie de médecine le 8 septembre.)

M. H..., âgé de 55 ans, d'origine anglaise, sculpteur, habite Rome depuis dix ans et a toujours joui d'une bonne santé jusque vers la fin de l'année dernière, lorsque, pris alors de quelques accidents gastriques et après avoir suivi divers traitements, il consulta en dernier lieu un homéopathe sur la recommandation duquel il se mit à boire, contrairement à ses habitudes (il avait toujours bu du vin pur), de grandes quantités d'eau froide. Cette eau était prise à une fontaine alimentée par des sources des environs de Rome où le goître endémique est assez fréquent.

Le malade, lorsque je le vis pour la première fois, le 3 septembre dernier, était atteint d'un goître multilobé dont la partie la plus développée atteignait le lobe gauche de la glande thyroïde, affectant le volume et à peu près la forme d'un poing d'adulte. Le lobe droit, d'aspect analogue, était sensiblement moins gros. La tumeur cependant avait débuté à droite, elle avait apparu au mois de mai dernier, et déjà, deux mois après, survinrent des troubles respiratoires qui s'étaient accentués très-rapidement. C'est dans les derniers jours du mois d'août que M. H... quitta Rome dans l'intention de se rendre en Angleterre où il voulait consulter un chirurgien très-connu; mais, arrivé à Paris, il se sentit dans l'impossibilité de continuer sa route, et c'est dans ces circonstances que je vis le malade, qui me fut amené par un honorable confrère anglais, M. le docteur Boggs, pour la première fois. La dyspnée était extrême et l'examen laryngoscopique ne put être effectué qu'avec une certaine difficulté; j'y parvins cependant et pus constater que le larynx était indemne de toute lésion et même de toute altération de fonction, ce qui était de la plus haute importance.

Il arrive, en effet, fréquemment, dans des cas analogues, que la compression est exercée sur l'un ou l'autre des récurrents et produit soit le spasme, soit la paralysie glottique, et dans les deux cas la trachéotomie, étant pratiquée au-dessous du siège du rétrécissement, peut donner un résultat favorable. Tel n'était pas le cas de mon malade; les récurrents étaient absolument intacts, les cordes vocales fonctionnaient tout à fait librement; la voix, du reste, était intégralement conservée. Il s'ensuit que la compression n'était pas latérale, mais qu'elle portait d'avant en arrière, directement sur la paroi antérieure de la trachée. La portion visible de cet organe était libre de toute lésion; la tumeur comprimait donc sa portion intérieure près de sa bifurcation.

L'anxiété respiratoire était telle que nous dûmes imposer au malade de garder le lit, le moindre mouvement provoquant des accès de suffocation.

Avant de tenter une opération quelconque, nous essayâmes une médication interne, consistant en quatre grammes d'iodure de potassium par jour et des frictions mercurielles jusqu'à salivation.

Le 22 septembre, le malade ayant été depuis quelques jours transporté dans la maison de santé du docteur Carle, à Neuilly, j'y fus appelé précipitamment. J'appris alors que le malade, qui n'avait ni toussé ni expectoré jusque-là, rejetait par la bouche, depuis quelques jours, de grandes quantités de pus, indice que le lobe de la tumeur qui comprimait directement la trachée s'était abcédé et qu'il s'était formé une fistule trachéale. Il arrive, en effet, dans ces cas, que la compression a pour conséquence, à la longue, la destruction et la résorption d'une partie des anneaux cartilagineux de la trachée dont la paroi s'enflamme et s'érode. La portion du goître directement en contact avec elle se convertit à son tour en thyroïdite aigüe, et forme une espèce d'abcès qui aplatit plus ou moins complètement les parois ramollies de la trachée, la perfore et y déverse une certaine quantité de pus.

On conçoit aisément que dans ces circonstances il était impossible de songer à l'extirpation de la tumeur qui avait fait corps avec la trachée, celle-ci étant fistuleuse et ayant probablement perdu, dans une portion de son étendue, sa consistance cartilagineuse. J'avoue, d'ailleurs, qu'en face de cet individu, que j'ai trouvé dans l'agonie asphyxique, la certitude que la compression portait près de la bifurcation de la trachée me faisait d'abord hésiter d'intervenir d'aucune façon. Et cependant, si l'action était dangereuse, l'abstention était la mort immédiate, et, dans cette alternative, je me suis décidé à une tentative opératoire.

Mon plan d'opération était le suivant: respecter la trachée dégénérée, viser l'espace inter-crico-thyroïdien, y placer une grosse canule trachéale, introduire à travers cette canule une sonde œsophagienne jusqu'au rétrécissement, le franchir, si possible, retirer ensuite la canule, remplacer la première sonde par des sondes de plus en plus grosses et laisser à demeure celle par laquelle la respiration s'effectuera suffisamment.

J'ai ouvert l'espace inter-crico-thyroïdien au moyen du thermo-cautère, par le procédé que j'avais déjà employé avec succès, et qui consiste à substituer aux incisions linéaires des ponctuations successives, le couteau thermique étant porté au rouge sombre. Divisant les tissus, couche par couche, avec une extrême lenteur, en raison de la vascularisation présumée de la tumeur, dont une partie recouvrait la région laryngée, je suis arrivé jusque sur la membrane crico-thyroïdienne sans avoir vu sourdre une seule goutte de sang. Enhardi par ce succès, j'ai divisé au thermo-cautère, contrairement à mes habitudes, la membrane inter-crico-thyroïdienne, et j'y ai pratiqué une ouverture suffisante pour l'introduction d'une canule, sans m'être servi du bistouri. La plaie restait absolument exsangue, exactement comme si l'opération avait été exécutée sur un cadavre. J'introduisis dans le larynx ma plus grosse canule à bec sans me servir d'un dilatateur. Inutile de dire que la canule ne

remédiait nullement à l'asphyxie ; si longue qu'elle fût, elle était trop courte pour arriver au rétrécissement et surtout pour le dépasser. Je retirai alors la canule interne à bec, et j'ai introduit à sa place la sonde œsophagienne. Cette sonde, que j'avais rendue cylindrique en en retranchant son bout conique, dépassait de quatre à cinq centimètres environ la canule externe qui lui servait de gaîne, lorsque je sentis au bout de ma sonde une forte résistance dont le toucher provoquait des accès de toux et une suffocation extrême. J'étais arrivé au point rétréci de la trachée qu'il s'agissait de franchir. J'y parvins non sans peine, et, aussitôt l'obstacle dépassé, un flot de pus sanguinolent fut rejeté à travers la sonde. La respiration, d'abord haletante et difficile, devint de plus en plus libre, et se rétablit à mesure que le rejet du pus diminuait.

Une demi-heure après l'opération, la respiration s'effectuait assez bien. Je remis au lendemain le changement de la sonde, trop heureux du premier résultat obtenu.

Pendant tout le temps de l'opération (je fus assisté par MM. les docteurs Boggs et Carle) la plaie n'avait pas donné une seule goutte de sang, et je dirai ici immédiatement, par anticipation, qu'il en a été de même dans la suite ; qu'il ne s'était formé aucune eschare, et qu'aujourd'hui même, seize jours après l'opération, et alors que la cicatrisation est presque complète, je n'ai vu à aucun moment, non-seulement la plus faible hémorrhagie, mais même la moindre trace de sang sur la plaie.

La première nuit (j'étais resté auprès du malade) se passa fort bien ; le lendemain je retirai la canule et j'introduisis une sonde œsophagienne plus grosse que la première. La respiration devint absolument normale et se fit sans l'ombre de bruit comme si elle s'effectuait par les voies naturelles.

A partir de ce moment un certain nombre de sondes furent tenues auprès du malade et changées de temps en temps. Le pus rejeté par ces sondes, tout en diminuant graduellement, rendait dans les premiers jours nécessaire une surveillance étroite, et il y eut même deux ou trois fois des alertes vives auxquelles le docteur Carle, toujours présent, put remédier ; mais, à partir du troisième jour, l'obstacle rencontré dans l'introduction des sondes devenait de plus en plus facile à vaincre, et il était de toute évidence que le rétrécissement diminuait par le double effet de la présence d'une sonde dilatatrice et du rejet incessant du pus.

Le lobe droit du goître a sensiblement diminué depuis l'opération, tandis que le lobe gauche n'a pas subi de changement notable et est resté résistant et indolent au toucher, ce qui me fait supposer que cette partie de la tumeur ne communique pas avec la trachée. C'est évidemment le lobe droit, ayant du reste débuté le premier, en se développant surtout en dedans, qui était devenu la cause directe du rétrécissement trachéal et de toutes ses conséquences.

L'état général du malade a toujours été excellent quoique la déglutition soit restée assez pénible jusqu'à ce jour ; la fièvre ne fut intense que dans les premiers jours, et la température, qui s'était élevée d'abord jusqu'à 39, est retombée au chiffre normal de 37.

Mon opéré pourrait vivre indéfiniment avec une sonde dans les voies respiratoires, exactement comme on vit avec une canule trachéale ; il serait même aisément possible de remplacer la sonde en gomme (elle plonge à 12 centimètres de profondeur, moins une petite fraction) par une sonde métallique, en cherchant à obtenir une courbure appropriée. Je me propose de retirer complètement la sonde et de rétablir la respiration normale par les voies naturelles. Quel que soit le résultat que j'obtiendrai, et il est certainement hypothétique, je le ferai connaître, me bornant pour le moment à signaler la première phase de mon opération, la plus importante de beaucoup, puisqu'elle assure la survie du malade.

LA GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE

CONTRE LES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS,

par M. le docteur Maurice Mendelssohn, médecin du dispensaire à Blidah (Algérie).

Au mois de mai dernier, M. le docteur Cadier, préconisant (dans le n° 54 de la *Gazette des hôpitaux*) l'usage de la glycérine créosotée dans le traitement des ulcérations du larynx, ajoute qu'il croirait utile d'employer ce remède dans le traitement des ulcérations du col de l'utérus et donne par ce fait même avis aux chercheurs.

Ayant, dans mon service du dispensaire, un grand nombre de malades atteintes d'ulcérations du col de l'utérus, et ayant à lutter dans ces cas-là contre l'inefficacité des divers traitements employés, je me suis décidé à avoir recours à l'application locale de la glycérine créosotée. Mon expérimentation, ayant porté sur 37 *cas*, m'a donné des résultats si satisfaisants que je trouve utile de les faire connaître au public médical.

Je me suis servi de la formule suivante :

Créosote pure	2 grammes.
Glycérine.	50 —
Alcool	25 —

Tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours, j'ai touché les surfaces ulcérées avec un pinceau trempé dans cette solution.

Voici les résultats obtenus, qui ont pu être aussi constatés par quelques confrères militaires de service au dispensaire.

1° Sur 28 cas d'*ulcérations simples* ou *érosions*, nous avons eu 26 guérisons et 2 améliorations.

La moyenne du nombre des jours du traitement était douze jours, quoique dans 2 cas d'érosions larges, entretenues par un écoulement abondant de la matrice, le traitement ait duré trente jours. Chez les malades du n° 29 et 59, j'appliquai pendant un mois les divers traitements, mais sans succès, et c'est en présence de ces tentatives infructueuses que je m'adressai à la glycérine créosotée. Une métrite avec un écoulement était 8 fois sur 28 la cause d'ulcérations, et ce sont les cas qui ont exigé le plus de temps pour se guérir.

2° Sept cas d'*ulcérations fongueuses* et *granuleuses*, traités par la glycérine créosotée, ont donné 6 guérisons et l'amélioration. La moyenne du nombre des jours du traitement a été dix-sept jours. Une malade seulement (celle du n° 66) fut traitée pendant quarante-quatre jours pour des fongosités très-nombreuses, entretenues par une métrite avec un écoulement très-abondant.

3° Deux cas d'*ulcérations chancreuses* ont été traités par la glycérine créosotée pendant trente à quarante jours sans aucun résultat, et je dus avoir recours à l'iodoforme, qui me rend toujours dans ces cas les plus grands services.

Les résultats obtenus chez nos trente-sept malades nous autorisent à croire à la grande utilité de la glycérine créosotée dans le traitement des ulcérations du col de l'utérus d'une nature non spécifique, et nous espérons que de nouvelles observations viendront confirmer les nôtres. La créosote, modifiant ici la surface exulcérée et ses produits de sécrétion, manifeste une action altérante locale, ayant en même temps une influence antiseptique et astringente. Une expérience ultérieure déterminera peut-être des contre-indications, qui nous échappent en grande partie, les insuccès obtenus dans le traitement des ulcérations chancreuses n'étant pas assez nombreux pour pouvoir conclure à l'inefficacité de la glycérine créosotée contre les ulcérations spécifiques du col de la matrice.

LISTE

DES CANDIDATS ADMIS A L'EMPLOI D'ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

(Décision ministérielle du 9 octobre 1878.)

MÉDECINE

Élèves de 1re année (sans inscriptions).

1 David. — 2 Lassègue. — 3 Montignault. — 4 Ferraton. — 5 Artigues. — 6 Jacquemin. — 7 Pellier. — 8 Collinet. — 9 Chanzeix. — 10 Morin. — 11 Prost-Maréchal. — 12 Mugniez-Motta.

Élèves de 2e année (4 inscriptions).

1 Segrestan. — 2 Cornille. — 3 Delorme. — 4 Marcelin. — 5 Boussavit. — 6 Mosiman. — 7 Landouzy. — 8 Bonnamy. — 9 Cot. — 10 Baratte. — 11 Meunier. — 12 Rostan.

Élèves de 3e année (8 *inscriptions*).

1 Baur. — 2 Roussy. — 3 Lejeune. — 4 Claude. — 5 Chuffart. — 6 Florain. — 7 Salebert. — 8 Basin. — 9 Ferrand. — 10 Galibern. — 11 Boppe. — 12 Hugard.

Élèves de 4e année (12 *inscriptions*).

1 Lagrange. — 2 Frilet. — 3 Didier. — 4 Gringoire. — 5 Sanglé-Ferrière. — 6 Jaubert. — 7 Rozemont-Malbo. — 8 Rivaud. — 9 Duhaut. — 10 Blanc. — 11 Uffoltz. — 12 Augiéras.

PHARMACIE

Élèves de 1re année (*sans inscriptions*).

1 Paleau. — 2 Brœmer. — 3 Ricard. — 4 Rougnon.

Élèves de 4e année (4 *inscriptions*).

1 Cordier. — 2 Kopp. — 3 Carabin. — 4 Riser.

Élèves de 3e année (8 *inscriptions*).

Jeanson.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Robin est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1878-1879, par M. Mathias Duval, agrégé.

— MM. Barié et Tapret sont nommés chefs de clinique médicale; MM. Hutinel et Dreyfus-Brissac sont nommés chefs de clinique adjoints.

— M. Budin est nommé chef de clinique d'accouchement; M. Porak est nommé chef de clinique adjoint.

— M. Descout est nommé préparateur des conférences de médecine légale faites à la Morgue.

— M. Campenon, aide d'anatomie, est institué prosecteur, en remplacement de M. Richelot.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Bitot, professeur d'anatomie à l'école préparatoire, est chargé du cours annexe des maladies des enfants.

M. Bitot est nommé, en outre, conservateur des collections.

Faculté de médecine de Lyon. — MM. les professeurs Chauveau et Ollier sont nommés assesseurs du doyen pendant l'année scolaire 1878-79.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Cauquil est institué aide d'anatomie.

M. Grimaldi est chargé provisoirement, et pendant la durée de l'année scolaire 1878-79, des fonctions de prosecteur.

Faculé de médecine de Nancy. — M. Bernheim, agrégé, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Hirtz, décédé.

École de médecine de Toulouse. — M. Cadène est nommé prosecteur.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Considérations sur l'utilité et le rôle de la méthode en médecine, par le docteur Duvivier. In-8°. — Prix: 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur la pression intra-labyrinthique, par le docteur Morisset. In-8e. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Recherches sur la néphrite interstitielle cardiaque ou rein cardiaque, sa pathogénie, ses conséquences, par le docteur Cuffer. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Notes cliniques sur deux cas de trachéotomie avec le thermo-cautère, par le docteur E. Mauriac. In-8° de 29 pages. Bordeaux, 1878, Féret et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Des signes à l'aide desquels on peut diagnostiquer le passage de la pneumonie de la seconde à la troisième période.

Nous venons de perdre, dans le service, une femme atteinte de pneumonie grave, chez laquelle la durée de la maladie, l'ensemble des phénomènes observés pendant la vie, m'avaient autorisé à croire que le poumon était arrivé à ce degré d'altération ultime qui est caractérisé par l'hépatisation grise. Je vais profiter de l'autopsie de cette malade pour rechercher avec vous ce que notre diagnostic avait de fondé et vous exposer les moyens, la plupart, il est vrai, sans valeur absolue, à l'aide desquels on peut diagnostiquer le passage de la pneumonie de la seconde à la troisième période.

Voici, en quelques mots, l'observation de cette malade.

C'est une femme de trente-cinq ans, cigarière, travaillant aux tabacs, et qui, nous le soupçonnons, avait des habitudes alcooliques. Elle toussait depuis environ quinze jours, quand, son état s'aggravant de plus en plus, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Elle accusait alors, outre sa toux, de l'étouffement, un sentiment de malaise général, et enfin une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine.

Quand je vis cette femme le lendemain de son arrivée, l'expectoration était loin d'être caractéristique : elle se composait en effet de crachats assez liquides, assez fluents, un peu visqueux, mais sans coloration jaune bien particulière.

L'oppression était extrême, telle que le nombre des respirations était d'environ quarante par minute. La malade avait également une fièvre intense.

Joignez à cela du délire ou plutôt un état de subdelirium non pas constant, mais qui se manifestait alors que la malade était abandonnée à elle-même et surtout pendant la nuit.

Quant aux signes physiques, ils consistaient, à la base du poumon, dans de la matité avec diminution des vibrations thoraciques et une légère égobronchophonie. Plus haut, sous la clavicule et dans l'aisselle gauche, on percevait un souffle tubaire extrêmement marqué, existant surtout à l'inspiration, et mélangé de nombreux râles sous-crépitants. Je diagnostiquai une pleuro-pneumonie.

Cette femme, offrant ainsi des phénomènes généraux et des signes physiques graves, a toujours été de mal en pis; enfin elle a fini par succomber en présentant des symptômes tels que j'ai cru pouvoir avancer que la pneumonie était arrivée chez elle à la période de l'hépatisation grise.

Parmi les symptômes à l'aide desquels on peut, dans certains cas, diagnostiquer le passage du poumon de l'hépatisation rouge à l'hépatisation grise, je vous signalerai d'abord les caractères de l'expectoration. En effet, dans la troisième période de la pneumonie, au lieu d'être colorés, visqueux, adhérents au vase qui les contient, les crachats sont constitués par une sécrétion blanchâtre, grisâtre, et ressemblant un peu à du pus délayé dans de l'eau. Malheureusement, le plus ordinairement, à cette époque de la maladie, l'expectoration se supprime et cet élément de diagnostic précieux nous fait défaut.

Quant à cette opinion qui consiste à croire que, dans cette dernière phase de la pneumonie, les crachats ont une coloration jus de pruneau, c'est une erreur, car ce caractère se rencontre aussi bien dans la seconde que dans la troisième période. Chez notre malade l'expectoration était nulle.

La toux ne présente rien de particulier. Ce qu'on peut dire, c'est qu'elle est généralement peu forte, peu intense. Il arrive même quelquefois, à un certain moment, qu'elle cesse tout à fait.

La dyspnée est très-grande et se traduit par une sensation d'étouffement ainsi que par la fréquence considérable des mouvements respiratoires. Mais ce ne sont pas là des signes particuliers et dont nous pouvions tirer une grande valeur chez notre malade, attendu qu'on les retrouve à la seconde période aussi bien qu'à la troisième alors que la pneumonie est très-étendue.

Du côté des phénomènes généraux, on trouve quelquefois quelque indice important. Un des meilleurs caractères qui puissent mettre sur la voie du diagnostic, c'est l'arrivée de frissons pas très-intenses, mais assez marqués, et se répétant deux ou trois fois dans l'espace de plusieurs heures. C'est surtout dans les cas particulièrement graves que l'on observe ce phénomène.

Quant à la fièvre, elle est toujours très-intense, le pouls toujours très-fréquent, oscillant entre 130 et 150 pulsations par minute. Il est de plus petit et irrégulier. Ces caractères étaient chez notre femme excessivement marqués; malheureusement

ils n'ont aucune valeur absolue, car on les rencontre également dans la seconde période, alors que la maladie va se terminer d'une manière funeste.

Relativement à la température, rien non plus qui puisse éclairer le diagnostic. En effet, dans la troisième période, tantôt elle est très-élevée, tantôt un peu diminuée. Je serais cependant porté à croire qu'à cette époque de la maladie elle tend à baisser. Vous avez vu, en effet, chez cette femme que le thermomètre, qui, la veille et l'avant-veille, s'était toujours maintenu entre 40° et 41°, ne marquait plus dans les derniers temps de la vie que 38° 9. Si cette remarque était confirmée par des observations ultérieures, elle aurait une grande valeur pour établir le passage de la pneumonie à la période de suppuration.

En ce qui concerne les autres phénomènes, je vous ferai remarquer que le faciès présente quelquefois un caractère tout spécial. Ordinairement, en effet, les traits sont altérés; la face pâle, plombée, rappelle parfois l'aspect des malades atteints d'affection cardiaque à la dernière période. Chez certains même, sur cette décoloration de la face contraste une rougeur assez vive, limitée à la pommette du côté malade et qui est due à la paralysie des rameaux du nerf grand sympathique.

Dans ces cas, il n'est pas rare non plus d'observer un certain trouble des fonctions intellectuelles. Généralement, en effet, il existe du subdelirium.

Enfin, comme signes de cette période ultime de la maladie et annonçant l'imminence de la mort, je vous signalerai cette oppression croissante, cette dyspnée extrême que notre femme nous a présentées. Les malades sont couchés dans le décubitus dorsal ou assis dans leur lit, le corps incliné en avant; un gros râle, trachéal, râle des agonisants de Laënnec, se fait entendre à distance; les extrémités se refroidissent, et on voit souvent apparaître à ce moment les signes de la cyanose. A ce moment encore l'intelligence s'obscurcit et il survient un peu de coma. Toutefois les choses ne se passent pas toujours ainsi, et il n'est pas rare de voir les malades conserver jusqu'à la fin la plénitude de leur intelligence. Le plus ordinairement, cependant, je le répète, dans les dernières heures de la vie le coma s'établit, et les malades succombent en présentant tous les phénomènes qui résultent de l'arrivée au cerveau du sang non hématosé.

Ces phénomènes sont loin, vous le voyez, d'être caractéristiques, et, à part les frissons répétés, l'expectoration séro-purulente, la fréquence et l'irrégularité du pouls et enfin l'altération des traits, ils ne sauraient avoir une valeur bien considérable.

Quant aux phénomènes physiques, ils sont absolument muets au sujet du passage de la pneumonie de la seconde à la troisième période; dans l'un et l'autre cas, en effet, le poumon est solidifié, et dans l'un et l'autre cas cette solidification donne lieu à des phénomènes identiques que vous connaissez.

Appliquant ces données à l'état de notre malade, étions-nous en droit de diagnostiquer une pneumonie déjà arrivée à la troisième période? C'est ce que l'autopsie va nous révéler.

Autopsie. Ce qui frappe tout d'abord les yeux, c'est une différence de volume considérable entre les deux poumons. Le gauche a ses dimensions normales; il est assez mou et crépite à la pression du doigt. L'autre a près du double de volume, et, ce qui atteste surtout son ampliation, c'est l'empreinte des côtes profondément marquée à sa surface.

La cavité pleurale correspondante est le siège d'une inflammation bien évidente qui a été établie d'ailleurs pendant la vie et qui est caractérisée par l'existence d'une fausse membrane très-épaisse, faisant adhérer entre eux les deux feuillets pariétal et viscéral de la séreuse pulmonaire. Quant à l'épanchement qu'on avait diagnostiqué au début de la maladie, il a été résorbé, et toutes les lésions de la pleurésie se bornent à la présence de cette fausse membrane que nous venons de signaler. Il y a également de la pleurésie interlobaire.

Quant au poumon, tous ses éléments se confondent avec l'exsudat et ne forment plus avec celui-ci qu'une masse qui justifie cette expression de ramollissement qu'Andral avait proposé de substituer à celle d'hépatisation, car son tissu a perdu sa consistance ordinaire, et le doigt, lorsqu'on l'y enfonce, y marque son empreinte comme dans de la cire molle.

On a enfin à la coupe une surface un peu grenue, mais complètement grise, sur laquelle tranchent les vaisseaux sanguins et bronchiques. Cette altération existe dans toute l'étendue du poumon.

D'autre part, le cœur est le siège d'une surcharge graisseuse qui justifie le diagnostic d'alcoolisme qui avait été porté pendant la vie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Rupture par écrasement de l'artère et de la veine poplitées. — Anévrysme faux primitif. — Gangrène du pied. — Amputation de la cuisse. Guérison.

II

L'amputation de la cuisse a été pratiquée dans les conditions que je vous énumérais dans une précédente leçon (1).

Je veux aujourd'hui vous parler de l'anatomie pathologique de cette pièce parce qu'elle présente une particularité qui mérite de fixer l'attention. L'autopsie du membre amputé a complètement confirmé le diagnostic: je n'insiste pas sur la grande étendue qu'occupait l'anévrysme diffus qui avait même gagné jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané en deux points: il siégeait dans les deux tiers antérieurs de la circonférence du membre. Je ne m'arrête pas non plus sur le broiement des muscles de la cuisse, pas plus qu'au sujet de la saillie osseuse considérable qui existait à la partie antérieure de la cuisse: comme nous l'avions supposé, c'est une exostose due à une périostite antérieure; elle est complètement étrangère au traumatisme actuel.

Ce qui est beaucoup plus intéressant, c'est l'état des vaisseaux poplités. A peu près à leur partie moyenne, nous avons trouvé *l'artère et la veine* poplitées complètement rompues: la déchirure de l'artère est irrégulière, mais celle de la veine est très-nette.

Nous n'avions pas cru à la rupture de la veine; nous supposions que l'œdème pouvait suffisamment s'expliquer par la compression.

Il est très-rare, en effet, d'observer la déchirure des veines par ce mécanisme. C'est la première fois que je la constate *de visu*. Autrefois, chez un malade, à Lariboisière, j'ai cru pouvoir la diagnostiquer dans un cas d'épanchement énorme sans trouble de la circulation artérielle, mais, le malade ayant guéri, je n'ai pas eu la preuve anatomique de mon diagnostic.

---

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 10 octobre 1878.

Ici le fait est évidemment incontestable. Il y a un écartement assez notable entre les deux bouts vasculaires.

Nous avons ici, une fois de plus, l'occasion d'observer la particularité très-intéressante qui nous a déjà occupés l'an dernier. Vous savez que, ordinairement, dans les lésions des artères par pressions, on peut observer tantôt que les trois tuniques sont rompues tout à fait comme par des instruments tranchants; tantôt que, la tunique moyenne et la tunique interne étant rompues, la tunique externe s'effile comme dans les plaies par arrachement, et que son prolongement effilé se trouve sur le bout cardiaque de l'artère, tandis que l'extrémité périphérique en est dépourvue sur une certaine longueur.

On comprend facilement que, dans le premier cas, section des trois tuniques au même niveau, l'hémorrhagie est considérable, et l'hémostase difficile.

Dans le deuxième cas, tunique externe effilée se prolongeant sur le bout cardiaque du vaisseau, cette extrémité du vaisseau est promptement oblitérée et le sang s'y coagule facilement: d'où l'hémostase se fait rapidement et naturellement à cette extrémité cardiaque. Mais le bout périphérique de l'artère est dénué, à son extrémité, de tunique externe; il n'a que les deux tuniques moyenne et interne, dans une certaine longueur: d'où son orifice est béant. Et, comme le sang, revenant à ses extrémités par les collatérales, est toujours en contact avec la tunique interne, il ne se coagule pas, parce qu'à sa sortie au niveau de la section, il ne rencontre pas la tunique externe, comme dans le cas précédent.

L'hémorrhagie sera donc abondante et difficile à arrêter, surtout si les collatérales sont développées.

Tel est le cas ordinaire et, pour ainsi dire classique. Mais, l'an dernier, nous avons observé une disposition inverse, ou plutôt réciproque: le manchon formé par la tunique externe restant adhérent à la portion périphérique de l'artère, tandis que le bout cardiaque était sectionné net, et restait béant.

Le caillot alors se formait immédiatement dans le bout périphérique de l'artère, et l'hémostase de ce côté était très-rapide, tandis que, du côté cardiaque, le sang, lancé par chaque systole ventriculaire, arrivait à flots par l'orifice béant de l'artère, sans qu'il se formât de caillot obturateur.

On assiste dès lors à une hémorrhagie incoercible, beaucoup plus abondante que celle qui se produit lorsque c'est le bout périphérique qui reste non obturé.

C'est ainsi que le 3 janvier 1877, nous avons vu un homme qui avait eu l'épaule broyée par un wagon: l'hémorrhagie était très-considérable. Nous avons trouvé le tronçon cardiaque de l'artère axillaire présentant la disposition que je viens de décrire, tandis que son extrémité périphérique portait le bout effilé de la tunique externe.

Chez notre opéré, nous avons retrouvé la même disposition. Tandis qu'un caillot superbe s'est formé dans l'extrémité périphérique de l'artère poplitée au contact de la tunique externe effilée, nous n'en avons point trouvé dans le bout cardiaque qui a une ouverture béante, et est dépourvu, dans une certaine longueur, de sa tunique externe. Rappelons que cette sorte de blessure a été faite par le passage d'une roue de voiture, par une contusion perpendiculaire à l'artère.

Cette disposition explique facilement l'hémorrhagie très-considérable qui s'est produite: ce vaste épanchement sanguin n'a été arrêté que par la forte distension du tissu cellulaire qui a fini par comprimer tellement la région que le sang ne pouvait plus s'y épancher.

Ces exemples montrent la nécessité d'examiner de plus près les plaies artérielles, surtout le bout périphérique de l'artère lésée qu'on néglige trop souvent de regarder avec soin.

Le nerf n'est pas lésé: il a sans doute été un peu distendu par l'épanchement, et refoulé à la région externe.

La gangrène du pied qui existait ici doit s'expliquer surtout par la lésion artérielle, plus que par la blessure de la veine. On a beaucoup discuté cette question de l'influence des blessures et oblitérations veineuses sur la production de la gangrène. Il est certain que, chez des sujets jeunes, bien portants, l'oblitération des veines ne produit jamais la gangrène. La gêne de la circulation en retour doit encore plutôt s'expliquer ici par la plaie artérielle: les collatérales en effet n'ont pu se développer à cause de la trop grande compression.

Si je parle de cette question, c'est qu'on a dit autrefois que, lorsqu'il y avait une plaie de la veine, il fallait lier l'artère correspondante pour éviter la gangrène: j'ai toujours protesté et je proteste encore contre cette opinion.

L'amputation est complètement justifiée, vous le voyez, par l'examen de la pièce anatomique.

Toutefois cette jambe nous fournit encore les éléments de la solution d'une question fort controversée; je ne veux pas laisser échapper une occasion si favorable de contrôler les théories par les pièces anatomiques. Je veux parler de l'explication des *hydarthroses du genou dans les fractures du fémur*. Wolkmann, puis MM. Gosselin et Berger, sont les champions de la théorie suivante: Après les fractures du fémur, comme après toutes les blessures des os, il se fait un épanchement sanguin considérable autour de la fracture.

Ce sang arriverait à la face profonde de la synoviale du genou; il transsuderait ainsi, à travers cette paroi, du sérum, même des globules sanguins, qui passeraient dans l'articulation. C'est ainsi que nos savants confrères ont expliqué l'hydarthrose qui est si fréquente dans les fractures du fémur. Je ne veux pas rejeter complètement cette explication, qui a été admise par beaucoup d'autres chirurgiens: mais je la crois rare et exceptionnelle. Ici, en effet, nous avions une occasion magnifique pour que l'hydarthrose du genou apparût, si cette explication était la vraie. Depuis cinq semaines, un épanchement sanguin très-considérable a distendu tous les tissus de la cuisse, a enveloppé toute la circonférence de l'articulation du genou, a été en contact avec la capsule articulaire, et, à l'autopsie, lorsque nous ouvrons l'articulation, elle est absolument saine: nous n'y trouvons pas le moindre épanchement, pas le moindre globule sanguin.

Je crois que cette constatation éclaire d'une façon catégorique la solution de cette question.

Les limites du vaste sac anévrysmal étaient les muscles de la patte d'oie à la partie inférieure, à la partie externe le biceps, et en avant le triceps.

J'ai déjà parlé de l'état des muscles broyés, et même des lambeaux au niveau de l'amputation sont loin d'être sains. C'est, comme je l'ai dit, ce qui m'a décidé à employer le pansement ouvert.

Depuis l'opération, le malade est gai; il n'a plus souffert, la température est restée à 38°; l'opéré a mangé avec plaisir et a dormi. Il a peu de soif, etc. L'état général est beaucoup meilleur qu'avant l'opération.

L'amputé a toujours continué à aller de mieux en mieux. Huit jours après l'opération, la plaie est détergée; le sang épanché dans les interstices musculaires est entraîné par les lavages; la température oscille autour de 38°. Au neuvième jour, elle est de 37°4 le matin.

L'état moral est très-satisfaisant. Les bourgeons charnus se développent très-régulièrement; la plaie est bien rosée. Il n'y a plus de fièvre vers le vingtième jour. La réunion se fait progressivement, et la guérison se poursuit sans accidents.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. **De l'hématocèle péri-utérine**, par le docteur Poncet. Paris, Germer-Baillière, 1878. — II. **Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels**, par le docteur Budin. Paris, O. Doin, 1878.

I. Dès la première page de sa thèse d'agrégation, M. Poncet définit l'hématocèle péri-utérine. Rejetant la définition purement étymologique, il appelle hématocèle, avec Aran et M. Gallard, « des épanchements sanguins, produits d'hémorrhagies dont le point de départ est dans le système utérin, alors que ces hémorrhagies sont susceptibles de former tumeur dans la cavité pelvienne.»

La première partie de la thèse est consacrée à l'histoire de l'hématocèle intra-péritonéale. On a considéré la plupart des organes contenus dans l'excavation pelvienne comme pouvant fournir le sang dans cette variété d'hématocèle.

Grâce à trois observations incomplètes dues à M. Tardieu, et que rapporte M. Voisin, on a cru à l'exhalation sanguine du péritoine pelvien, en l'absence de toute inflammation, de néo-membrane. Cette hypothèse est renversée sans difficulté par nos connaissances physiologiques. Il n'en est pas de même de l'existence d'une pelvi-péritonite comme source de l'hémorrhagie. M. Poncet admet en effet qu'il peut exister une pelvi-péritonite hémorrhagique, comme il existe une vaginalite, une pleurésie hémorrhagique. En cela il a grandement raison. Il peut donc se former un enkystement du sang produit par la rupture de fausses membranes vasculaires consécutives à une pelvi-péritonite.

Comme l'a démontré M. Richet, la déchirure d'une veine variqueuse du plexus utéro-ovarien peut donner lieu à une hémorrhagie intra-pelvienne. Olivier (d'Angers), Tilt, Devalz, Puech, Courty ont publié des observations probantes sur ce point. M. Poncet, basant son opinion sur la résistance des feuillets péritonéaux qui forment les ligaments larges, croit que les hématocèles dues à la rupture d'une veine variqueuse utéro-ovarienne sont extra-péritonéales. Ce ne serait que lorsqu'il y aurait une altération de la séreuse qu'on observerait une hématocèle intra-péritonéale. Cette manière de voir mérite confirmation.

Pour M. Bernutz, un grand nombre d'hématocèles sont dues à l'accumulation du sang dans la cavité utérine, à son engagement consécutif dans les trompes d'où il tombe dans le péritoine, par suite de la fermeture du canal cervico-utérin. Cette fermeture aurait pour principal agent un spasme du col utérin s'opposant à l'issue des règles. L'auteur du travail que nous analysons croit que c'est là une étiologie rare; il ne peut s'expliquer que la contraction spasmodique limitée au col puisse faire passer dans le péritoine, excepté dans des cas tout particuliers, plusieurs centaines de grammes de sang, puisqu'on sait que, dans des cas nombreux d'atrésie génitale, il a fallu un temps extrêmement long, pour que le sang retenu dans la cavité utérine, augmenté par l'apport menstruel, puisse refluer dans la trompe. Il cite, à ce propos, l'observation de Nélaton qui opéra une jeune fille atteinte d'oblitération congénitale de l'utérus. Depuis huit ans, le sang menstruel s'accumulait, en dilatant considérablement l'utérus. Il n'existait aucun épanchement sanguin dans le péritoine.

La trompe peut être le siège d'une hémorrhagie intra-pelvienne. On a beaucoup discuté sur l'unité de la cause, et sur le mécanisme de l'hémorrhagie. Les uns, avec Trousseau, ont admis qu'elle avait pour siège la membrane muqueuse de la trompe ou du pavillon, et qu'elle avait lieu au moment de l'écoulement menstruel. M. Poncet fait remarquer que le fait fondamental sur lequel s'appuie la théorie de Trousseau attend une démonstration.

D'autres croient, et cette manière de voir nous paraît légitime, que la cause doit être placée dans des lésions inflammatoires aiguës ou chroniques de la trompe. Il faut aussi remarquer que les affections chroniques de l'utérus ou de l'ovaire peuvent provoquer des phénomènes congestifs dans la muqueuse tubaire. Les hématocèles de cause tubaire peuvent être intra ou extra-péritonéales. Les deux variétés peuvent coexister.

Trousseau a appelé l'attention sur une variété d'hémorrhagie tubaire, symptomatique de pyrexie, causée par une exagération de l'exhalation sanguine des organes génitaux, et qu'il qualifie de cachectique.

L'ovaire peut jouer un rôle actif dans la production des hématocèles intra-péritonéales. Nélaton fait remarquer, dans sa Pathologie chirurgicale, que, lors de la ponte spontanée, la rupture de la vésicule de Graaf est suivie d'un certain épanchement de sang. Si cet épanchement est un peu considérable, et si la migration de l'ovule est imparfaite, le sang pourra tomber dans le cul-de-sac péritonéal, il se produira une péritonite adhésive et l'hématocèle rétro-utérine sera formée.

Plus tard M. Gallard a cherché à déterminer le vrai rôle de l'ovaire dans la production de l'hématocèle. Pour ce gynécologiste, l'hématocèle qui naît d'une façon toute spontanée doit être considérée comme une ponte extra-utérine. La même cause qui produit la grossesse extra-utérine, un trouble survenu dans les fonctions de la trompe, fait obstacle au transfert jusque dans la cavité utérine des produits (sang ou ovule) qui se sont détachés de l'ovaire. Dans un très-grand nombre de cas, on a trouvé au milieu des caillots sanguins des débris d'embryon.

En dehors des hémorrhagies physiologiques des ovaires, il ne faut point oublier que les altérations de ces organes peuvent être aussi des causes d'hématocèle, par exemple, leur inflammation aiguë ou chronique, les kystes sanguins ovariques.

Telle est l'étiologie multiple des épanchements sanguins intra-péritonéaux.

Toutefois il faut remarquer que les observations les plus récentes tendent à les attribuer à un trouble de l'ovulation.

Cette partie de la thèse de M. Poncet nous paraît être la plus intéressante; aussi ne dirons-nous rien des chapitres consacrés à l'anatomie pathologique et à la symptomatologie.

Quant à l'hématocèle extra-péritonéale, l'auteur ne s'occupe, brièvement du reste, que de celles qui se produisent dans l'état de vacuité de l'utérus. La plupart des gynécologistes les considèrent comme excessivement rares. M. Poncet a cherché expérimentalement la route que suivait le sang épanché. Lorsque la quantité de liquide injecté est assez considérable, il passe en arrière du rectum qui est reporté en avant, au centre de l'excavation pelvienne. Dès que l'on a injecté 400 à 500 grammes de liquide, le vagin prend une coloration bleue toute particulière. Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, en dehors de la ponte d'un œuf fécondé ou non, de la déchirure de la trompe, la cause la plus puissante de l'hémorrhagie dans l'hématocèle extra-péritonéale paraît être la rupture du plexus utéro-ovarien.

On trouvera dans la thèse de M. Poncet un grand nombre d'observations déjà connues, ainsi que plusieurs faits encore inédits.

II. — M. Budin a dû faire et condenser de nombreuses recherches. Beaucoup d'observations ont été publiées, en effet, sur les traumatismes consécutifs à l'intervention de l'accoucheur. Tous ces documents sont disséminés un peu partout; M. Budin en a fait une bonne étude d'ensemble qu'on consultera avec fruit.

L'auteur divise les lésions qu'il étudie en deux grandes classes: Lésions des parties molles et lésions des parties dures. Nous ne dirons rien des lésions de la vulve et du périnée, de celles du vagin, de l'utérus, des organes et des tissus situés dans le voisinage du canal génital; tout cela est suffisamment connu, et il est inutile d'en faire ici une rapide monographie. Mais nous conseillons de lire les nombreuses observations relatées par l'auteur. Elles sont intéressantes à plus d'un titre, et leur lecture attentive mettra mieux en garde le praticien contre les accidents qui peuvent suivre

son intervention, que les règles et les conseils les plus habilement formulés.

Nous appellerons seulement l'attention sur les lésions des nerfs. Des paralysies partielles des membres inférieurs ont été signalées, à la suite de l'accouchement, lorsque le forceps avait été employé. M. Budin en a même vu un cas, à la suite de l'accouchement spontané.

La paralysie est partielle dans la plupart des cas, et limitée à la sphère de distribution du sciatique poplité externe. C'est probablement une lésion du nerf lombo-sacré, racine du plexus sacré qui occasionne ces paralysies.

La deuxième partie, consacrée aux lésions des parties dures, comprend les lésions des articulations du bassin et celles du tissu osseux lui-même.

Quoique les articulations du bassin soient très-solides, leur disjonction a été observée à la suite d'application de forceps sur le sommet. M. Budin cite à ce sujet plusieurs observations. Nous en connaissons personnellement un exemple qui vient de nous être communiqué. Chaussier rapporte un cas où la disjonction se produisit pendant l'extraction de la tête avec les mains, à la fin d'un accouchement par le siége. Ce sont là des causes directes. Mais, comme le fait remarquer l'auteur, il faut y joindre les causes prédisposantes, telles que la gracilité des os chez les rachitiques, l'ostéomalacie.

Quant au ramollissement des tissus articulaires et au relâchement consécutif de la symphyse pubienne, même exagéré, pendant la grossesse, nous n'y croyons pas, malgré la valeur de l'affirmation de M. Budin.

Nous avons, en effet, souvent entendu dire à M. Pajot que ce relâchement n'existait pas, pendant la grossesse, en dehors d'un état pathologique.

Le tissu osseux peut être complètement séparé de son cartilage d'encroûtement.

Alors l'urèthre, la vessie et les parois du vagin sont déchirés par les bords irréguliers de la surface osseuse. On en trouve trois exemples dans le travail que nous étudions.

La disjonction d'une symphyse sacro-iliaque peut exister isolément; le plus souvent, cet accident est secondaire par rapport à la lésion de la symphyse pubienne.

On ne possède qu'un fait unique de luxation de l'articulation sacro-coccygienne à la suite de l'accouchement.

Les lésions du tissu osseux proprement dit sont extrêmement rares. Il est vrai qu'une mauvaise application de forceps a pu quelquefois déchirer le périoste et ruginer le tissu osseux; dans quelques cas même, le bassin étant normal, on a observé des fractures.

En résumé, les diverses lésions traumatiques que nous venons de signaler sont nombreuses. Le plus souvent il y a faute commise par l'accoucheur; aussi M. Budin croit-il devoir terminer son étude en appelant l'attention des praticiens sur la nécessité de faire un diagnostic précis avant de commencer toute opération; de plus, on a vu que le forceps pouvait causer des dégâts considérables; aussi recommande-t-il de suivre le précepte de M. le professeur Pajot: ne jamais employer toute sa force dans les tractions, retirer son instrument si on éprouve de la résistance, faire une nouvelle application deux heures après sans faire plus d'efforts, et, si les tentatives sont impuissantes, sacrifier l'enfant.

Toutes les fois que la nature n'agit pas seule, « l'accoucheur, dit M. Budin, doit savoir se décider à intervenir. Il doit de plus se décider à temps, choisir les procédés les moins dangereux pour le fœtus et surtout pour la mère. » Dr V. de Fourcauld.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 octobre 1878. — Présidence de M. Houel.

COMMUNICATIONS

Action physiologique du salycilate de soude. — M. Bochefontaine fait connaître les résultats de ses expériences sur ce sujet. Le salycilate de soude s'élimine par les divers appareils sécréteurs, par les urines chez l'homme sain comme chez l'homme malade, mais non par la salive, contrairement à ce qui a lieu chez le chien. Chez cet animal, en effet, le médicament se retrouve dans ce liquide, six à sept minutes après l'injection intraveineuse, quarante minutes environ après l'ingestion stomacale, tandis qu'il ne se retrouve dans les urines que trois quarts d'heure après l'injection intraveineuse. C'est tout le contraire qui a lieu chez l'homme. Il ne faudrait pas, au point de vue de la physiologie comparée, conclure de ce qui se passe chez le chien à ce qui a lieu chez l'homme.

Quant à l'action du salycilate de soude sur le cœur, on sait que celui-ci s'arrête en diastole, mais il meurt le dernier, pour ainsi dire, et longtemps après que cet agent a exercé son action sur les centres nerveux.

Diffusion des courants électriques. — M. Bochefontaine a fait une série d'expériences qui montrent que les courants faradiques, d'une façon générale, se propagent ou se diffusent dans toute l'économie animale. Il se contente de signaler le fait, sans en donner d'explication.

Injections intravasculaires de lait ou de sang. — M. Brown-Séquard présente un chien auquel a été faite, il y a cinq mois, une injection de lait; ce chien à ce moment était exsangue et près de mourir, et il est aujourd'hui très-bien portant.

Se basant sur ce fait, démontré par M. Brown-Séquard, que le lait injecté dans les veines d'un animal ne présente aucun inconvénient, le docteur Thomas (de New-York) a employé le lait au lieu de sang dans plusieurs cas de transfusion, et, dans ces cas, le lait a toujours semblé agir aussi bien que le sang. M. Brown-Séquard a, en effet, démontré qu'on obtient les mêmes succès avec du sang pur, du sang défibriné ou du lait; il avait seulement remarqué qu'il fallait une plus grande quantité de lait que de sang.

Il a fait revenir à la vie des chiens mourants en leur injectant soit du sang pur, soit du sang défibriné et provenant d'un autre animal que le chien, du pigeon, du poulet, de la grenouille ou de la tortue.

Il a fait les mêmes expériences sur des chevaux, à l'école d'Alfort, et a obtenu les mêmes bons effets, bien que relativement la quantité de liquide injecté fût bien moins considérable. Il a repris récemment les mêmes expériences avec le lait. M. Malassez a constaté, chez les animaux auxquels M. Brown-Séquard avait injecté du lait, que leur sang, après l'injection, contenait une plus grande quantité de globules blancs. Trois quarts d'heure après l'injection, on ne trouve plus de globules de lait dans le sang. Le chien que M. Brown-Séquard met sous les yeux de la Société avait perdu 95 grammes de sang et a reçu 95 grammes de lait; aussitôt après l'injection il s'est trouvé très-bien, et voilà cinq mois qu'il est en parfaite santé. Dans les cas où la transfusion paraît indiquée, une injection de lait pourrait donc remplacer la transfusion ou une injection de sang.

M. Landouzy demande à quelle température était le lait injecté par M. Brown-Séquard. Il se rappelle avoir vu, dans des cas de transfusion, les malades être pris d'un frisson si le sang injecté n'était pas à une température suffisamment élevée.

M. Laborde a pu injecter jusqu'à deux litres de lait dans les veines d'un chien sans accident; mais ce chien, n'ayant pas perdu préalablement de sang, ne se trouvait plus dans les mêmes conditions que le chien présenté par M. Brown-Sequard.

M. Moreau rappelle que Lorain a sauvé un cholérique en lui injectant de l'eau tiède dans les veines. Il est bon de rappeler ces faits.

M. Brown-Séquard répond à M. Landouzy qu'en effet, si on injecte dans les veines un liquide quelconque à moins de dix ou douze degrés, on provoque un frisson. Mais d'abord il a fait son injection dans l'artère crurale, en outre il l'a pratiquée avec une extrême lenteur, de telle façon que la température du liquide injecté et celle de l'animal ont eu le temps de s'équilibrer. D'autre part, si on fait, dans des conditions semblables, une injection d'eau et une

injection de lait, la première produit un refroidissement que ne produit pas la seconde. Il y a donc trois conditions essentielles sur lesquelles insiste M. Brown-Séquard; ce sont: 1° la lenteur de l'injection, 2° le choix de l'artère de préférence à la veine, 3° la nature du liquide.

A M. Moreau, M. Brown-Séquard répond que les conditions dans lesquelles se trouvait le malade de M. Lorain n'ont rien de comparable à celles où se trouvait l'animal qu'il présente, qui avait perdu beaucoup de sang. Il a pu injecter jusqu'à trois litres d'eau dans les poumons d'un chien qui n'avait pas perdu de sang, sans avoir d'accidents. Mais les conditions sont tout autres quand l'animal a subi préalablement une perte de sang.

M. DURET fait observer que la manière dont on fait l'injection a, dans l'espèce, une grande importance à cause de l'influence qu'elle exerce sur la tension vasculaire.

M. BERTHELOT dit qu'il y a là un fait physique dont il faut tenir compte: c'est, sous l'influence d'une tension exagérée, la diminution de la capillarité des capillaires qui entraîne forcément l'extravasation du liquide injecté.

Influence de la chaleur et du froid sur les phénomènes hystériques. — M. THERMES fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

M. LANDOUZY demande à M. Thermes s'il a vu l'hydrothérapie faire réapparaître des phénomènes hystériques qui avaient disparu. Il rapporte l'histoire d'une malade de la Charité, qui, sous l'influence de bains sulfureux, a vu très-manifestement réapparaître, tantôt une contracture, tantôt une chorée saltatoire, tantôt un tic particulier.

M. THERMES n'a jusqu'ici rien noté de semblable, d'ailleurs il n'y a aucune comparaison à établir entre les douches et les bains sulfureux.

M. DUMONTPALLIER rappelle qu'on possède aujourd'hui plusieurs moyens de modifier les phénomènes hystériques, tels que la pression de l'ovaire, l'éther, le chloroforme, etc... On sait aussi que chez certaines malades qui paraissent guéries l'application des métaux fait réapparaître les accidents. Mais M. Dumontpallier a pu récemment, dans son service, rendre ses élèves témoins d'un fait plus curieux encore : il s'agit d'une jeune femme qui n'avait jamais eu d'accidents hystériques et qui était entrée dans son service pour une métrite. La sensibilité, chez cette femme, était partout normale. M. Dumontpallier a cherché s'il n'y aurait pas un métal qui la rendrait insensible. et il a réussi à obtenir ce résultat avec du cuivre. Dès lors il a fixé l'hémianesthésie ainsi obtenue à l'aide d'un bracelet de fer; mais bientôt se sont produites de véritables attaques d'hystérie, si bien que M. Dumontpallier a dû cesser l'expérience. Il a donc pu produire de toutes pièces une hystérie à l'aide de la métalloscopie.

Relativement à la communication de M. Thermes, M. Dumontpallier fait observer qu'il est très-intéressant de savoir qu'on peut, avec d'autres agents que l'électricité ou les métaux, avec la chaleur et le froid, par exemple, produire les mêmes effets.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 octobre 1878. — Présidence de M. LABRIC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Arrêt brusque de la circulation de la veine cave supérieure chez un malade atteint d'anévrysme de l'aorte. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente une observation et les pièces à l'appui d'un fait qu'il a recueilli dans son service de l'hôpital Saint-Antoine : il s'agit d'un cocher âgé de quarante-trois ans qui avait été pris subitement, le 28 juillet, d'une cyanose de la face et de la partie supérieure du tronc. Avant cet accident, cet homme ne se plaignait depuis quelques semaines que d'une légère douleur intercostale du côté droit.

A son entrée à l'hôpital, le 30 juillet, le lendemain de l'acciden on constate tous les symptômes d'un arrêt circulatoire dans la veine cave supérieure; la face et le tronc sont bouffis et violacés, les yeux gorgés de sang, les veines jugulaires considérablement développées; des plexus variqueux se montrent à la région dorsale et sur les parties latérales du tronc; les membres supérieurs sont le siège d'un œdème dur, résistant et très-douloureux. Tous les symptômes contrastent avec l'intégrité absolue des membres abdominaux et de la partie inférieure du tronc. On constate seulement en ce point un développement variqueux des veines sous-cutanées abdominales. Lorsqu'on recherche la cause de ce trouble circulatoire, on trouve qu'il existe dans la partie supérieure de la poitrine et du côté droit des battements profonds, et en ce point on constate un bruit de souffle au premier temps très-manifeste; le cœur est légèrement augmenté de volume. On constatait aussi, au niveau des huitième, neuvième et dixième vertèbres dorsales, un bruit de souffle à double courant des plus intenses. Pas de pouls veineux.

Tous les médecins qui examinèrent ce malade furent à peu près unanimes à admettre l'existence d'un anévrysme de l'aorte à son origine, anévrysme comprimant la veine cave supérieure; mais l'apparition brusque des symptômes était expliquée d'une façon différente, les uns admettant l'ouverture de l'anévrysme dans la veine cave, les autres, au contraire, la présence d'un caillot dans la veine comprimée.

Au bout de huit jours, le malade ayant succombé, on put constater qu'il existait, en effet, un anévrysme de l'aorte à son origine, comprimant la veine cave supérieure, qui se frayait pour ainsi dire un chemin le long de la paroi latérale et postérieure; la veine azygos était considérablement développée et son volume égalait celui de la veine cave; un caillot existait, non pas dans la veine cave inférieure, mais bien dans la veine azygos, et c'était cet obstacle qui avait amené les troubles circulatoires constatés pendant la vie.

M. Dujardin-Beaumetz insiste d'abord sur la rareté de ce fait dont il a trouvé à peine deux exemples dans la science : l'un dans le *Traité de plessimétrie* de Piorry, l'autre dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Il montre ensuite que, grâce au développement de la veine azygos, la compression de la veine cave supérieure ne se traduisait pas par des symptômes bien appréciables, si ce n'est cependant par l'apparition des veines variqueuses de la partie moyenne du tronc; mais la production d'un caillot dans cette veine a déterminé le développement brusque des accidents respiratoires. M. Dujardin-Beaumetz place même dans cette veine azygos le souffle à double courant que l'on observait à la région dorsale.

M. RENDU hésite à partager cette dernière opinion, et se demande si le double bruit de souffle entendu à la région dorsale n'était pas plutôt un bruit aortique dont la transmission se faisait plus facilement vers cette région.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer qu'il existait une notable différence entre les bruits entendus en avant et ceux que l'on percevait en arrière.

M. GOURAUD fait remarquer que le caillot, si l'on en juge d'après son aspect et ses adhérences, avait dû mettre plusieurs jours à se former. Comment alors expliquer la soudaineté des accidents?

M. DUJARDIN-BEAUMETZ constate le fait sans l'expliquer.

Myocardite interstitielle primitive. — M. FÉRÉOL présente les pièces d'un malade qui a succombé, dans son service, à une myocardite interstitielle suppurée. Il s'agit d'un palefrenier, robuste, habituellement bien portant et qui n'avait jamais eu que des fièvres intermittentes romaines très-rebelles. Un jour, en lavant sa voiture, cet homme fut pris d'une angoisse précordiale et d'une faiblesse paralytique des deux bras ; il n'en continua pas moins quelque temps son métier, mais bientôt apparut une dyspnée tellement pénible qu'il dut entrer à l'hôpital. A ce moment, il avait le pouls petit, toutes les artères du corps battaient très-peu ; il crachait un peu de sang, mais c'était plutôt des crachats de l'apoplexie cardiaque que ceux de la pneumonie. Il n'avait pas d'ailleurs de points de côté et l'on n'entendait que quelques râles sous-crépitants à la base des deux poumons. Il y avait de la matité précordiale, mais pas de bruit de souffle. Le malade présentait une grande pâleur.

M. Féréol pensa d'abord à une hémorrhagie interne. Puis une

douleur au niveau du phrénique droit, qui vint s'ajouter à ces phénomènes, lui fit un instant soupçonner l'existence d'une pleurésie diaphragmatique. Comme traitement, ventouses scarifiées à la base de la poitrine, vésicatoire au niveau du cœur, potion tonique. Le lendemain il y avait un peu moins de dyspnée, les crachats sanguinolents avaient disparu; mais le surlendemain il y eut des selles dysentériques qui ne reparurent pas les jours suivants. A l'état habituel, ce malade avait souvent les doigts morts, de l'œdème des membres inférieurs et des taches de purpura. Il fut pris de douleurs atroces aux pieds, comme dans les cas de gangrène spontanée. En l'interrogeant de nouveau, on apprit qu'il avait subi il y a peu de temps un traumatisme; il avait été serré par son cheval contre la mangeoire. M. Féréol pensa alors à la possibilité d'une rupture lente du cœur avec épanchement dans le péricarde et endocardite. Ce malade ayant succombé, l'autopsie montra qu'il n'y avait rien au péricarde, mais que le cœur, très-volumineux, était le siège d'une myocardite très-intense, avec foyers suppurés et athérome calcaire. L'endocarde, dans une grande étendue, était recouvert d'une fausse membrane. Il y avait comme un véritable anévrysme dans l'espace interventriculaire. L'aorte était considérablement épaissie, surtout au niveau des valvules; celles-ci étaient saines et n'offraient pas d'insuffisance. Il y avait de l'athérome dans les artères périphériques. Cet homme avait en outre un foie hypertrophié et cirrhotique. On n'a pas eu jusqu'ici de renseignements sur les antécédents au point de vue de l'alcoolisme.

Bronchite pseudo-membraneuse. — M. GUYOT montre une volumineuse fausse membrane qui a été rendue de toutes pièces par un de ses malades atteint de bronchite pseudo-membraneuse. Ce malade, après avoir eu de violents accès d'étouffement, a parfaitement guéri.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de pharmacie de Paris. — Sujets de thèses pour le concours d'agrégation. — 1° Section de physique, de chimie et de toxicologie. — 1re question. De la propagation de l'électricité dans les corps, sous leurs trois états, gazeux, liquide et solide. Ses actions chimiques. — 2e question. Théorie générale des alcools. — 3e question. Étude des alcalis de l'opium, leur recherche dans le cadavre.

2e Section d'histoire naturelle médicale et de pharmacie. — 1re question. Des appareils glandulaires des végétaux et des produits qu'ils fournissent à la matière médicale. — 2e question. Des insectes et de leurs produits au point de vue pharmaceutique. — 3e question. Méthode d'analyse des eaux minérales. — 4e question. Action de l'air et de la lumière sur les médicaments chimiques. — 5e question. Des extraits et de leurs principes immédiats; procédés généraux de préparation et d'analyse. — 6e question. Des fermentations et des altérations qu'elles déterminent dans les médicaments galéniques.

— *Hopital Saint-Louis.* — M. le docteur Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et les opérations le samedi 19 octobre, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité complet d'ophthalmologie, par les docteurs de Wecker et Landolt. Tome Ier, première partie, 1 vol. in-8° de 672 pages avec 146 figures intercalées dans le texte et 2 planches. — Prix du tome Ier complet : 16 francs. — Cet ouvrage remplace la troisième édition du *Traité de Wecker* (prix Châteauvillard). Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude de l'acide chromique, des chromates et de quelques composés du chrome (physiologie, thérapeutique et toxicologie), par le docteur ROUSSEAU. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium......................		
Matières organiques.....................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr. à Laroche.

Quina Laroche (*ÉLIXIR vineux*).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune*, *rouge et gris*), tel est le secret de l'*Elixir vineux de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit tient donc à la quantité de principes qu'il contient.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 19, rue Drouot. J. Laroche

Diathèse urique.

Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Diabète, Albuminurie, Coliques néphrétiques, Coliques hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharmacie.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

VIN FORESTIER A LA VIANDE.
VIN FORESTIER A LA GLYCÉRINE PURE.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe,

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Vin d'Oranges,

le plus tonique et le plus réparateur de tous les vins connus.

Ce vin, exquis par son arome et sa finesse, contient de 8 à 11 pour cent d'alcool et une **Huile essentielle** dissoute. — C'est à cette heureuse association, mais surtout à l'HUILE ESSENTIELLE, que ce vin, sans analogue, doit son action tonique, stimulante, si remarquable dans les dyspepsies, dans la chlorose, dans l'anémie, dans les convalescences, chez les goutteux et chez les rhumatisants, chez les hommes de cabinet, épuisés par le travail et le manque d'exercice, chez les enfants et chez les femmes lymphatiques.

DÉPÔT GÉNÉRAL : 16, rue Trévise, Paris.
Prix de la bouteille : 4 francs.

Iode diastasé assimilable

du Dr V. BAUD.

Plus résolutif et plus dépurateur que l'*huile de foie de morue*, l'*Iode diastasé* en granules est indiqué contre la *scrofule, ulcères, tumeurs, maladies osseuses, etc.* Dr V. Baud

Paris, nos 22 et 19, rue Drouot.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Sirop MINÉRAL SULFUREUX Crosnier

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (7 AOUT 1877).

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

FIÈVRES, ANÉMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)

crque, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, ph., faub. St-Denis, 90, à Paris; LARDET, pharm., rue de l'Hôtel-de-Ville, 9, à Lyon, et dans les pr. pharmacies de France et de l'étranger.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Viande crue et alcool

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement.
Gros : 20, place des Vosges, Paris.

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

DÉPÔT CENTRAL : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Bourboule, SOURCE Choussy,

La plus arsenicale des eaux minérales connues. C'est avec l'eau de la *Bourboule-Choussy* qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris par MM. J. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule. Dépôt : chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

N° 121. — JEUDI 17 OCTOBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 17 OCTOBRE 1878. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance d'hier s'est composée de la présentation faite par M. Bouley d'un calcul volumineux trouvé dans les organes digestifs d'un cheval, laquelle a donné lieu à quelques observations de MM. Colin et Goubaux sur le siège et l'origine habituels de ces calculs; d'une communication de M. Verneuil relative à une série d'observations d'arthrites secondaires, qui lui a donné l'occasion d'appeler l'attention sur l'étiologie de ces arthrites, survenant en général chez des individus cachectiques, à la suite de lymphangites du membre inférieur, et qu'il serait disposé à expliquer par la propagation de l'inflammation à travers les séreuses articulaires; enfin d'une lecture de M. Desprès sur le mécanisme des orchites à répétition et des orchites inflammatoires en général, travail renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Gosselin, Panas et Guyon, et dont nous nous bornons à reproduire les conclusions.

Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Fièvre syphilitique. — II. Anémie saturnine : double souffle crural.

I. La femme couchée au n° 11 de la salle Sainte-Adélaïde est atteinte de syphilis acquise : nous n'avons pas trouvé trace d'accidents primitifs sur les parties où ils peuvent exister ordinairement, parties génitales externes, seins, bouche, etc. Le toucher vaginal a fait remarquer que le col de l'utérus n'est pas sain; l'examen au spéculum devra être pratiqué pour éclairer ce diagnostic.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de la syphilis est incontestable; cette femme est arrivée au commencement de la période secondaire, comme le prouve manifestement l'éruption de roséole très-caractéristique qu'elle vient de présenter. Cette éruption dure déjà depuis quelque temps, et elle a pris, progressivement, une teinte un peu cuivrée très-nette. Elle a apparu avec une confluence extrême, envahissant toute la face antérieure du tronc et tout le visage. Les ganglions cervicaux ne sont encore que très-peu compromis. On n'observe rien au fond de la gorge. Les commissures des lèvres présentent quelques ulcérations.

Un symptôme plus grave existe chez notre malade : c'est une céphalée très-intense qui apparaît tous les soirs et se prolonge assez longtemps pour produire une insomnie très-pénible. Cette céphalée est encore un symptôme appartenant aux accidents secondaires, Mais, ce qui est plus remarquable, c'est qu'elle est accompagnée d'une fièvre assez intense, qui a été surtout plus forte au début de l'affection, il y a deux mois, et qui a persisté depuis cette époque, mais avec une intensité de moins en moins considérable. Cette fièvre débute par un violent frisson, qui se produisait à une heure à peu près régulière de la soirée. L'étude de cette fièvre présente un intérêt assez curieux, parce que la malade est atteinte en même temps de bronchite tuberculeuse, et nous pouvons nous demander si cette fièvre est produite par la tuberculose, ou si elle est de la fièvre syphilitique.

Je n'hésite pas à affirmer que c'est bien de la fièvre syphilitique. La syphilis, en effet, s'accompagne aisément d'un processus fébrile; mais, le plus souvent, il ne se traduit que par du malaise plus ou moins bien perçu par le malade. Si, d'ailleurs, celui-ci consulte le médecin pour cette indisposition, il arrive souvent qu'il n'a pas remarqué les taches sur la peau qui sont quelquefois à peine appréciables : le médecin, de son côté, ne songe pas à une affection syphilitique dont le malade ne présente ou n'avoue aucun symptôme, et il attribue la fièvre à une tout autre cause. Souvent on confond cette fièvre syphilitique avec une fièvre éruptive, avec le début de la fièvre typhoïde; l'erreur est d'autant plus facile que souvent la prostration est extrême et rappelle complètement celle d'une fièvre synoque.

De ce fait, il ressort un enseignement pratique très-utile : toutes les fois que le médecin se trouve en présence d'un malade atteint de fièvre à répétition d'un caractère indécis dont il ne trouve aucune explication bien nette, bien satisfaisante, il doit chercher la syphilis.

Chez notre malade, l'éruption de la roséole dictait immédiatement le diagnostic; mais, si cette éruption n'eût pas existé, nous devions cependant trouver que la fièvre avait un caractère spécial et n'était pas la fièvre qui accompagne ordinairement les processus de la tuberculose.

Les accès, en effet, sont diurnes, et ils commencent par un frisson intense, suivi de chaleur et de transpiration. Ce seul caractère des accès devait faire songer à la syphilis : il est tout différent de celui de la fièvre tuberculeuse. Dans la fièvre tuberculeuse, les accès fébriles reviennent le soir; ils

commencent, non pas par un frisson, mais par la chaleur, vive et pénible, qui est suivie ensuite de transpiration. Enfin, le frisson ne vient que lorsque le corps est recouvert de sueur, et par le fait même du refroidissement; c'est d'abord un simple frissonnement de la peau ainsi impressionnée, puis le frisson termine l'accès. La différence est donc considérable entre les deux processus, tuberculeux ou syphilitique, au point de vue de la fièvre. Et, si j'insiste sur cette différence, ce n'est pas pour établir simplement un diagnostic précis : on conçoit que l'indication thérapeutique devra être différente, selon qu'on aura attribué la fièvre à l'une ou à l'autre maladie. Il importe donc d'être bien fixé à cet égard. Chez notre malade, la fièvre est bien due à la syphilis; elle a déjà considérablement diminué; la roséole disparaîtra aussi spontanément sans grande difficulté.

Mais le symptôme qu'il est nécessaire de combattre, c'est la céphalée : contre elle, il faut diriger le traitement antisyphilitique avec énergie; d'autant plus que, si elle résiste absolument à l'opium, au sulfate de quinine, etc., qu'on prescrit le plus souvent en pareille circonstance, elle est rapidement guérie dès qu'on institue le traitement spécial de l'affection syphilitique. C'est celui que nous prescrivons ici; la tuberculose dont la malade est atteinte présente d'ailleurs un caractère peu aigu, une marche lente, et elle n'est, en aucune façon, un obstacle à ce traitement.

II. Vous venez aussi d'observer un malade qui présente une difficulté de diagnostic analogue à la précédente, et de la solution de laquelle dépend le traitement approprié, et par conséquent la guérison. Il s'agit d'un homme, âgé de 29 ans, exerçant la profession de peintre *décorateur*. Cet homme est profondément anémique; nous devons nous demander si cette anémie est essentielle et indépendante du saturnisme, ou si elle est le résultat d'une cachexie saturnine. Le traitement à instituer sera, on le voit, complètement différent, suivant que nous nous arrêterons à l'une ou à l'autre hypothèse.

Examinons d'abord les conditions dans lesquelles cet homme est exposé à l'intoxication saturnine : remarquons d'abord qu'il n'est pas peintre en bâtiments, mais peintre décorateur; il n'emploie pas les couleurs sous la forme brute, il ne fait pas de ponçage, il ne broie pas les couleurs : il n'est pas exposé aux poussières que le grattage disperse dans l'atmosphère où travaillent les peintres ordinaires. Cet homme vient dans les appartements quand ceux-là ont déjà fini la première peinture; en un mot, il est exposé d'une façon beaucoup moins sérieuse à l'intoxication saturnine.

Il n'a jamais eu de coliques ni d'arthralgie; il ne présente aucun indice de paralysie. Mais il porte un petit liséré saturnin, qui dénote sinon une intoxication, au moins un contact saturnin.

Cet homme présente tous les signes d'une profonde anémie: faiblesse excessive du pouls, vertiges; souffle de la jugulaire, faiblesse de bruits du cœur, etc. Enfin, nous retrouvons chez lui un symptôme particulier, le *double souffle crural.*

On sait que, lorsqu'on applique le stéthoscope sur l'artère crurale, à l'état normal, cette compression détermine un bruit sec de souffle diastolique, d'une intensité plus ou moins considérable, mais toujours unique. Ce bruit de souffle est normal. Mais, chez les individus atteints d'insuffisance des valvules aortiques, Durozier a observé un bruit de souffle *double :* c'est-à-dire qu'après ce premier bruit normal diastolique, on entend un autre bruit de souffle, un peu moins intense. Ce double souffle crural existe d'une façon assez constante chez les malades atteints d'insuffisance aortique pour qu'il puisse être regardé presque comme un signe pathognomonique de cette affection, si l'on perçoit en même temps un souffle au second temps et à la base du cœur. Ce bruit particulier peut aussi être perçu dans d'autres artères, dans la brachiale, dans la carotide, etc. Mais il serait plus difficile à constater, ou serait compliqué des bruits veineux, ce qui fait qu'on le recherche toujours à l'artère crurale où sa constatation rend la question moins complexe.

Le double souffle crural n'a été constaté dans aucune autre maladie de cœur; mais, par un phénomène encore inexpliqué, il a été trouvé chez les malades atteints d'intoxication saturnine, sans qu'on ait pu déterminer la cause de cette singulière particularité.

Cette constatation, le plus généralement, est une affaire de pure curiosité, et on a ordinairement d'autres signes plus rationnels et plus manifestes de l'empoisonnement par le plomb. Dans le cas de notre malade, ce symptôme, au contraire, loin d'être à dédaigner, mérite une certaine importance. En effet, cet homme n'est atteint d'aucune affection cardiaque; il est donc évident que le double souffle crural doit être rapporté à une intoxication saturnine.

Peut-être le liséré saturnin peut ne se produire que par l'effet d'un simple dépôt de poussière plombique; je ne veux pas examiner cette question. En admettant même qu'il soit toujours le résultat d'une absorption complète du plomb, on sait qu'il est produit par des doses très-faibles : le liséré n'est donc pas un symptôme suffisant de l'intoxication saturnine. Mais il n'en est pas de même du double souffle crural qui révèle une imprégnation beaucoup plus profonde.

Or il existe certainement chez ce malade; il ne peut pas être confondu avec le double bruit artificiel qu'on produit parfois chez les anémiques, par l'association d'un bruit veineux au bruit artériel, unique, normal. J'ai même tenté de reproduire ce bruit veineux chez ce malade, et, malgré les précautions ordinairement usitées, je n'ai pu y réussir. C'est donc bien le double souffle crural et artériel que nous avons constaté.

Le doute n'est donc pas permis, l'anémie doit être rapportée à une intoxication saturnine. Restait à déterminer comment cet homme avait pu s'intoxiquer, puisque les conditions générales de sa profession ne l'exposent guère aux accidents saturnins. Nous avons trouvé cette cause dans une habitude particulière. Les peintres décorateurs, obligés de manier en même temps plusieurs couleurs à la fois, ont l'habitude de mettre leurs pinceaux dans la bouche, pour ne pas avoir à les poser et à les reprendre chaque fois qu'ils changent de couleur. Or il est impossible que le manche de ces pinceaux ne soit plus ou moins imprégné de couleur, et c'est ainsi que s'explique l'empoisonnement. Ce mode d'absorption du plomb diffère de celui qu'on observe chez les aquarellistes. Ceux-ci s'intoxiquent en « faisant la pointe » de leurs pinceaux : aussi l'absorption est plus considérable, les accidents sont plus aigus. Il suffit pour les déterminer que l'acidité des liquides du tube digestif soit un peu augmentée pour dissoudre et mettre dans la circulation les masses métalliques accumulées dans les intestins.

Avec l'intoxication lente, mais quotidienne, de notre malade, les coliques ne surviennent guère, parce qu'elles sont ordinairement l'expression d'un empoisonnement relativement aigu, mais l'imprégnation de l'organisme n'en est pas moins sûre, et la cachexie saturnine se manifeste.

Le traitement consistera donc, outre les conseils prophylac-

tiques qui découlent de ces considérations, à combattre l'intoxication saturnine qui est la cause de l'anémie par la médication accoutumée : purgatif et iodure de potassium. Enfin, nous faciliterons la réparation par les toniques, le fer et les bains sulfureux.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Lymphadénome de la région parotidienne. — II. Tumeur lacrymale syphilitique.

I. La jeune fille, âgée de seize ans, qui est couchée au n° 23 de la salle Notre-Dame, a vu, à la suite d'une dentition assez difficile, se développer une tumeur derrière le maxillaire gauche. Le gonflement persistant, on pratiqua l'avulsion de la dent; la tumeur continua à augmenter progressivement. Cependant la jeune malade ne ressentit jamais ni élancements ni douleurs. Après avoir tenté tous les moyens possibles, sa famille l'amène à l'hôpital pour lui faire extirper cette tumeur.

Si nous examinons la région parotidienne du côté gauche, nous y trouvons une tumeur ayant le volume d'une grosse noix : car il ne faut pas supposer que la tumeur n'est formée que par ce qui fait saillie à l'extérieur ; il y en a une grande portion dans la profondeur, plongeant dans la partie parotidienne.

Cette tumeur soulève les téguments, mais ceux-ci n'y sont pas adhérents, et ils n'ont pas changé de couleur. On arrive à saisir la tumeur et à la fixer, on la sent alors molle et élastique, arrondie, solide mais peu résistante. Ce ne peut être qu'un adénome lymphatique ayant envahi une des glandes du creux parotidien.

Il n'est pas possible que cette tumeur soit d'une autre nature; on pourrait tout au plus la confondre avec un chondrome qui occuperait cette région, ou bien avec un kyste sébacé. Mais le chondrome serait plus irrégulier et bosselé, avec une grande inégalité de résistance. Quant au kyste sébacé, il est plus superficiel : on y reconnaît un point noir sur la surface qui correspond à l'orifice du canal sébacé.

C'est une hypertrophie d'un ganglion lymphatique : mais pourquoi la tumeur est-elle si bien isolée, les autres ganglions n'ayant nullement participé à l'inflammation? Nous voyons en effet que ni les glandes sous-maxillaires, ni celles du creux parotidien, n'ont été modifiées. Ce caractère pourrait faire songer au diagnostic de kyste sébacé. Mais nous pouvons nous l'expliquer par ce fait que la jeune malade a eu une dent molaire gâtée : la papille dentaire a donc été irritée, les lymphatiques ont transmis l'irritation, soit qu'ils aient entraîné l'élément purulent dans le ganglion, soit que l'irritation de leurs parois ait produit une lymphangite propagée jusqu'au ganglion. Voilà pourquoi il n'y a qu'une seule glande envahie. Sous cette influence, la glande s'est hypertrophiée, a acquis cinq à six fois son volume normal, mais, étant toujours contenue dans la graisse qui l'enveloppe, elle a pris une forme arrondie régulière.

Nous trouverons sans doute au centre des parties déjà ramollies, constituant une matière blanchâtre caséeuse.

Lorsque l'on fait l'anatomie pathologique de ces sortes de tumeurs, seulement à quarante-cinq ou cinquante grossissements, on voit nettement les cellules lymphatiques hypertrophiées au milieu desquelles apparaissent déjà la matière purulente ou les débris caséeux. Comme cette jeune fille n'a pas éprouvé de douleurs dans cette tumeur, le ramollissement central n'est pas encore produit; mais, si nous attendions plus longtemps, la suppuration arriverait, et des fistules se formeraient pour donner issue au pus à l'extérieur. Après un an, deux ans, dès qu'il y a un commencement de caséification, c'est à la chirurgie qu'il faut demander le traitement de ces tumeurs : la médecine et toutes les applications de pommades ne font plus qu'augmenter le gonflement.

L'opération d'ailleurs est des plus simples : petite incision demi-courbe en arrière pour relever un petit lambeau, et énucléation de la tumeur. Comme précaution anatomique, il faut avoir soin de ne pas léser le nerf facial qu'on rencontrerait dans cette région. La guérison se fait rapidement, et il ne reste qu'une petite cicatrice de l'incision de la peau.

II. Au n° 20 de la même salle, est couchée une autre malade bien connue de vous puisqu'elle est dans notre service depuis plus de six mois. Sa maladie remonte d'ailleurs à une quinzaine d'années, et nous en avons eu l'histoire exacte par le médecin qui nous l'a envoyée et qui l'avait déjà connue autrefois à l'hôpital, alors qu'il était interne dans le service où cette femme fut traitée au commencement de sa maladie.

Cette circonstance est importante pour nous, car notre confrère nous a exactement renseignés sur les accidents syphilitiques qui ont été complètement caractéristiques à cette époque, quoique la malade nie encore aujourd'hui avoir jamais eu la syphilis. Elle reconnaît encore maintenant avoir des douleurs vives, erratiques, dans les membres, à la tête, etc., mais elle met tout cela sur le compte de « rhumatismes qui se promènent » ; c'est l'expression consacrée pour la plupart des malades.

Il y a deux ans, les douleurs ont été plus vives que jamais dans la tête, et principalement concentrées dans la région frontale, où survint un gonflement considérable, au niveau de la racine du nez et des arcades sourcilières; le larmoiement apparut : il y eut menace d'abcès à l'angle interne de l'œil gauche. On constata une tumeur lacrymale en voie de suppuration : en pressant sur cette région, on faisait sortir du pus. Même du côté droit, commencement d'accidents analogues. On traita alors la tumeur lacrymale.

Mais il y avait autre chose : le nez était large et gonflé, il y avait une périostose de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et des os propres du nez. Le sirop de Gibert fut administré, on prescrivit des onctions d'onguent napolitain sur la racine du nez et sur les arcades sourcilières du frontal où apparaissait l'exostose.

En cinq ou six semaines de traitement, la diminution était considérable; nous pensâmes avoir raison de ces accidents, et il ne restait que la fistule lacrymale qui paraissait en voie de guérison. Tout à coup sur le dos du nez et sur les bords de la fistule apparaît une lymphangite qui parcourut la tête, le cou, la face, et nous fit craindre même la mort de la malade. A la suite de cet érysipèle, nous avons observé un fait qui n'est pas très-rare, mais qui est cependant intéressant et qui indique la gravité de l'épidémie; cette femme, qui avait les cheveux très-noirs, les vit blanchir complètement et rapidement après l'érysipèle.

Pendant tout ce temps, nous n'avions pu continuer le traitement : l'érysipèle disparu, une nouvelle poussée de périostose se manifesta. Nous entreprîmes alors d'ouvrir largement le sac lacrymal et d'introduire dans le canal nasal le clou dilatateur (en plomb) de Scarpa.

Le canal nasal était à peu près libre, mais, en y passant le stylet, j'ai constaté que l'os était à découvert. La malade

n'en éprouva aucun soulagement : bientôt après une très-vive sensibilité se déclara, et nous fûmes obligés d'enlever le clou dilatateur, et de cesser le cathétérisme qui ne nous fut plus possible qu'avec une simple corde de boyau.

Les tumeurs lacrymales syphilitiques ne sont pas très-rares, mais leur histoire est éparse dans de nombreux travaux. Les os propres du nez, puis le frontal, l'apophyse montante du maxillaire, sont fréquemment le point de départ de l'ostéo-périostite : le sac lacrymal n'étant pour ainsi dire qu'un dédoublement du périoste, il se trouve détaché, tordu, décollé par le même processus.

Pendant assez longtemps, les larmes passent encore : ici le traitement syphilitique a arrêté la suffusion plastique du côté droit, où le cours des larmes, quoique irrégulier, était encore possible. A un certain moment le sac lacrymal s'est trouvé repoussé en avant : si cette situation se prolonge, la muqueuse, qui était restée indemne, participe à l'inflammation et suppure ; la tumeur lacrymale est constituée. Actuellement, chez notre malade, nous avons la muqueuse et le sac lacrymal séparé de l'os qui est malade : le stylet arrive à l'os nu sur l'apophyse montante. Sous cette lésion, il y a donc une nécrose des os.

On voit que ce n'est pas là la tumeur lacrymale ordinaire, inflammatoire, tenant à une modification de la muqueuse : ici, elle vient de la paroi fibreuse et du périoste.

Quel traitement appliquerons-nous à cette tumeur lacrymale spéciale? L'embarras est grand, car notre malade ne peut plus supporter le traitement par la dilatation qui lui provoque des douleurs abominables : en effet, quand on a entrepris la dilatation par l'opération de Bowmann, il y a très-peu de malades qui peuvent subir le traitement jusqu'au bout : il est horriblement douloureux, et, si j'en parle, c'est par expérience personnelle.

A peine, maintenant, nous pouvons passer une corde à boyau ; cependant les dilatants sont le seul moyen de salut de la malade. C'est pour ne pas perdre toute chance que j'ai imaginé de recourir au traitement par la canule qui est trop délaissée aujourd'hui.

Je vais donc placer une canule, celle dite de Lenoir, depuis longtemps oubliée. Elle est préférable à celle de Dupuytren, qui remontait souvent : celle-ci porte à sa partie supérieure un bourrelet qui l'empêche de descendre trop profondément dans le canal nasal, et, à sa partie inférieure, elle est divisée en trois valves qui s'écartent spontanément, et retiennent suffisamment la canule en place.

Ce moyen permettra, du moins encore pour un temps, l'écoulement des larmes par le canal nasal.

REVUE DE LA PRESSE.

Cas remarquable d'amputation de l'utérus chez la vache par la ligature élastique. — M. Brugel publie (*Journal de méd. vétér.*) l'observation suivante : Une vache était atteinte d'un renversement complet de l'utérus, qui s'était produit quelques heures après le vêlage et n'avait pu être réduit. La matrice tout entière pendait entre les membres postérieurs ; les parois étaient sphacélées ; la turgescence était énorme ; l'odeur très-fétide.

Le vétérinaire appliqua une ligature élastique avec un cordonnet en caoutchouc, sur la base de la tumeur, près de la vulve. Quarante-huit heures après, la masse herniaire fut excisée à quatre centimètres en arrière de la ligature, et le moignon utérin disparut aussitôt dans le bassin.

Les jours suivants, l'animal reprit de l'appétit, la rumination se rétablit, et la sécrétion lactée devint abondante.

Un écoulement purulent eut lieu pendant plusieurs semaines par la vulve, puis il se tarit.

Cette vache a conservé son lait pendant plus de quatorze mois. (*Lyon méd.*)

Rétrécissement infranchissable du rectum ; colotomie ; guérison. — M. de Th... entre à l'hôpital français de Buenos-Ayres, en proie à une constipation opiniâtre, qui durait depuis quinze ou dix-sept jours. Le docteur Duchennois eut recours à des purgatifs de toute nature, à des lavements de tout genre, à des tentatives répétées d'introduction de sondes, sans pouvoir arriver à aucun résultat. Quinze jours après, le ventre était globuleux, très-développé, la fièvre s'était allumée, le pouls était à 120. On fit des tentatives d'introduction de sondes, mais sans pouvoir arriver jusqu'à l'S iliaque : il était évident qu'il y avait un obstacle situé probablement à l'union de l'S iliaque et du rectum.

Quant à la nature de cet obstacle, on ne put déterminer exactement s'il était dû à une tumeur cancéreuse, à de la syphilis, ou plutôt à de fréquentes attaques antérieures de dysentérie.

L'obstacle intestinal était insurmontable, une péritonite imminente ; il fallait intervenir.

M. Quinche proposa et fit accepter au malade la création d'un anus artificiel : une incision parallèle au ligament de Fallope fut faite à deux travers de doigt au-dessus de ce ligament et sur une longueur de 7 à 8 centimètres ; les parois abdominales furent disséquées, couche par couche, jusqu'au péritoine, qui fut incisé. Il s'échappa un peu de sérosité indiquant que déjà la péritonite existait au moment de l'opération. Le colon descendant se présenta à la plaie ; il fut fixé par de nombreux points de suture et ouvert entre les deux rangées qu'ils formaient. Il s'échappa une énorme quantité de matières fécales et de gaz, et, pendant quatre jours, il en sortit continuellement. Enfin, les salles se régularisèrent peu à peu. Pendant une quinzaine de jours, le malade éprouva de temps en temps des douleurs pendant la miction et rendit encore assez fréquemment des mucosités sanguinolentes, mais jamais il ne passa de matières fécales par l'anus.

Le malade revint en France trois mois après, et entra à l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 27 février 1877.

Le diagnostic de rétrécissement cicatriciel du rectum était confirmé par les antécédents du sujet, par la marche essentiellement chronique de l'affection (puisque le début de la constipation remontait au moins à quatre années), par l'absence d'état cachectique et par le résultat de l'opération.

Il sortait quelquefois par le rectum quelques mucosités, mais jamais de fèces.

Le malade prétendait même que, lorsque, le matin, il prenait une injection de propreté, il passait quelques gouttes de liquide par le rectum, circonstance qui semblerait indiquer la persistance d'un petit orifice.

M. Lannelongue tenta l'emploi des bougies, de cathéter rigide, de sondes uréthrales, appliquées avec l'endoscope de Désormeaux, mais tout fut inutile.

Il reconnut que le rétrécissement était situé à onze centimètres de l'orifice anal et à 13 centimètres de l'anus artificiel.

Il se proposait de pratiquer la dilatation du rectum, et en distendant la muqueuse avec un spéculum assez long pour arriver sur le rétrécissement et y chercher, pour ainsi dire, à ciel ouvert, le pertuis, s'il existait. Le malade s'y refusa, redoutant toute espèce de tentatives. On dut se contenter de l'application d'un appareil destiné à recevoir les matières. Les selles sortent moulées et ont lieu deux ou trois fois par jour, d'une manière indépendante de la volonté du sujet, mais non sans qu'il en éprouve le besoin.

Il est regrettable que la volonté du malade soit venue arrêter les tentatives. Il n'en existe pas moins actuellement que sa vie est garantie, que l'opération a parfaitement réussi, et que son affection ne constitue plus maintenant une maladie, mais une simple infirmité dont il essayera, espérons-le, de tenter ultérieurement la guérison. (*Province méd.*)

Arrachement du cuir chevelu. — M. Hallez présente, au nom de M. le docteur Courtois (de La Bassée), une pièce anatomiqu

des plus intéressantes, et qui fut recueillie dans les circonstances suivantes : Une jeune fille jouait sur un chariot chargé de betteraves, au-dessus duquel passait un arbre de transmission, mis en rotation par une machine à vapeur. Tout à coup, ses cheveux se trouvèrent enlacés autour de l'arbre de transmission, et la malheureuse se trouva ainsi suspendue au-dessus du sol. La chevelure résiste, mais le cuir chevelu cède, mettant à nu les os du crâne, une partie des vertèbres cervicales, arrachant les temporaux et les pavillons des oreilles.

On fit un pansement par occlusion. La douleur fut peu intense, les symptômes généraux sans gravité ; toute cette surface bourgeonna ; l'état général était excellent, quand, au bout de deux mois, des hémorrhagies en nappes successives survinrent et la malade mourut d'anémie. (*Société de méd. du Nord.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 octobre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Van de Loo, accompagnant l'envoi d'une brochure sur les bandages plâtrés amovo-inamovibles d'emblée. — 2° Une note de M. Cramoni (de Sartène en Corse) sur une variété rare de ver stomacal (comm. M. Laboulbène).— 3° Un travail manuscrit de M. le docteur Grellety, intitulé : *Bibliographie des eaux de Vichy.* — 4° Un travail de M. le docteur Bec (de Mézel, Basses-Alpes) sur plusieurs épidémies successives de fièvre typhoïde survenant toutes à la même époque de l'année, en 1874, 1875, 1876, avec quelques ressentiments en 1877, et dans la même région, la partie sud du canton de Mézel.

PRÉSENTATIONS

M. Bouillaud présente, au nom de M. Constantin Paul, une brochure intitulée : *Sur le bruit du souffle anémo-spasmodique de l'artère pulmonaire, désigné généralement sous le nom de bruit anémique de la base du cœur.*

M. Hillairet présente, au nom de M. le docteur Favre (de Commentry), deux brochures, l'une sur les conditions hygiéniques des houillères, l'autre sur l'enseignement de la gymnastique dans les écoles, au point de vue hygiénique et médical.

M. Broca présente, au nom de M. Frédéric Batman, un ouvrage en anglais, intitulé : *le Darwinisme soumis à la pierre de touche du langage.*

M. Larrey présente : 1° au nom de MM. les docteurs Fort et Guichet, un opuscule traduit de l'anglais, sur le traitement du spina bifida par la méthode nouvelle de James Morton. — 2° Au nom du docteur Tholozan, une brochure intitulée : *De la diphthérie en Orient, et particulièrement en Perse.*

M. Laboulbène présente, au nom de M. le docteur Mordret (du Mans), une brochure intitulée : *Considérations sur la sensibilité dans ses rapports généraux avec les phénomènes psychiques.*

M. Lancereaux présente, en son nom, une brochure intitulée : *De l'Alcoolisme et de ses conséquences au point de vue de l'état physique, intellectuel et moral des populations.*

M. Hérard présente une brochure sur le microphone et ses applications en médecine.

COMMUNICATIONS

Orchites à répétition. — M. Després lit un travail intitulé : *Du mécanisme des orchites à répétition et des orchites inflammatoires en général* dont voici les conclusions :

1° Les orchites inflammatoires à répétition et les orchites inflammatoires en général sont dues à la rétention du sperme dans le testicule.

2° La cause de la rétention du sperme n'existe pas toujours au même point, mais il est plus que probable que le gonflement des muqueuses des conduits éjaculateurs et du canal déférent ou même le gonflement périphérique dans la prostate ou la muqueuse de l'urèthre sont la cause ordinaire de la rétention du sperme.

3° La rareté de la suppuration des orchites permettrait d'appeler ces inflammations des engorgements spermatiques du testicule, à l'exemple de ces rétentions du lait dans les mamelles désignées sous le nom d'engorgement laiteux.

4° L'apparition des orchites du dixième au vingtième jour dans la blennorrhagie doit être en rapport avec l'activité fonctionnelle du testicule ; plus les malades ont un organe actif, exercé, plus l'orchite doit se développer à une époque voisine du début de l'uréthrite.

5° Les orchites survenant dans la convalescence d'une blennorrhagie se produisent par le même mécanisme que les orchites consécutives à la taille.

6° Les orchites dues à une blessure ou à une irritation de l'urèthre peuvent être expliquées par une tuméfaction des parties blessées et en particulier une tuméfaction au niveau des conduits éjaculateurs et des vésicules séminales qui arrête rapidement l'écoulement du sperme dans son réservoir, les vésicules séminales.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Gosselin, Panas et Guyon.

Calcul des voies digestives du cheval. — M. Bouley présente un volumineux calcul, ne pesant pas moins de 5 livres 370 grammes, qui lui a été envoyé le matin même par un vétérinaire de Montauban et qui provient des organes abdominaux d'un cheval. Il s'agissait d'un cheval de race bretonne, âgé de onze ans, robuste, vigoureux, faisant un service pénible et auquel on donnait une ration journalière de quatre bottes de luzerne de 5 livres chacune, de 15 litres d'avoine, de 5 litres de son et de temps à autre de fèves et de farine de seigle. Ce cheval était tombé malade le 3 septembre dernier et fut pris de coliques présentant, paraît-il, tous les caractères des coliques de l'embarras gastrique ; la maladie marcha très-vite, il ne tarda pas à être pris de vertige abdominal et succomba en l'espace de quelques jours. L'équarrisseur prétendit avoir trouvé cette concrétion dans l'estomac, mais M. Bouley fait de grandes réserves à ce sujet, car ces calculs ne se développent habituellement pas dans l'estomac. Celui-ci présente, en outre, ceci de particulier qu'il est formé de deux parties juxtaposées d'une constitution toute différente : l'une, la principale, est constituée par des phosphates ammoniacaux-magnésiens ; l'autre plus petite et qui surmonte la première, d'un aspect spongieux, est constituée par une sorte de feutrage d'une consistance toute différente.

M. Colin fait remarquer que cette observation est bien incomplète : On sait, dit-il, que ces calculs se développent habituellement chez les animaux soumis à une riche alimentation. En outre, les coliques calculeuses présentent des caractères particuliers qui permettent de les distinguer facilement des autres espèces de coliques. Le vétérinaire aurait dû faire ce diagnostic, et M. Bouley, clinicien consommé, ne peut s'y tromper. Il n'y a donc pas de réserves à faire, et c'est une dénégation absolue qu'il faut opposer aux affirmations de l'équarrisseur. Tous ces calculs sont toujours collectés dans le même point de l'intestin, qui est le renflement gastrique, mais jamais ils ne se développent dans l'estomac. MM. Wurtz et Berthelot ont donné la raison de ce fait : c'est que ces concrétions calculeuses ne peuvent pas se produire dans un milieu acide, et le suc gastrique les dissout, comme a pu le voir M. Colin dans ses recherches expérimentales. M. Colin nie donc de la façon la plus formelle que ce calcul ait été trouvé dans l'estomac et affirme qu'il devait siéger dans l'intestin au point qu'il a indiqué.

Quant à la constitution de ce calcul, elle est loin d'être exceptionnelle, comme l'a dit M. Bouley, et l'on rencontre souvent de ces calculs mixtes, en partie formés de phosphates ammoniacaux-magnésiens et de poils végétaux.

M. Goubaux n'a jamais vu d'exceptions aux règles que vient de rappeler M. Colin relativement au siége exact de ces concrétions calculeuses. Il a fait, en outre, l'observation suivante :

Lorsqu'on fait un grand nombre d'autopsies de chevaux, on remarque que beaucoup présentent une plus ou moins grande quantité de sable dans l'intestin, tandis que d'autres n'en ont pas : les premiers sont généralement des chevaux que l'on mène au bord des rivières ; les seconds, au contraire, sont des chevaux que l'on fait boire à des abreuvoirs ou dans les écuries. Au milieu de ce sable,

on trouve souvent des corps étrangers, tels que des épingles, des clous, des morceaux de verre, autour desquels se forment de véritables calculs. M. Goubaux a pu compter jusqu'à cent cinquante calculs en voie de formation.

M. BOULEY reconnaît, avec M. Colin, que l'observation qu'il vient de présenter est incomplète. Quant au reproche, peu pertinent, dit-il, que m'adresse M. Colin de n'avoir pas fait moi-même le diagnostic, je lui ferai observer que, quelque clinicien consommé qu'il me suppose, je ne suis pas doué d'une vue assez perspicace pour voir à de si grandes distances, ni d'un bras assez long pour explorer, d'ici, le rectum d'un cheval qui se trouve à Montauban. Enfin je m'étonne que M. Colin n'ait pas compris que les réserves que j'ai faites relativement au siège de cette concrétion calculeuse sont une formule de simple politesse.

Arthrites secondaires. — M. VERNEUIL communique une série de cinq observations d'arthrite secondaire survenue à la suite de lymphangites du membre inférieur.

Dans la première observation, il s'agit d'un individu âgé de cinquante ans, d'une constitution délabrée, ayant au pied une ulcération légère qui donna naissance à une lymphangite. Cette inflammation parcourut tout le membre inférieur et sema sur son passage une série d'abcès dont quelques-uns furent ouverts ou s'ouvrirent spontanément. Il survint tout à coup une douleur extrêmement violente au genou qui se termina par l'inflammation suppurative de l'articulation. Ce malade, ayant refusé toute opération, finit par succomber au progrès de son mal.

Le sujet de la seconde observation est une jeune fille de quatorze ans qui, à la suite d'une contusion du gros orteil, fut prise d'une lymphangite couvrant tout le membre inférieur de traînées inflammatoires sur le trajet desquelles se formèrent des abcès multiples et consécutivement une arthrite purulente du genou à laquelle elle succomba, malgré les soins les plus attentifs.

Dans une troisième observation, il s'agit d'un individu cachectique, entré à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Oulmont. Cet individu avait sur le pied une petite eschare qui s'agrandit bientôt et acquit le volume d'une pièce de cinq francs en argent. M. Oulmont adressa alors ce malade à M. Verneuil qui constata bientôt les symptômes d'une lymphangite; ce malade avait, en outre, une grande quantité d'albumine dans les urines. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'albumine disparut, mais il se forma des abcès multiples sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, puis une arthrite purulente du genou, à laquelle la malade succomba également.

Le sujet de la quatrième observation est un individu qui entre dans le service de M. Verneuil présentant une tuméfaction considérable du membre inférieur, produite par une lymphangite érysipélateuse ayant eu pour point de départ une écorchure au voisinage du gros orteil. A deux reprises l'inflammation parut s'amender et le membre diminuer de volume, mais il se manifesta tout à coup des phénomènes inflammatoires du côté de la synoviale articulaire du genou. Sous l'influence des révulsifs, l'épanchement articulaire parut se résoudre en partie, mais bientôt se manifestèrent des phénomènes de cachexie générale; il survint des eschares, une pneumonie double, et le malade mourut. A l'autopsie, on ne constata dans le genou que de la sérosité légèrement trouble. Le malade avait succombé à son état général.

Enfin, la cinquième observation a trait à un homme atteint d'hydarthrose, ayant toutes les apparences d'un état cachectique. M. Verneuil constata sur le membre inférieur un cylindre rouge avec engorgement adénopathique de l'aine; un abcès se forma à la jambe; M. Verneuil ne jugea pas à propos de l'ouvrir; l'hydarthrose se dissipa et le malade se rétablit.

M. Verneuil appelle l'attention sur l'étiologie de ces arthrites survenues chez des individus généralement cachectiques, à la suite de lymphangites du membre inférieur, et il aurait de la tendance à expliquer ces arthrites par la propagation de l'inflammation à travers les séreuses articulaires.

A cinq heures, la séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1878.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	9	13	0	22
2e	13	12	3	28
3e	17	25	9	51
4e	20	31	5	56
5e	19	39	7	65
6e	8	17	2	27
7e	16	18	5	39
8e	11	10	1	22
9e	12	16	1	29
10e	19	30	5	54
11e	33	59	20	112
12e	16	20	13	49
13e	9	11	5	25
14e	20	35	11	66
15e	27	28	16	71
16e	4	6	3	13
17e	29	37	11	77
18e	23	55	10	88
19e	22	21	6	49
20e	24	46	9	79
	351	529	142	1.022
Visites du 2e trimestre.				891
Différence en plus				131

La moyenne des visites par nuit a été de 11.

MALADIES OBSERVÉES.

A.

Congestions et apoplexies cérébrales	47
Angines	43
Croup	23
Coqueluche	3

B.

Asthme	25
Affections du cœur	32
Bronchites aiguës et chroniques	45
Pleuro-pneumonie	25
Congestion pulmonaire	8

C.

Affections et troubles gastro-intestinaux	111
Cholérine	67
Dysenterie	20
Coliques hépatiques, néphrétiques et saturnines	39
Hernies étranglées	13
Rétention d'urine	11
Paraphymosis	2
Imperforation rectale	1

D.

Métro-péritonite	23
Métrorrhagie	30
Fausse couche	29
Accouchement. Délivrance	54

E.

Convulsions	46
Alcoolisme. Delirium tremens	10
Névralgies	48
Névroses	41
Épilepsie	11
Aliénation mentale	11

F.

Rhumatismes	10
Hémorrhagies	55
Affections éruptives	10
Fièvre intermittente	2
Fièvre typhoïde	13

G.

Brûlures	5
Plaies et contusions	54
Fractures, luxations	11
Suicides	2
Empoisonnement	19
Asphyxie	1

H.

Mort à l'arrivée du médecin	22
Total	1.022

Les hommes entrent dans la proportion de 34 pour 100.
Les femmes — 52 —
Les enfants — 14 —

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

252. Pernet. — Contribution au traitement du pneumothorax.
253. Madrange. — De la désarticulation scapulo-humérale par le procédé de M. le professeur Marcelin Duval.
254. Rodet. — Étude sur les ruptures de la zone de Zinn et la subluxation traumatique du cristallin.
255. Bellat. — Du phlegmon spontané de la parotide.
256. Lambert. — De quelques conséquences de l'atrophie testiculaire chez les adultes.
257. Henrique. — Du rhumatisme dit blennorrhagique.
258. Decrossas. — De la suffocation dans quelques cas de fractures doubles de la mâchoire inférieure étude clinique et physiologique.
259. Bruneau. — Du traitement des fistules recto-vulvaires par un double plan de suture.
260. Saleh Choukry. — De la trachéotomie et de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne au moyen des instruments incandescents.
261. Paris. — Des synovites tendineuses chroniques et des kystes synoviaux des gaînes digitales isolées.
262. Ricardo-Florez. — Tumeurs stercorales.
263. Chevalier. — Sur le développement des éruptions cutanées chez les névropathes.
264. Guyot. — Considérations générales sur l'hygiène et la protection des enfants du premier âge.
265. Fauverteix. — Contribution à l'étude des formes bénignes de l'angine scrofuleuse.
266. Barrabé. — Étude des lésions cardiaques dans le cours de la phthisie pulmonaire chronique.
267. Ficatier. — Contribution à l'étude des traumatismes du genou.
268. Morel. — Des complications cardiaques de la blennorrhagie.
269. Clugnet. — Étude sur la vaginalite aiguë.
270. Michaut. — De l'angine de poitrine.
271. Desagnat. — Quelques considérations sur la fièvre dans la paralysie générale des aliénés et sur les périodes d'accès.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 18 novembre 1878, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à paris, quai de la Tournelle, 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le mercredi 16 octobre jusqu'au jeudi 31 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

— M. le docteur Guillemaut, maire de Louhans, vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique, conservation des pièces normales et pathologiques par un procédé particulier, par le professeur Bitot. 1 vol. in-8°, avec 7 figures dans le texte et 17 planches.—Prix : 12 fr.—Paris, V. Adrien Delahaye et Cᵉ.

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, par Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc. 1 vol. in-8° avec 33 figures dans le texte et 2 planches en chromolithographie.—Prix : 10 fr.; cartonné : 11 fr. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cᵉ.

Électricité statique. Traitement des maladies nerveuses des affections rhumatismales et des maladies chroniques, par le docteur Arthis. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cᵉ.

De l'Aspect extérieur du cadavre au point de vue médico-légal, par le docteur Wilhelm. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

N° 122. — SAMEDI 19 OCTOBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 19 OCTOBRE 1878. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'adéno-lymphite péri-utérine et en particulier de l'adéno-phlegmon juxta-pubien.

En parcourant les *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme*, que M. Alphonse Guérin vient de publier (1) et dont plusieurs ont paru déjà dans la *Gazette des Hôpitaux*, nous avons été frappé, dès les premières lignes de la préface, par une déclaration qui, en montrant avec quel soin scrupuleux le chirurgien de l'Hôtel-Dieu procède à l'étude des faits qui se présentent à son observation, nous signalait en même temps une rectification sur un point de l'histoire des phlegmons péri-utérins, sur lequel on pouvait croire la science suffisamment fixée.

« Quand je publiai, dit M. A. Guérin, les leçons que j'avais professées à l'hôpital de Lourcine (sur les maladies des organes génitaux externes de la femme), j'avais l'intention d'en faire sur les maladies des organes génitaux internes que j'avais étudiées avec un soin tout particulier pendant plusieurs années; mais je ne tardai pas à reconnaître que, pour oser enseigner, il faut avoir plus d'expérience que je n'en avais alors sur des maladies qui, affectant des organes moins accessibles à nos sens que les organes externes, offrent de réelles difficultés au point de vue du diagnostic. J'ai attendu près de vingt ans, et peut-être me suis-je encore trop pressé. Pour ne citer qu'un exemple de la précipitation que l'on met à publier, il suffira de rappeler ce qui m'est arrivé pour une des maladies sur lesquelles j'ai fait plusieurs leçons : je croyais être bien sûr que les symptômes attribués au phlegmon du ligament large lui appartiennent à l'exclusion de toute autre maladie, et voilà qu'après m'être bien appesanti sur ce sujet, je me suis aperçu qu'un adéno-phlegmon, situé en dehors de ce ligament, se traduit à notre investigation par des signes que tous les gynécologistes ont attribués au phlegmon du ligament large. »

(1) Chez Adrien Delahaye et Ce, place de l'École de Médecine. Paris, 1878.

Il était trop naturellement indiqué, après la lecture de cette déclaration, de recourir aux leçons qui traitent de l'adéno-lymphite péri-utérine et de l'adéno-phlegmon juxta-pubien, pour que nous ne l'ayons pas fait aussitôt. Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt, pour les lecteurs de la Revue, de leur faire connaître quelques-uns des faits principaux qui y sont mis en lumière.

Le premier fait qui a révélé à M. A. Guérin l'existence d'une lésion que personne n'avait encore décrite et qui avait été confondue jusque-là avec le phlegmon du ligament large, est l'histoire d'une jeune personne de dix-huit ans qui, à la suite d'une fausse couche de trois mois, fut prise d'un frisson intense et de douleurs spontanées de la fosse iliaque gauche, accompagnées de nausées et de vomissements qui, après un examen soigneux, firent diagnostiquer un phlegmon du ligament gauche. La malade ayant été dirigée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. A. Guérin, qui reconnut également chez elle tous les symptômes attribués par les auteurs au phlegmon du ligament large, des symptômes d'une infection purulente ne tardèrent pas à se manifester, et la malade succomba. L'autopsie montra tout autre chose que ce que l'on s'attendait à trouver. A l'ouverture de l'abdomen, on vit avec le plus grand étonnement que les ligaments larges des deux côtés étaient parfaitement sains. L'utérus avait un volume un peu plus gros qu'à l'état normal. Sa cavité renfermait environ une demi-cuillerée à café d'un liquide noirâtre ayant la consistance du pus. Sur la coupe des parois on voyait des vaisseaux béants et vides, d'où la pression ne faisait sourdre ni sang ni pus. Pas de plaie à l'intérieur de l'utérus; mais on constatait la présence d'une petite déchirure à l'orifice externe du col, au niveau de la commissure gauche.

Un pareil résultat parut d'autant plus surprenant que les symptômes et les caractères constatés pendant la vie étaient parfaitement conformes à ceux qui sont assignés au phlegmon du ligament large, et qu'il était impossible de penser à un autre état morbide, pas plus à une pelvi-péritonite qu'à une ovarite ou à une salpingite ou inflammation de la trompe.

Il s'agissait donc là d'une adéno-lymphite, qui, chez cette malade, s'était développée sous l'influence de la septicémie. En effet, quand on eut décollé le péritoine qui tapisse la fosse obturatrice et la face postérieure du pubis, M. A. Guérin sentit qu'en dehors du vagin il y avait une masse épaisse indurée qui avait été le siège d'une inflammation. Cette masse indurée, dont la consistance rappelait celle du poumon hépatisé, contenait un ganglion lymphatique hypertrophié par le travail inflammatoire.

Ainsi une déchirure de la commissure du col utérin, résultat de l'avortement et des manœuvres qui l'avaient provoqué, aurait été le point de départ de l'adéno-lymphite péri-utérine et des accidents mortels qui s'en sont suivis, lesquels s'expliquaient suffisamment par les abcès métastatiques à diverses phases d'évolution dont les poumons furent trouvés farcis et le pus rencontré dans les veines du bassin.

Depuis l'époque où l'attention de M. A. Guérin fut appelée par cette observation sur cette espèce particulière d'adéno-lymphite péri-utérine, qui n'avait point encore été décrite, plusieurs faits semblables ou analogues se sont présentés de nouveau dans son service. Nous citerons notamment le fait d'une jeune fille qui, après un accouchement heureux, s'étant levée trop tôt et ayant repris prématurément ses occupations, fut prise de douleurs dans le bassin, continuant néanmoins à travailler, jusqu'à ce que, vaincue enfin par le redoublement de ces douleurs, elle se décida à entrer à l'hôpital, où M. A. Guérin constata l'existence d'une métrite post-puerpérale. Quelque temps après, en se livrant à un nouvel examen approfondi, après que la matrice eut repris son volume normal, M. A. Guérin constata au fond du cul-de-sac vaginal gauche l'existence d'une tumeur du volume d'un petit œuf, située un peu au-dessus du détroit supérieur, près de l'articulation sacro-iliaque. Cette tumeur, dure, mais un peu élastique, située loin de l'utérus, était appliquée contre l'os iliaque. Il reconnut, en outre, qu'il existait au-delà du cul-de-sac gauche un empâtement qui semblait être le prolongement de cette tumeur. Il était évident que cette masse anormale ne s'était pas développée dans la direction transversale qui est celle du ligament large, mais en arrière du bassin, immédiatement en dehors de la base du sacrum. Cette tumeur n'était ni une maladie de la trompe, ni un phlegmon du ligament large, ni une ovarite, ni une pelvi-péritonite; dont à aucun instant on n'avait observé les symptômes. Par voie d'exclusion, M. A. Guérin fut amené à diagnostiquer une adéno-lymphite qui, seule, pouvait donner l'explication de l'existence de cette tumeur.

Ici ce diagnostic n'a pour lui qu'une très-grande probabilité, l'occasion d'en faire la vérification ne s'étant jamais présentée, heureusement pour la malade. Mais voici d'autres faits qui, en confirmant les précédents, viennent, en outre, montrer que tous les ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de l'utérus paraissent susceptibles de s'enflammer isolément : ce sont trois observations recueillies par l'un des internes du service, M. Weiss, et dans lesquelles on a reconnu des adéno-lymphites intra-pelviennes ayant des sièges divers. Dans l'une d'elles il y avait une traînée de lymphangite péri-utérine dont le siège paraissait être au-dessous et en arrière des replis péritonéaux qui constituent le ligament large. Dans la deuxième il s'agissait également d'une lymphangite péri-utérine, traduite par l'existence d'une tumeur dure, lisse, occupant le cul-de-sac latéral gauche et se dirigeant en avant vers le canal crural, avec une rétroflexion de l'utérus. Dans la troisième il existait une adéno-lymphite péri-utérine des deux côtés du bassin, celle du côté droit siégeant dans les vaisseaux lymphatiques qui de l'utérus vont vers la partie supérieure du bassin, celle du côté gauche siégeant dans ceux qui vont au canal crural.

« Je tiendrais peu à ma découverte, dit M. A. Guérin, si l'adéno-phlegmon en question existait dans les ligaments larges. Qu'importerait que le point de départ du phlegmon fût un ganglion, ou que cette inflammation se fût développée d'emblée dans le tissu cellulaire, si, dans l'un et l'autre cas, le siège était le même? Ce qu'il y a d'important dans ces faits nouveaux, c'est que, lorsqu'un ganglion placé en arrière du pubis, près des trous sous-pubiens et de l'orifice supérieur du canal crural, vient à s'enflammer, l'inflammation, en gagnant le tissu cellulaire péri-ganglionnaire, donne lieu à une tumeur que l'on a dû confondre d'une manière constante avec le phlegmon du ligament large. »

Quand les ganglions s'enflamment, ils forment une tumeur marronnée située derrière le ligament de Poupart, et, quand l'inflammation s'étend au tissu cellulaire, la tumeur s'aplatit d'avant en arrière en tapissant le pubis depuis sa branche horizontale jusqu'au trou sous-pubien, et s'étendant souvent bien au-delà, en arrière et sur les côtés. Si l'on se représente bien cette tumeur, si on comprend que les ganglions sont situés entre la paroi antérieure du bassin et le péritoine qui la tapisse en arrière, si l'on admet que les vaisseaux lymphatiques qui s'y rendent proviennent du col de la matrice, on se fera une idée exacte de la forme et de la situation de cette tumeur. Les vaisseaux lymphatiques s'enflammant, par l'extension de l'inflammation utérine, ou plus souvent par le fait d'une déchirure ou d'une excoriation du col de l'utérus, détermineront d'abord un exsudat dans le tissu cellulaire qui les avoisine; puis, la suppuration se produisant dans les vaisseaux et dans les ganglions, un vaste phlegmon s'étendra dans tout le tissu cellulaire qui existe sous le péritoine, depuis le col de la matrice jusque derrière et au-dessus du ligament de Poupart.

Par suite de cette inflammation, le doigt introduit dans le vagin trouvera la paroi de ce conduit en rapport avec des tissus enflammés qui donneront la sensation d'un œdème s'étendant jusqu'au-delà du col de l'utérus.

Si, pendant qu'à l'aide du doigt on constate l'existence d'une tumeur siégeant sur un des côtés de la matrice et du vagin, on recherche, avec une main portée sur la paroi antérieure de l'abdomen, quelle en est la direction, on reconnaît qu'elle est située parallèlement au ligament de Poupart.

Lorsque l'on aura constaté ces deux signes à l'aide desquels tous les gynécologistes diagnostiquaient un phlegmon du ligament large, il faudra maintenant établir de nouvelles distinctions entre les symptômes de ces deux maladies, pour être en droit d'établir un diagnostic.

Inversion utérine de quatre mois, réduction spontanée après onze jours de compression par le pessaire à air.

Nous ne nous éloignerons pas beaucoup du sujet que nous venons de traiter, sinon quant à la nature de l'affection, du moins quant aux organes affectés, en analysant ici une communication faite par M. le professeur Courty (de Montpellier) à la section médico-chirurgicale de l'Association française pour l'avancement des sciences. Nous voulons parler d'un cas d'inversion utérine dont la réduction a été obtenue à l'aide d'un simple pessaire à air.

Une femme, âgée de vingt-six ans, à la suite d'une hémorrhagie puerpérale abondante qu'on eut infiniment de peine à arrêter, présenta à l'examen du vagin une tumeur dont on ne put tout d'abord déterminer la nature, mais qui fut reconnue plus tard pour une inversion utérine. La malade ayant été adressée à M. le professeur Courty, à Montpellier, celui-ci constata, en effet, d'une manière indubitable, que la tumeur en question n'était autre que la matrice inversée. En effet, cette tumeur, du volume d'une orange, contenue dans

le vagin et l'excavation pelvienne, ne laissait, par aucun point du pourtour de son pédicule, pénétrer dans une cavité, comme s'il se fût agi d'un polype. Elle était, de plus, revêtue d'une muqueuse qui était, à n'en pas douter, la muqueuse utérine sur laquelle on apercevait, à droite et à gauche, les orifices des trompes. Enfin, la palpation hypogastrique associée au toucher ne faisait rien percevoir au détroit supérieur, qui pût révéler la présence du globe utérin.

La constatation de l'état d'inversion de l'utérus bien établie, M. Courty prit un pessaire à air en caoutchouc, d'un petit volume, qu'il introduisit convenablement huilé dans le vagin. Une fois introduite, la boule fut gonflée en y insufflant de l'air; elle ne fut d'abord que modérément distendue, puis retenue à l'aide d'un bandage au T à bandes ou chefs antérieurs divergents. Le lendemain l'appareil était bien supporté, malgré un retour d'écoulement sanguin.

Le troisième jour (10 février), le premier pessaire est remplacé par un autre plus volumineux.

Deux jours après, la malade éprouve quelques douleurs intermittentes analogues aux contractions utérines expulsives de l'accouchement. M. Courty gonfle un peu plus le pessaire et assujettit bien le bandage qui le retient, persuadé que c'est le moment d'insister sur la pression que le pessaire exerce sur la matrice, cette pression paraissant provoquer quelques contractions et faisant espérer la réduction de l'inversion par le fait même de ces contractions.

Les jours suivants, les douleurs expulsives étant devenues de plus en plus fréquentes et de plus en plus fortes, M. Courty insista d'autant plus sur le maintien du pessaire qu'il avait même soin de gonfler de plus en plus. Enfin, le onzième jour (19 février), une perte assez abondante s'étant produite, M. Courty retira le pessaire et, introduisant le doigt dans le vagin, il constata avec une grande satisfaction ce qu'il avait espéré, la réduction de l'inversion utérine.

Toutefois, le col restant largement ouvert, il fallut encore provoquer des contractions pour déterminer son occlusion. M. Courty recommanda à cet effet des injections de glace dans le vagin, une dose de 25 centigrammes de seigle ergoté par la bouche toutes les deux heures et quelques injections sous-cutanées d'une solution de 1 gramme d'ergotine de Bonjean dans 7 grammes de glycérine et 8 grammes d'eau. Dans l'après-midi du même jour, la rétraction du col commença à s'opérer. Dès le lendemain (20) le col était déjà resserré, ses deux lèvres bien distinctes avaient repris leur forme normale, toute perte sanguine était arrêtée. Il ne restait plus qu'à combattre par un régime tonique et reconstituant l'état de faiblesse extrême où cette femme était tombée par suite des pertes abondantes et répétées qu'elle avait subies. Ce fut l'affaire de quelques jours. Le 26 février, les règles avaient reparu avec leur type normal. Le 3 mars, elle put être renvoyée chez elle entièrement guérie.

Comme on le voit par cette intéressante observation, grâce à une compression méthodique, élastique, continue de l'utérus, à l'aide d'un pessaire à air, on finit par provoquer des contractions expulsives des fibres utérines qui opèrent peu à peu la dilatation du col et finissent par faire passer le fond à travers le col dilaté, absolument comme un polype que l'on retourne, pour nous servir du terme de comparaison employé par M. Courty.

De ce fait, rapproché des diverses observations semblables qui ont été recueillies et publiées jusqu'à ce jour (voir le Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes de M. Courty, chapitre Inversion), on peut inférer que le traitement de l'inversion utérine est parfaitement réglé. Voici en quels termes le formule le savant professeur de Montpellier :

Abstraction faite du cas où l'on se trouve auprès de la malade au moment même où l'inversion se produit, et où l'on peut la réduire à l'heure et sur place, on doit distinguer trois cas d'inversion utérine plus ou moins chronique :

1er cas. — La malade supporte la compression continue par le pessaire à air. On a de grandes chances, en l'appliquant, de provoquer les contractions utérines et par suite la réduction spontanée de l'inversion.

2e cas. — La malade ne supporte pas la compression, ou la compression ne parvient pas à provoquer des contractions efficaces. Il faut tenter la réduction méthodique de l'inversion en retenant le col à l'aide de deux doigts d'une main, recourbés en crochet dans le rectum, et refoulant l'utérus avec l'autre main, en commençant par les parties les dernières sorties et refoulant une corne quand on se trouve à ce niveau. Cette méthode, introduite dans la pratique par M. Courty, a réussi dans tous les cas où il l'a appliquée.

3e cas. — L'inversion est irréductible, soit que des adhérences péritonéales, soit que toute autre cause empêchent les parois utérines de se mouvoir. Si la métrorrhagie est menaçante, il n'y a pas à hésiter : il faut procéder à l'ablation de l'utérus, soit en traçant circulairement, dans le point le plus étroit du pédicule formé par la constriction du col, un sillon de 1 ou 2 millimètres, à l'aide d'un cautère chauffé à la lampe éolipyle, ou à l'aide d'un thermo-cautère courbe, et appliquer dans ce sillon une constriction élastique à l'aide d'un tube en caoutchouc bien serré et assujetti par un fil ciré. La ligature élastique du pédicule de la tumeur amènera avant deux semaines la chute de l'utérus, sans avoir fait courir de danger à la malade, pourvu qu'elle garde le repos et qu'elle fasse des injections détersives pour prévenir l'infection putride. Le temps que met la ligature à sectionner le pédicule suffit pour que des adhérences péritonéales s'établissent qui préviennent l'ouverture et l'inflammation de la séreuse. C'est ce dernier procédé que M. Courty a mis en usage avec succès dans un cas d'inversion utérine chronique, irréductible, qu'il a communiqué il y a deux ans à l'Association française.

De l'injection rectale d'eau de Seltz dans le traitement de l'occlusion intestinale.

A l'appui de deux observations récentes de MM. Hetz et F. Garnier, publiées dans le *Lyon médical*, sur l'emploi de la douche rectale d'eau de Seltz dans le traitement du volvulus, M. le docteur Prunac (de Mèze) nous communique un nouveau cas, tiré de sa pratique, et dans lequel notre confrère n'a eu qu'à se louer de l'emploi de ce procédé :

« Je fus appelé, nous écrit-il, le 7 octobre courant, dans la soirée, pour donner des soins à M. X..., âgé de soixante-quinze ans. Ce malade, alité seulement depuis la veille, est atteint, depuis environ trois mois, d'une diarrhée excessive pour laquelle il n'a suivi aucun traitement. Les symptômes qu'il présente sont les suivants : vomissements fréquents de matières alimentaires, puis bilieux et muqueux, douleurs abdominales excessives, ventre notablement ballonné et météorisme intense, constipation opiniâtre depuis quatre jours, absence complète d'excrétion de gaz par l'anus, apyrexie, rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme.

« Prescription : 60 grammes huile de ricin.

« Lavement avec :
- Sulfate de soude. . . . . 20 grammes.
- Foll. de séné. . . . . . . 20 —
- Miel de mercurial. . . . 60 —

« Absence complète d'évacuation. On renouvelle la prescription ; même état. On prescrit huile de croton : 3 gouttes ; pas de selles.

« Le lendemain, aggravation notable ; hoquet fréquent ; faciès grippé ; sueurs visqueuses et froides ; vomissements fécaloïdes ; pouls fréquent et petit ; tympanite intense et dyspnée consécutive. La voix est à peu près éteinte.

« J'introduis en entier dans le rectum une sonde œsophagienne, et, adaptant à son ouverture extérieure la tubulure d'un siphon d'eau de Seltz, j'injecte dans l'intestin le contenu de trois siphons, soit environ 2 litres. Je prescris en même temps un lavement avec 1 litre d'eau de Seltz. Cette médication procure, en quelques heures, une débâcle qui se traduit par des selles abondantes, liquides, mélangées à des matières solides et consistantes. Le malade rend en abondance des gaz par l'anus. A partir de ce moment, le cours des matières dans l'intestin se rétablit d'une façon notable, le ventre redevient souple, les vomissements cessent pour ne plus reparaître, et les liquides ingérés sont parfaitement tolérés ; l'état général est bien meilleur. On administre quelques cuillerées d'huile de ricin. A partir du cinquième jour, la guérison est définitivement assurée.

« J'ai eu l'occasion d'observer, en 1871, un cas semblable de volvulus, dans lequel j'ai employé avec succès les réfrigérants (lavements répétés d'eau froide et application permanente de vessies remplies de glace sur le ventre).

« L'emploi du siphon me paraît préférable à l'usage des lavements d'eau gazeuse ; il présente les avantages d'une projection plus intense et de l'intégrité complète du liquide gazeux. »

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. de St-Germain.

Diagnostic et traitement de la coxalgie.

Un malade atteint de coxalgie ne doit jamais être abandonné à lui-même, à quelque degré qu'il soit de l'évolution de sa maladie. Telle est la règle qui domine toute la thérapeutique de cette affection. Le médecin devra toujours l'avoir présente à l'esprit, malgré tous les désagréments qu'il éprouvera dans le traitement de cette maladie, car les résultats les plus satisfaisants ne contenteront pas encore les parents de ses petits malades.

On assiste rarement au *début* de la coxalgie : en général, c'est quand l'enfant est dans les pensions qu'il en ressent les premiers symptômes. Il se fatigue vite, il traîne la jambe, comme s'il avait les talons trop hauts ; cependant il prétend (comme toujours) n'éprouver aucune douleur. Si le médecin est consulté alors, il observera que le malade ne marche pas encore en fauchant, mais *en tendant la fesse* du côté malade.

Il devra faire mettre son malade tout nu, et l'examiner complètement. En avant, au pli de l'aine, il ne trouvera rien. De même, en arrière, les plis fessiers sont encore parfaitement symétriques. S'il fait marcher le jeune écolier, celui-ci, se sentant surveiller, marchera régulièrement.

Mais, pour assurer le diagnostic, il faut faire coucher le malade nu, non sur un lit ou un canapé, mais sur un plan dur, sur une table ; si alors on essaye la flexion de la cuisse sur le bassin, on provoquera souvent de la *douleur*, surtout en exagérant la flexion, en faisant toucher le menton par le genou du côté suspect. Qu'on saisisse ensuite le pied, comme si on voulait soulever tout le corps par le pied, on provoque certainement de la douleur, et on sent le bassin s'enlever tout d'une pièce, le malade se raidissant immédiatement pour immobiliser son articulation coxo-fémorale.

Enfin, on observera aussi que l'*abduction* est très-difficile à exécuter.

Tels sont les signes du début de la coxalgie ; tous ces symptômes sont très-généralement attribués à la « croissance ». Cependant il ne faudrait pas les confondre avec ce qu'on peut voir quelquefois, à la suite, précisément, de l'accroissement : cet accroissement se fait, non pas d'une façon continue et inconsciente, mais par phases et par intervalles. Il peut arriver que le travail considérable qui se passe dans les épiphyses des os soit un vrai travail inflammatoire et se manifeste par des symptômes douloureux à ce niveau.

On ne devra pas pour cela croire à une coxalgie : toutefois le traitement sera le même. On prescrira le *repos absolu* au lit pendant une quinzaine de jours ; on pourra, à la rigueur, y ajouter les vésicatoires volants, et tout aura disparu rapidement, surtout si le malade ne marche guère dans la suite.

C'est aussi ce traitement, repos absolu pendant quelque temps, qu'on devra instituer dans la coxalgie au début. On obtiendra surtout de bons résultats dans les cas de coxalgie rhumatismale.

Mais, le plus souvent, l'affection suivra sa marche, et on ne sera consulté que lorsque la coxalgie est *confirmée*.

Le chirurgien constatera alors que le malade *marche en fauchant*, d'une façon bien évidente.

Il apprendra que l'enfant *crie la nuit*, sans en avoir conscience : les parents lui diront que ce cri est brusque, répondant à un soubresaut, à un élancement passager, et que, le matint l'enfant ne se rappelle pas avoir crié, ni avoir ressenti une douleur.

Ce cri se produit, en effet, lorsque, par un mouvemen, inconscient, l'enfant, pendant son sommeil, aura mis en jeu l'articulation malade.

Enfin la certitude du diagnostic sera acquise par l'examen du malade, nu, couché sur une table : du côté de l'aine, peu de différence ; mais les *plis fessiers* ne sont plus symétriques ; le pli du côté malade est presque effacé, et descendu plus bas que l'autre ; il est oblique en bas et en dehors. Si l'on provoque la *flexion* du membre, on arrive à peine, et même très-rarement, à le mettre à angle droit avec le bassin ; si l'on tente d'exagérer ce mouvement tout le corps se raidit aussitôt, le bassin et la cuisse se meuvent d'un seul bloc.

Cela ne veut pas dire qu'il y a ankylose ; il y a simplement contracture de tous les muscles du bassin et de la cuisse, afin d'immobiliser complètement l'articulation douloureuse. Vous savez en effet que, si l'on chloroforme les malades, on peut, pendant l'anesthésie, produire des mouvements dans l'articulation coxo-fémorale et obtenir une flexion beaucoup plus étendue que pendant l'état de veille.

Le traitement, ici, ne peut plus être borné au repos au lit. Car le malade coxalgique (de même que celui atteint du mal de Pott) ne se couche jamais sur le dos, mais il se met constamment sur le côté, dans le *décubitus en chien de fusil*, comme on l'a nommé trivialement ; cette attitude le conduit fatalement à la subluxation, et souvent à la luxation de la tête du fémur. Il faut donc arriver à maintenir le malade couché *sur le dos* et dans l'*extension*.

C'est alors qu'il est indispensable de recourir au chloroforme et de *redresser* le membre. Il ne faut pas se faire d'illusion : dans son lit, le malade ne paraît pas être dans la flexion, et cependant, l'examen sur un plan dur, fera voir une ensellure notable qui est la preuve de la flexion de la cuisse sur le bassin ; quand on fléchira la cuisse, on amènera la hanche au contact de la table. Le chirurgien devra alors faire mettre la partie moyenne de la fesse sur le bord de la table, pendant qu'un aide maintiendra solidement les crêtes iliaques appuyées sur ce plan résistant; le chirurgien imprimera au membre malade quelques mouvements, légers d'abord, de flexion ; il fera ensuite des tractions. On entend des craquements sourds ordinairement, qui indiquent la rupture de quelques adhérences. Parfois ces craquements sont secs et sonores, et font redouter une fracture du col du fémur; ils tiennent le plus souvent à la rupture de grosses stalactites osseuses, et il ne faut pas s'en effrayer, surtout s'ils se produisent pendant les mouvements d'abduction et de rotation en dehors. Lors même qu'il y aurait rupture du col du fémur, il ne faudrait pas s'en attrister beaucoup : j'en ai vu plusieurs cas suivis de terminaisons heureuses.

Après ces tentatives, on replace le malade sur le plan de la table, et on constate si les hanches reposent bien sur le plan horizontal; sinon, il y a encore flexion ; il faut répéter les mêmes manœuvres. Il est bien entendu qu'on ne fait pas toutes ces opérations en une seule séance ; on peut immobiliser alors qu'on a obtenu une demi-extension, et recommencer après quatre, cinq, six semaines.

Après avoir ainsi obtenu l'extension, il faut placer l'enfant dans une *gouttière de Bonnet:* elle a l'avantage de l'immobiliser et de faciliter les soins de propreté. Cependant je lui trouve un grand inconvénient (outre son prix élevé de 90 à 150 fr.); c'est que bientôt elle n'empêche plus assez efficacement la *flexion,* la flexion qu'on doit chercher à maintenir à tout prix.

C'est dans ce but qu'inspiré par mon ami le docteur Bastien, j'ai imaginé d'employer une claie, faite de tiges d'osier ; elle ne peut évidemment se plier dans le sens de la longueur des tiges, mais, en largeur, elle peut se mouler sur le corps de l'enfant, de façon à l'envelopper comme dans une bourriche. Je la fais couvrir d'un petit matelas de varech, etc., de 4 à 5 centim. d'épaisseur. Les bords repliés sur le corps de l'enfant couché sur cette claie ne doivent pas dépasser le niveau des mamelons. En longueur, elle dépasse de 10 à 15 centimètres la tête et les pieds de l'enfant. L'enfant est pour ainsi dire roulé dans cette claie, et y est maintenu soit par des sangles de toile, connues de tout le monde, ou encore par des cerceaux de bois. L'enfant, ainsi emmailloté, peut être porté au jardin, etc. ; il ne peut quitter la position d'extension, en aucun cas. Le seul inconvénient de cet appareil (qui ne coûte que 10 à 12 francs) est d'obliger à en sortir l'enfant pour la défécation.

J'emploie aussi, dans mon service et surtout à la consultation (ce qui permet de traiter les petits malades chez leurs parents, et, par conséquent, de réserver les lits de l'hôpital à d'autres), un appareil inamovible très-simple, qui immobilise complètement l'articulation coxo-fémorale. Il consiste en une longue attelle externe, pelvi-cruro-jambière, et une petite interne et *antérieure*, cruro-abdominale; je les applique pardessus le bandage silicaté ordinaire. J'empêche ainsi toute flexion, car le petit malade, au moindre mouvement, est immédiatement arrêté par l'attelle antérieure.

Cet appareil peut durer cinq à six semaines; il doit être remplacé quand, le coton s'étant tassé, le malade a du jeu dans son appareil, et peut réaliser quelques déplacements.

En tous cas, le chirurgien doit appliquer ces appareils sans s'inquiéter des plaintes des parents qui estiment toujours que leur enfant est souffrant, amaigri, etc. Il faut remplacer les appareils successivement, pendant des années même, *jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de douleur* lorsque, soulevant le pied et frappant sur le talon, on provoque un mouvement du membre.

Il est évident que, la guérison étant survenue par ankylose, il ne faut pas chercher si les mouvements sont revenus, mais s'il y a encore de la douleur.

Quant aux cautères, révulsifs, sous l'appareil, etc., je n'en suis pas partisan.

Étudions maintenant la thérapeutique des *coxalgies avec abcès.* 1° On sait que, chez certains enfants, le pus se produit avec une facilité inouïe : d'où des abcès par congestion venant sortir parfois vers la partie antérieure de la cuisse ou de l'aine, et le plus souvent vers la partie postérieure, à la région fessière. Les enfants souffrent beaucoup quand ils font beaucoup de pus; c'est pourquoi je crois qu'il convient d'ouvrir ces collections plus tôt qu'on ne le fait généralement, et dès que l'abcès, faisant saillie à l'extérieur, a aminci la peau, et qu'on a perçu nettement la fluctuation. Pour cette ponction, j'ai essayé tous les moyens : je tiens à vous signaler les inconvénients de l'appareil aspirateur qu'on est si tenté d'employer. J'ai vu beaucoup de ponctions faites par aspiration être suivies de douleur, de nouvelle et rapide tension de la poche d'inflammation en un mot; ce qui obligeait, après peu de jours, à faire une nouvelle ouverture, et largement, avec le bistouri. La ponction aspiratrice, en effet, ne donne issue qu'à la partie la plus liquide de l'abcès ; les flocons, les bourbillons, etc., ne peuvent sortir par la canule. Il faut donc ouvrir largement ces abcès.

Si l'on est dans une région à ménager au point de vue des cicatrices, on pourra employer le thermocautère en pratiquant deux trous avec le gros couteau, l'un à la partie supérieure, l'autre à l'inférieure. Ces trous ne se fermeront pas, et on pourra pratiquer les injections, etc., par cette fistule.

Un autre moyen consiste dans l'incision avec le bistouri, soit après application de pâte de Vienne (1/2 centimètre sur 7 ou 8) chez les malades qui ont peur du bistouri. Le caustique, étant resté en place pendant plusieurs heures, y produit une eschare qu'on incise le lendemain avec le bistouri, sans provoquer de douleur.

Une dernière question à examiner : que deviennent les coxalgiques ?

Nous les retrouvons plus tard à nos consultations d'orthopédie. Les uns, ceux qui ont été traités, ont guéri par ankylose, et peuvent marcher avec une canne simplement. Les autres, ceux qui n'ont pas été traités, ont des raccourcissements pouvant aller jusqu'à 16, 18 centimètres; ils y remédient en portant des bottines à semelles et talons surélevés.

Si le raccourcissement n'est que de 4 à 5 centimètres, la hanche du côté opposé s'abaisse et neutralise ce raccourcissement. Cette disposition n'aurait pas d'inconvénients bien sérieux chez les femmes, d'après M. Tarnier, parce que le bassin, devenu oblique, s'élargit plus qu'il ne se rétrécit par cette déformation. Il n'y a donc rien à redouter au point de vue obstétrical.

Il serait préférable, toutefois, de faire porter des semelles hautes, même de 15 centimètres.

Les coxalgiques les plus malheureux sont ceux qui mar-

chent avec des béquilles et ne peuvent tirer aucune utilité de leur jambe : ils ont souvent des luxations considérables.

J'insiste, en terminant, sur ce point qu'il ne faut jamais abandonner les coxalgiques : j'en ai vu guérir et pouvoir marcher, après avoir été placés dans des appareils, alors qu'il y avait luxation complète de la tête du fémur, cette tête du fémur faisant saillie *à travers la peau*, En un mot l'*immobilisation* et l'*extension* doivent être employées à toutes les périodes de la maladie.

REVUE DE LA PRESSE.

De l'inoculation expérimentale de la phthisie miliaire aiguë par l'inspiration de crachats dilués de phthisiques. — Le docteur Tappeinier vient de publier un petit travail dans lequel il rapporte ses expériences sur l'inoculation de la phthisie pratiquée d'après une méthode pour ainsi dire naturelle, qui consiste à faire respirer des crachats de phthisiques, dilués dans l'eau et finement pulvérisés, par les animaux mis en expérience.

Les animaux respirent donc l'air ainsi imprégné, comme nos malades qui s'imprègnent, à chaque infiltration, des miasmes qui s'exhalent des poitrinaires, comme les femmes qui donnent des soins à leurs maris poitrinaires, et qui semblent à chaque instant introduire le poison dans leurs poumons.

Tappeinier prend des crachats expectorés par un phthisique qui portait une grande caverne; il les mêle à de l'eau et en fait une émulsion très-fine, qu'il introduit dans un grand pulvérisateur, fixé devant une hutte où un chien de forte taille, très-vigoureux, se trouve installé. La pulvérisation à trois chiens est répétée tous les jours, pendant une heure et demie.

Deux autres chiens reçoivent dans leurs aliments deux cuillerées de crachats.

Les expériences ont lieu dans le laboratoire de V. Buhl, à Munich, et durent six semaines.

Les chiens n'ont présenté ni fièvre, ni diarrhée, ni chute des poils. Ils sont sacrifiés, l'un trois semaines après, les quatre autres six semaines après le début des expériences : tous étaient atteints de phthisie miliaire aiguë, étendue à tous les organes et confluente dans les poumons.

L'auteur se croit donc en droit de conclure que l'on peut inoculer aux animaux la tuberculose aiguë en leur faisant respirer des particules de crachats tuberculeux.

Quelles sont les conclusions qu'il faut tirer de ces expériences pour la question si débattue de la contagion de l'homme à l'homme? Pour le cas, par exemple, où l'on arrive presque à réaliser les conditions du docteur Tappeinier : une femme qui donne des soins à son mari poitrinaire, qui cohabite avec lui, ne s'éloigne pas une minute d'une chambre dont l'air est chargé de tous les miasmes provenant de l'expectoration et de la sueur du malade, pourra-t-on dire que la contagion a existé? Il suffit, pour expliquer le développement de la phthisie chez de tels sujets, d'avoir égard aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils ont vécu pendant des mois, aux chagrins qui ont suivi la mort du mari, etc., sans invoquer l'hypothèse gratuite d'une inoculation par l'air respirable.

Le problème sera encore longtemps insoluble. (*Nice méd.*)

De l'utérus incomplètement cloisonné comme cause de la présentation du tronc. — M. Polaillon a lu à la Société de médecine de Paris une note dans laquelle il établit, d'après deux observations, que le cloisonnement incomplet de l'utérus avait produit la présentation du tronc et qu'il serait peut être même une cause de l'insertion vicieuse du placenta.

Ces faits confirmeraient la théorie de Wigand et Herrgott, qui pensent que les présentations sont régies surtout par la forme de l'utérus.

La présentation vicieuse dans un utérus incomplètement cloisonné ne paraît pas être irrémédiable, si l'on faisait des tentatives pour modifier la présentation par la version par manœuvres externes, mais à une époque peu avancée de la grossesse, avant que les extrémités du fœtus soient pour ainsi dire enchâssées dans les excavations latérales. (*Courrier méd.*)

Fistule vésico-intestinale consécutive à une invagination, par M. Bruchet, interne des hôpitaux. — « Il ne faut pas croire, dit Cruveilhier dans sa remarquable description, que les accidents d'étranglement produits par l'invagination soient constamment suraigus; dans des cas rares, l'étranglement de l'intestin invaginé se présente sous forme chronique, et les symptômes sont si peu intenses, que l'idée d'une invagination ne vient à personne.»

C'est une invagination restée absolument latente qu'a présentée un homme, âgé de soixante-sept ans, entré à la Maison de santé, le 6 août 1877, dans le service de M. Cruveilhier, suppléé par M. Nicaise. N'ayant aucun antécédent pathologique, il vient à l'hôpital parce que, depuis la fin de juillet, il a commencé à « pisser des matières fécales ».

Il paraissait difficile d'admettre qu'une communication se fût établie brusquement entre la vessie et l'intestin, sans phénomènes de rétrécissement intestinal ou de phlegmon de la région pelvienne. Mais rien d'analogue ne put être retrouvé, sauf une bronchite; le malade s'est toujours très-bien porté. Le 16 juillet précédent, il ressentit quelques picotements en urinant; deux jours après, la sécrétion était accompagnée d'un très-léger filet de sang, et, trois jours plus tard, des matières fécales étaient rendues par l'urèthre, mêlées à l'urine; depuis lors, celle-ci en a presque constamment été souillée, parfois mélangée avec du pus.

En même temps que l'urine ainsi salie, il s'échappe, par l'urèthre, des gaz qui font bouillonner le liquide. Le malade affirme avoir très-bien la sensation du passage de ces gaz dans la vessie : leur présence provoque aussitôt de la douleur et le besoin d'uriner.

Jamais l'urine n'a paru passer par le rectum.

Pas d'apparence de cachexie : appétit conservé.

Le toucher rectal et l'exploration de la vessie ne donnent aucune indication sur la cause de la lésion; cependant le malade se plaint de douleurs très-violentes à l'hypogastre.

On fait deux fois par jour le lavage de la vessie.

Progressivement le malade s'affaiblit, et son état s'aggrave; les douleurs sont presque continuelles. L'appétit disparaît, et, le 25 octobre, en allant à la garde-robe, le malade est pris d'une syncope à laquelle il succombe.

L'autopsie ne montre aucune trace de péritonite généralisée à laquelle avaient pu faire songer, dans les derniers jours, les douleurs si vives, le ballonnement du ventre, les vomissements et enfin la mort relativement rapide.

La dissection minutieuse, décrite avec soin par l'auteur, fit voir que l'S iliaque avait été obturée à peu près complètement; il s'était formé, à son côté interne, grâce à des adhérences péritonéales, une sorte de canal dérivatif qui reçoit les matières du colon descendant, et qui les transmet d'une part à la vessie, et d'autre part au rectum. Il n'y avait qu'une hypothèse plausible : c'était celle d'une invagination dont l'ancienneté (trois mois au moins) avait altéré l'apparence ordinaire; le canal central aurait persisté comme toujours, puisqu'il n'est que la lumière du cylindre interne; la surface péritonéale du cylindre interne et celle du cylindre moyen se seraient soudées intimement, formant au canal précédent une paroi d'une épaisseur double de la normale. Il y a eu perforation du cul-de-sac qui ferme en haut la cavité muqueuse comprise entre les cylindres externe et moyen : on sait, en effet, que c'est au niveau du collet de l'invagination qu'a lieu la plus forte striction; on sait que celle-ci est parfois assez forte pour que le cylindre moyen et l'interne adhérents se détachent par morceaux de leurs attaches supérieures, et soient éliminés; ici, ce travail ne s'est fait qu'en partie, et, en certains points, il y a eu perforation du cul-de-sac,

Des adhérences péritonéales ont localisé le travail morbide entre l'S iliaque et la vessie.

Les matières avaient pu continuer à passer en partie par le rec-

tum, puisqu'à aucun moment il n'y eut de phénomènes d'étranglement.

L'élément douleur doit être considéré comme ayant joué un très-grand rôle dans cet affaissement si considérable du malade, qui a précédé la mort. (*Revue mensuelle.*)

Traitement de l'éléphantiasis scrotal et vulvaire. — *The Lancet* rapporte que le docteur W. Willis a eu l'occasion d'observer un grand nombre d'exemples d'éléphantiasis des Arabes à *Kagoshima hospital*, dans le Japon; il a imaginé un procédé opératoire qui lui a donné des succès. Ce procédé ne s'adresse qu'aux éléphantiasis du scrotum et des grandes lèvres. Voici comment son auteur le décrit :

« Quand cela est possible, entourez la tumeur d'une bande élastique très-serrée, de façon à rendre la partie aussi exsangue que faire se peut. Avant d'ôter la bande, appliquez un lien élastique à la racine de la tumeur, pour arrêter la circulation. Conservez une certaine quantité de peau saine au niveau du col de la tumeur, en la disséquant en arrière de la ligne d'amputation.

« Dans les cas de tumeur scrotale, portez le couteau sur la verge et les testicules, et dégagez-les de la masse environnante. S'il existe une hydrocèle, donnez issue au liquide et reséquez une portion de la tunique vaginale; enlevez la tumeur en respectant la verge et les testicules.

« Défaites le lien élastique, arrêtez l'hémorrhagie, et recouvrez alors les testicules avec la peau que vous avez conservée.

« Dans le cas où un ou les deux testicules seraient augmentés de volume, retranchez-les.

« Pour ce qni est des tumeurs des lèvres génitales, on devra toujours conserver une certaine quantité de peau et de muqueuse saines, et, après l'enlèvement de la tumeur, on rapproche les lèvres de la plaie à l'aide de sutures, et l'on panse suivant ses idées. » (*Province méd.*)

Transformation fibreuse de la tunique musculaire de l'estomac, d'une partie du petit et du gros intestin, des parois chylifères. — Le docteur H. Henrot (de Reims) a fait l'autopsie d'un homme âgé de cinquante-neuf ans, jardinier, livré à l'alcoolisme, qui succomba à l'hôpital à une diarrhée chronique, accompagnée d'œdème des jambes, de ballonnement du ventre, etc.

Il constata des lésions intéressantes, surtout du côté de l'estomac qui semble être de bois : les parois sont tellement épaisses, tellement résistantes qu'en les frappant, elles donnent un bruit semblable à celui qu'on obtiendrait si l'on percutait une lame de carton; les deux orifices ont subi une transformation fibro-cartilagineuse; la muqueuse est saine au niveau de la grande courbure.

Une partie du petit et du gros intestin a été le siége de la même lésion : la musculeuse est épaisse, dure; la coupe en est fibreuse.

On constate un épaississement notable de la capsule de Glisson et des trabécules de la rate. Le cœur est atrophié, sans lésions; les reins sont sains. (*Un. méd. du Nord-Est.*)

Coloration verte de l'urine. — Cette urine, présentée par le professeur T. Bull à la Société de médecine de Christiania, était transparente et d'une belle couleur vert pré. Elle avait été rendue par un enfant de quatre ans dans les circonstances suivantes : Cet enfant, après une promenade faite avec sa nourrice qui lui avait permis de porter à la bouche et de ronger de petites branches d'arbres, avait été pris tout à coup de malaise, puis de vomissements violents, avec douleurs d'estomac et collapsus considérable. Il n'y eut pas de diarrhée, mais des érections et du ténesme. C'est avec ce cortège d'accidents qu'il rendit 300 grammes environ d'urine verte; ensuite il se trouva mieux. Les urines qui furent rendues quelque temps après avaient leur coloration normale.

On se procura quelques-unes des petites branches que le petit malade s'était amusé à ronger, et l'on reconnut qu'elles appartenaient à un cytise. C'est plutôt par les graines du cytise que par l'écorce que l'on s'empoisonne; la cytisina est donnée comme un poison du cœur, ce qui, du reste, concorde parfaitement avec le collapsus que le professeur Bull a noté dans son cas; mais jusqu'à présent personne n'avait noté la coloration verte des urines dans des cas d'empoisonnements analogues. (*New-York med. Record* et *Lyon méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de pharmacie de Paris. — Les inscriptions seront reçues à partir du 21 octobre jusqu'au 5 novembre.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Jules Simon commencera ses conférences le mercredi 6 novembre, à neuf heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Consultation. Clinique le samedi.

— M. le docteur Ch. Abadie commencera ses leçons de clinique ophthalmologique le mardi 22 octobre, à deux heures, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure, à sa clinique, rue Séguier, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Application des sciences à la médecine, par le docteur Édouard Fournié, médecin de l'Institut national des sourds-muets, etc. 1 vol. in-8°, avec 100 fig. dans le texte.— Prix : 10 fr. — Paris, V. Adrien Delahaye et C°.

Le Matériel de secours de la Société française de secours aux blessés des armées de terre et de mer à l'Exposition de 1878, manuel pratique de transport et d'hospitalisation rationnelle et rapide des blessés et malades en temps de guerre et d'épidémie : types de brancards, wagons, voitures, baraques, tentes, appareils, etc., par M. le docteur A. Riant, secrétaire-membre. In-8°, 185 pages et 101 fig. dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, 1878, J. Baillière.

Étude sur la cystite tuberculeuse, par le docteur Guébhard. In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et C°.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

N° 123. — MARDI 22 OCTOBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 22 OCTOBRE 1878. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Scarlatine consécutive aux opérations; son influence sur les plaies.

Il y a trois mois, j'étais appelé auprès d'un petit enfant âgé de dix ans, qui avait été précédemment atteint de coxalgie. Il eut ensuite la rougeole, qui évolua naturellement, sans lui laisser d'autres traces qu'un peu de faiblesse. Au mois de mars, la douleur reparut à la cuisse droite : un abcès apparut à la région antérieure de la cuisse droite ; cet abcès fut considéré comme une conséquence de la rougeole. Je plaçai un tube à drainage, qui fut laissé dans la plaie pendant quinze jours ; l'écoulement disparut. A l'orifice supérieur du trajet du tube à drainage, la cicatrisation se fit, mais l'orifice inférieur resta ulcéré. Pendant trois semaines, l'enfant fut dans cet état ; la plaie restait pâle, sans énergie cicatricielle. Un jour, je m'aperçus que le trajet du tube, fermé à la partie supérieure, s'était décollé dans sa plus grande étendue et autour du trajet primitivement occupé par le tube, sur une surface presque circulaire. Je divisai les parties avec deux coups de ciseaux et plaçai du coton phéniqué sur les lèvres de cette plaie. Le lendemain de cette petite opération insignifiante, la fièvre s'allume : l'enfant est pris de mal de gorge, et nous assistons à l'évolution régulière d'un exanthème fébrile que le médecin ordinaire reconnut pour une scarlatine. Cette scarlatine évolua d'une façon très-régulière, sauf les détails de début qui avaient été assez irréguliers. L'état fébrile dura quatre semaines. Pendant cette évolution, tout le trajet fistuleux suppura, tout se décolla. La réparation cependant se fit un peu plus tard, sous l'influence du séjour à la campagne, sans toutefois être bien avancée.

Aujourd'hui, je ne veux insister que sur ce fait que la plus simple opération, deux coups de ciseaux, fut suivie d'une scarlatine intercurrente qui troubla ensuite l'évolution naturelle de la plaie primitive.

J'avais été frappé de ces troubles de la cicatrisation consécutifs à la scarlatine, quand, le 11 avril dernier, je fus consulté au sujet d'un jeune homme, âgé de dix-sept ans, d'une belle constitution apparente, mais qui était atteint d'un abcès froid siégeant à la racine de la cuisse droite, et d'un autre abcès à la région inguinale ; je fis revenir le malade du midi où il passait l'hiver, et je l'examinai : il était grand et gros, mais pâle ; il portait des scrofulides incontestables sur la peau des mains, du dos, du cou, de la fesse et de la cuisse. Je constatai l'existence de tubercules de l'épididyme du côté droit, avec un abcès tuberculeux de la queue de l'épididyme du même côté; je trouvai des bosselures à la prostate; enfin deux fistules siégeaient au pli inguino-crural ; au-dessus du pubis gauche, une tuméfaction rouge fluctuante menaçait aussi de s'ouvrir. Je proposai l'ouverture de l'abcès de la queue de l'épididyme et celle de l'abcès sus-pubien, cette dernière par aspiration. Le lendemain dimanche, je pratiquai ces deux opérations : deux ou trois seringues de pus furent extraites sans inconvénient; le jeune malade ne fut pas du tout ému par les deux opérations, qu'il supporta vaillamment et sans chloroforme.

Le lendemain matin, je fus tout à coup appelé en grande hâte; des accidents graves étaient survenus dans la nuit, ou plus exactement vers quatre heures du matin. L'opération avait été faite la veille à trois heures du soir. Le jeune homme avait été pris subitement de vomissements, d'une anxiété profonde, avec fièvre et dépression considérable. Le lundi soir, le médecin ordinaire appelé fut très-déconcerté par ces accidents et songea immédiatement à de la septicémie, ou à toute infection, quelle qu'elle fût, produite par l'opération pratiquée la veille. Le mardi matin, je repoussais ces craintes, que je ne croyais pas fondées, et je portais le diagnostic de fièvre éruptive. En effet, le mercredi, l'existence d'une scarlatine était à peu près établie : toutefois, le médecin ordinaire redoutait encore des accidents infectieux apportés par moi, l'opérateur, ou par mes instruments. Un troisième confrère fut appelé et confirma le diagnostic de fièvre scarlatine. Dès le premier jour, pour mon compte, je ne croyais pas à la possibilité d'accidents opératoires, soit du côté du péritoine, soit par infection septicémique. Cette fièvre n'avait pas les caractères de la fièvre septicémique ou pyohémique.

Cette scarlatine était survenue subitement le lundi chez un jeune homme arrivé bien portant de Provence le vendredi, et au lendemain de l'opération que j'avais pratiquée.

La desquamation se fit d'une façon normale : un peu d'albuminurie apparut à la fin. Au cours de la scarlatine, l'abcès sus-pubien gauche communiqua avec les fistules inguinales du côté droit. Il est aussi remarquable que l'albuminurie

arriva précisément au moment où le malade eut des accidents de rétention du pus. Avec un trocart courbe, en passant par l'espace de Retzius, je fis passer un tube au-devant du pubis, allant dans toute l'étendue du trajet fistulaire, de gauche à droite; dès lors, l'albuminurie disparut.

Voilà donc deux faits très-intéressants que je tenais à rapporter ici dans ma leçon clinique, la scarlatine ayant chaque fois apporté des troubles dans la marche des affections chirurgicales. Je pensais d'abord pouvoir en tirer des conclusions nettes et dire que la scarlatine fait toujours subir des troubles importants à la marche des plaies. Mais, ayant fait des recherches bibliographiques à ce sujet, je me suis bientôt aperçu qu'il n'en est pas toujours ainsi. Il existe des faits analogues, et en grand nombre; on a vu souvent des enfants, ayant subi un jour une opération chirurgicale, être pris le lendemain de la scarlatine.

Y a-t-il un lien entre l'opération et l'apparition de la scarlatine? C'est encore un mystère : c'est, d'après les uns, une coïncidence, un hasard des circonstances; la question n'est pas du tout établie.

M. G. Sée, en 1858, à l'hôpital des Enfants, observa souvent, après la trachéotomie, que les malades étaient pris d'un exanthème, qu'il recommandait de se garder de confondre avec la scarlatine.

En 1864, à la Société pathologique de Londres, Munder rapportait qu'ayant fait la taille chez des enfants calculeux, il avait observé une éruption analogue à la scarlatine. Murelusin affirmait que c'était bien la scarlatine. Plusieurs autres médecins rapportèrent alors chacun divers cas de scarlatine ayant apparu après la rage, la circoncision, la taille, etc. La même année, le *British Med. Journal* publiait un article sur la scarlatine développée dans ces conditions.

Plus récemment encore, Patgett publiait dix cas de sa clientèle, et un autre relevé de huit faits observés dans l'hôpital des Enfants de Londres, dans lesquels la scarlatine avait apparu vingt-quatre heures au plus après l'opération. Thomas Smith rapporte que, sur quarante-trois opérations de taille chez des enfants âgés de moins de dix ans, il en vit sept pris de scarlatine en moins de quarante-huit heures.

Il est à remarquer que tous ces faits ont été observés chez des enfants : celui que j'ai rapporté plus haut concerne un jeune homme de dix-sept ans.

En général, on fait l'opération, et il survient un état grave, souvent mal diagnostiqué, jusqu'à ce que l'éruption cutanée mette le chirurgien à couvert. Assez souvent le mal de gorge manque, et il y a une singulière abréviation des prodromes. Il est impossible qu'il n'y ait pas entre le fait opératoire et l'éruption une relation quelconque, si petite qu'elle soit : quelle est-elle? On n'y comprend rien. Patgett cherche à l'expliquer par la dépression qui suit l'opération, par l'aptitude que possèdent les blessés à contracter toutes les infections, etc. Ce ne sont que des hypothèses.

Quoi qu'il en soit, il y a là une question clinique importante à connaître : elle mériterait des recherches plus complètes et plus méthodiques que celles que je vous ai exposées aujourd'hui : mais mon but était seulement d'attirer votre attention sur ces faits.

Il faut donc savoir : 1° qu'après une opération, même insignifiante, il peut survenir des complications consistant surtout dans la scarlatine, avec appareil fébrile; 2° que cette évolution morbide trouble considérablement la marche des plaies; 3° il ne faudrait pas toutefois généraliser d'une façon trop absolue toutes ces éruptions consécutives aux opérations; on a ainsi décrit la scarlatine, la variole, l'urticaire, l'herpès, l'impétigo, l'ecthyma, les abcès métastatiques sous-cutanés multiples, que l'on ne peut guère considérer comme des éruptions. Il faut se garder de prendre tout cela pour des éruptions consécutives aux opérations; il faut distinguer complètement une éruption aussi caractérisée que celle de la scarlatine, de ces diverses affections.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gallard.

Traitement de la métrite interne.

La métrite interne peut n'être qu'une inflammation légère au début, ne compromettant que la muqueuse utérine; par conséquent, elle peut disparaître spontanément comme beaucoup d'inflammations légères des autres muqueuses de l'organisme, telles que la laryngite, le coryza, etc. Mais, de même que ces inflammations, la métrite passe à l'état chronique et se perpétue. Il ne suffira plus alors du repos, de quelques jours de précautions hygiéniques, pour obtenir la guérison.

Une de nos malades, entrée le 21 février, avec des métrorrhagies qui duraient depuis trois semaines, et un peu de fièvre, a été guérie par le repos et une médication interne très-peu compliquée. Mais d'autres de nos malades, entrées dans les salles depuis plusieurs mois, n'ont guère obtenu qu'une amélioration peu considérable; c'est vous dire la difficulté du traitement.

La métrite interne est une inflammation, il faut donc employer la médication antiphlogistique quand le repos n'a pas suffi.

Quelquefois on a obtenu de bons résultats par l'application de sangsues, de ventouses scarifiées. Les cataplasmes appliqués sur le ventre, les injections émollientes tièdes, peuvent aussi être utiles. Dans d'autres cas, on a eu recours à l'application du froid : bains de siège froids, irrigations vaginales froides, glace sur l'abdomen, et l'on a constaté des guérisons en quelques semaines au plus. A propos de ce traitement par l'eau froide, je voudrais vous signaler une mauvaise et nuisible pratique qui est malheureusement fort employée dans les établissements d'hydrothérapie. Dans les baignoires pour les bains de siège, des trous sont disposés pour amener l'eau et d'autres pour servir à l'écoulement de cette eau. Ordinairement, on met la malade dans le bain, et on ouvre ensuite les orifices des deux directions : l'eau arrive en petits jets, et produit une véritable douche, une flagellation à la peau du patient. Je crois que ce n'est plus là un bain, et que ce mode d'administration du bain de siège n'est plus du tout un traitement antiphlogistique, mais bien un stimulant que les malades ne supportent que très-peu de temps, et à la suite duquel on peut constater souvent une rubéfaction considérable de la région exposée à ces douches multiples. Si l'on veut bénéficier de l'emploi de l'eau froide dans ce but, je pense qu'il faut fermer les orifices de départ de l'eau, et laisser d'abord la baignoire se remplir d'eau; ensuite, on laissera seulement l'écoulement se faire, de sorte que l'eau se renouvellera constamment, sans provoquer la douche dont je parlais, mais en produisant seulement un léger remous. Les malades supporteront ce bain à courant continu très-facilement pendant 4, 5, même 10 minutes. Il y a entre les deux modes d'administration du bain de siège une différence thérapeutique considérable; il convient donc de ne pas les employer indifféremment, mais suivant les indications à remplir.

En même temps que le traitement externe, on institue une médication interne.

D'abord on a songé aux révulsifs cutanés, vésicatoires, papier épispastique, pommade stibiée, huile de croton, etc. Ce traitement ne doit pas être employé dans la métrite aiguë, mais seulement dans les cas passés à l'état chronique.

Les purgatifs sont prescrits, tant comme révulsifs que comme laxatifs, car la constipation existe presque toujours dans la métrite. J'ai souvent employé le calomel, mais je crois qu'il faut donner la préférence aux purgatifs salins. On a aussi proposé d'agir surtout sur la portion inférieure du tube digestif. Aran prescrivait des lavements d'aloès à la dose de 4 grammes, ce qui produisait toujours d'atroces douleurs, sans diminuer beaucoup la métrite.

Il est préférable de proscrire l'aloès et tous les résineux qui congestionnent la portion inférieure du gros intestin, qu'ils soient administrés par la bouche, ou en lavements. Le tamar indien n'a pas ces inconvénients, et il peut être conseillé.

Outre cette médication générale, il existe un groupe de médicaments spéciaux dont on a presque fait des spécifiques de la métrite. Dans cet ordre d'idées, nous trouvons d'abord la digitale. Elle a été utilisée par Hutchinson dans les hémorrhagies actives; ce praticien dit qu'elle a une action spéciale sur l'utérus, analogue à celle de l'ergot de seigle. Trousseau a adopté cette pratique: il prescrivait 30 à 45 *grammes* de feuilles de digitale en infusion à prendre dans les 24 heures. Cette dose employée par Trousseau tendrait à prouver que la digitale n'est pas aussi toxique qu'on le pense généralement. Néanmoins je n'emploie pas cette dose; je prescris 30 à 45 *centigrammes* de feuilles de digitale, à prendre en potion dans la journée.

Et, avec ce chiffre, il faut même une certaine précaution dans le maniement de ce médicament : on doit le cesser après 4 ou 5 jours, sinon l'on amène un affaiblissement des forces, et une aggravation de l'état du malade qui se traduit par des lipothymies, etc. Cet accident est arrivé une fois dans ce service; le pouls tomba à 40 pulsations : il faut ajouter que l'hémorrhagie a disparu à la suite de ce traitement.

L'ergot de seigle est préconisé aussi contre la métrite interne, en raison de son action spéciale sur les fibres utérines. Théoriquement, je crois qu'on peut considérer l'ergot de seigle comme nuisible dans le cas de métrite interne : en effet, l'ergot de seigle n'agit qu'en sollicitant les contractions de l'utérus; or, la muqueuse étant rouge, tuméfiée, enflammée, ulcérée, il semble que la contraction des fibres musculaires situées au-dessous de cette muqueuse ne peut qu'exaspérer la douleur. J'avais pendant longtemps administré l'ergotine (par la bouche) sans avoir jamais vu les hémorrhagies s'arrêter; c'est pourquoi j'avais abandonné cette substance dans le traitement de la métrite interne. Cependant, comme je vous l'ai souvent fait remarquer, il arrive fréquemment que la théorie n'est pas toujours d'accord avec les faits; l'expérience nous a démontré l'utilité de l'ergotine dans le traitement de cette affection. Mais, au lieu de l'administrer par la voie buccale, M. Segond l'a donnée en injections sous-cutanées (quelques centigrammes), et a observé des résultats rapides.

Enfin, lorsqu'on aura employé tous ces modes de traitement que je viens d'exposer, il pourra fort bien arriver qu'on n'aura pas obtenu la guérison de la métrite interne : cette médication générale ne suffira pas toujours; elle n'aboutira même que rarement, surtout si la muqueuse est épaissie, ulcérée, couverte de végétations. C'est alors que sera indiquée la médication locale proprement dite.

Rappelons-nous, en effet, ce qui arrive dans l'inflammation des autres muqueuses, lorsqu'elles sont congestionnées, ulcérées ou couvertes de granulations, pour la conjonctive, par exemple, quel est le traitement qui réussit le mieux?

Dans ces cas, nous obtenons de très-bons résultats des médicaments appliqués directement, des topiques, des cautérisations avec le nitrate d'argent. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la muqueuse utérine? Les cautérisations nous réussiront, d'autant plus que sur le col, lorsque la muqueuse du museau de tanche est congestionnée, la cautérisation nous donne d'excellents résultats.

Mais le nitrate d'argent, employé sous forme de crayon, ou sur un porte-caustique, ne peut être également manœuvré et dirigé dans tous les sens, et promené sur tous les points de la cavité utérine : par ce procédé on ne cautérise jamais que le milieu de l'utérus, de la face antérieure et de la face postérieure, mais on n'atteint pas les portions latérales ni les cornes de l'utérus. Pour obtenir un résultat complet, il est donc nécessaire d'employer un caustique liquide.

On pourrait d'abord porter directement ce caustique liquide dans la cavité utérine, après avoir dilaté le col par des éponges préparées ou de la laminaria, comme on le fait parfois pour s'assurer avec le doigt de la présence de végétations sur la muqueuse, ou de corps fibreux interstitiels qui font saillie sur la muqueuse, et peuvent ainsi être reconnus par le toucher. On imbibe alors un pinceau de la solution caustique, et on badigeonne toute la cavité utérine.

Mais il est plus simple et plus facile de faire l'injection directement dans la cavité comme on la pratique pour les injections dans le canal de l'urèthre. Certains médecins timorés s'opposent à cette pratique en disant que le liquide, injecté dans la matrice, passera par les orifices des trompes, et, arrivant dans la cavité abdominale, y provoquera une péritonite suraiguë.

Cette crainte est exagérée : tous ceux qui ont disséqué l'utérus se rappelleront de quelle extrême ténuité est l'orifice des trompes sur la muqueuse utérine; on peut à peine y faire passer un crin de cheval ou une soie de porc. Pour que le liquide injecté par le col y pénètre, il faudrait que la seringue fût liée sur le col, et à frottement, de sorte que le liquide, projeté avec force, arrive à une tension considérable et traverse ces petits orifices. Ces faits ont été prouvés expérimentalement par MM. Fontaine et Guichard. Si l'on fait une injection utérine en ayant soin que la canule ne soit pas fortement serrée dans le col, toujours le liquide revient par le col, et jamais il ne pénètre dans les trompes. On fera donc les injections avec une canule d'un calibre égal seulement à la moitié du diamètre de la cavité cervicale, et toujours le liquide reviendra latéralement à la canule.

On dit bien que des femmes récemment accouchées et ayant été traitées par des injections vaginales ont eu des coliques. Elles peuvent avoir des tranchées utérines spontanément; puis l'instrument a pu être mal appliqué, de façon que l'air extérienr a pu pénétrer dans l'utérus, mais ces petits accidents ne tiennent pas à ce que l'injection est arrivée dans la cavité péritonéale.

L'injection se fait avec une sonde flexible et de petit calibre.

On fera d'abord une injection d'eau tiède pour s'assurer de la susceptibilité de l'organe, pour en mesurer la capacité. Deux centimètres cubes suffisent pour remplir la cavité utérine et refluer à l'extérieur. Dans les affections où cette cavité est dilatée, il faudra 3, 4 ou 5 centimètres cubes. On emploie

de l'eau tiède, ayant la même température que celle de l'organisme. Si l'on fait une injection trop froide, on provoque des coliques pour vingt-quatre heures.

Il sera donc prudent, le premier jour, de ne faire qu'une injection d'eau tiède : quelques jours après, on injectera la solution de nitrate d'argent (au quart), le perchlorure de fer, la teinture d'iode. On a même recommandé l'acide azotique, et on l'a employé sans provoquer d'accidents. Malgré les succès obtenu par cette méthode, je n'y ai pas encore eu recours.

Les cautérisations obtenues par les injections suffisent lorsque la muqueuse est ulcérée ou boursouflée; mais cette thérapeutique énergique est impuissante dans les cas où il s'est formé des tumeurs, des végétations fongueuses dans la cavité utérine. Dans ces cas, Récamier introduisait une curette dans l'utérus et raclait toutes ces végétations qu'il détachait ainsi de la muqueuse. Quoiqu'on puisse l'accuser avec raison d'avoir percé plus d'un utérus avec cet instrument, il ne faut pas cependant proscrire absolument cette médication énergique. Parfois il est nécessaire d'aller ainsi jusque dans l'utérus pour détruire les tumeurs qui s'y sont développées, et d'y faire ensuite des injections avec les solutions des caustiques énergiques. J'ai eu, avec M. Richet, l'occasion de pratiquer ce raclage dans un cas où il a pu ramener de l'utérus une grande quantité de ces fongosités, au moyen d'une petite curette à bords mousses du côté externe, et tranchants du côté interne. J'ai introduit un cylindre de pâte de Canquoin dans la cavité utérine, et nous sommes arrivés à une guérison tellement radicale qu'il y eut oblitération complète de la cavité utérine; disons que cette femme était âgée de 66 ans et que cette oblitération n'était pas un accident, les fonctions utérines ayant cessé à cet âge.

On peut donc, dans des cas analogues, pratiquer le raclage, après avoir provoqué la dilatation des orifices, et s'être assuré, par le toucher, de la présence des fongosités.

C'est une manœuvre délicate, assurément, et qui exige une main habile et prudente; mais elle peut donner des résultats satisfaisants dans des cas où les autres moyens sont inefficaces: nous n'avons pas le droit d'en priver nos malades, malgré les difficultés de son exécution.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'ichthyose.

L'ichthyose est une affection peu connue et en général assez négligée pour qu'il m'ait paru intéressant d'attirer l'attention sur cette lésion de la peau dont nous possédons actuellement deux exemples dans les salles de notre service.

On peut définir l'ichthyose une difformité de la peau, dérivant d'une disposition congéniale, affectant presque toute la surface du corps, et caractérisée par un état rude, sec, squameux ou même corné des téguments.

Quoique dérivant d'une disposition congéniale, l'ichthyose n'est pas pour cela une affection congénitale, en ce sens qu'elle n'apparaît pas au moment même de la naissance. On ne naît pas ichthyosique, on le devient seulement après les premiers mois de la naissance ou après les premières années. L'ichthyose n'occupe d'abord qu'une légère étendue, ensuite elle s'accroît rapidement, puis elle s'immobilise à ce degré où elle reste telle jusqu'à la fin de l'existence.

On a multiplié à l'infini les variétés, les formes, les espèces de cette affection : il est plus rationnel de les simplifier et de les réduire au nombre de trois principales :

1° L'ichthyose *pityriasique* est caractérisée par un simple état pityriasique de la peau qui est recouverte de squamules farineuses, furfuracées, fines et blanches, accompagnées d'une sécheresse singulière des téguments; quand on les touche, on ne sent plus la moiteur habituelle, faible, il est vrai, mais sensible de la peau. C'est une membrane aride, desséchée ; rudesse et âpreté des téguments qui ont fait donner par les Anglais le nom de xérodermie (de ξηρός, sec) à cette forme de maladie.

2° L'ichthyose *squameuse* présente les mêmes caractères de sécheresse et d'âpreté, le même processus de desquamation, mais non plus sous forme de furfur fin, mais par lamelles mesurant un ou plusieurs millimètres d'étendue, adhérentes par leur centre et détachées par leurs bords. Cette forme comprend plusieurs variétés; lorsque les squames ont un aspect brillant, nacré, c'est l'ichthyose *nitida* ou *nacrée* des anciens.

3° L'ichthyose *cornée* offre des phénomènes objectifs différents : la peau est véritablement méconnaissable et ne présente plus rien d'humain : c'est une sorte de cuirasse épidermique écailleuse. Cette forme est constituée par des callosités épidermiques très-épaisses, très-dures et véritablement cornées, inégales et rocailleuses. Quelquefois, au lieu de cet aspect rugueux, on observe une ichthyose aplatie, lisse, presque luisante, au milieu de laquelle se dessinent les sillons curvilignes normaux de l'épiderme qui lui donnent un aspect réticulé; c'est une véritable peau de serpent, d'où les anciens lui ont donné le nom d'ichthyose serpentine, ou encore de sauriasis, peau de saurien. Alibert a ainsi rapporté l'observation d'une actrice, fort jolie d'ailleurs, dont la peau du ventre présentait cette conformation, qui la faisait ressembler complètement à une peau de couleuvre. Dans une autre variété, les squames peuvent s'épaissir, ichthyose hystrix (porc-épic), ou même atteindre une telle épaisseur que la peau ait l'aspect d'une peau de rhinocéros. Les excroissances peuvent parfois prendre la forme de cornes, de piquants, d'ergots, d'écailles de poissons; elles mesurent alors plusieurs centimètres de largeur. C'est le cas de la famille Lambert, qui a exploité cette difformité à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci. Alibert a rapporté l'histoire de ces trois hommes, grand-père, père et fils, qui prenaient le nom d'hommes porcs-épics; il les a désignés sous le nom moins emphatique d'hommes écailleux. Ils avaient tout le corps couvert d'écailles, sauf la face, la paume des mains, la plante des pieds et les parties génitales.

La coloration des surfaces atteintes d'ichthyose est variable : dans la forme pityriasique, la peau est émaillée de points blanchâtres; dans la forme squameuse, elle présente une coloration blanche plus étendue; mais c'est l'ichthyose cornée qui offre surtout des modifications de couleur. La peau est plus ou moins foncée, presque généralement. La coloration peut être grisâtre, gris verdâtre, olive, brune le plus souvent, et tendant parfois à la teinte noire, *nigricans*, ou même *nigra*.

On a dit que cette coloration n'était pas seulement due à la peau, mais surtout au dépôt de parcelles de poussières, de saletés, etc. : il n'en est rien. Avec les soins de propreté, la peau conserve parfaitement cette coloration.

Tels sont les caractères objectifs de l'ichthyose; elle n'est rien que cela. Elle ne détermine aucune maladie locale, aucun trouble général. La santé de ceux qui en sont atteints n'est pas autre que s'ils avaient une peau normale. C'est pourquoi l'on doit définir l'ichthyose une difformité, et non

une maladie; car elle n'entraîne aucune manifestation morbide dans l'avenir et reste toujours ce qu'elle est.

Quant à son siège, sauf de rares exceptions, c'est une difformité générale, occupant toute l'étendue de l'enveloppe cutanée, mais pas d'une façon uniforme. Elle l'envahit avec une intensité inégale, respectant certains points, d'une manière absolue ou relative : elle manque généralement à la face, aux parties génitales, aux plis articulaires du côté de la flexion, à la plante des pieds et à la paume des mains; en ces régions, si elle les envahit, elle reste simplement au degré pityriasique. Les régions qu'elle envahit avec le plus de prédilection sont le tronc et les membres, surtout du côté de l'extension.

Il n'est pas impossible qu'elle soit circonscrite et locale, mais c'est rare; ainsi, l'on a vu la mère d'un enfant ichthyosique n'avoir de l'ichthyose qu'une seule plaque légère sur le cou.

L'anatomie pathologique démontre que l'ichthyose consiste, d'une part, dans un épaississement considérable de l'épiderme, et, d'autre part, dans l'hypertrophie du corps papillaire que l'on trouve considérablement augmenté de volume; les papilles du derme sont allongées, épaissies.

Le diagnostic s'impose : 1° par l'état âpre, squameux ou corné de la peau;

2° Par la généralisation avec une disposition symétrique, avec prédominance aux points que nous venons de désigner;

3° Par l'absence de tout symptôme local ou général;

4° Par son caractère congénial;

5° Par sa persistance et sa résistance à tous les traitements les plus variés qui peuvent bien amener une amélioration notable et relative, mais jamais une guérison complète.

On ne confondra pas l'ichthyose avec certains états ichthyomateux de la peau dans l'eczéma à sa période pityriasique, ni avec les callosités du genou tenant soit à des habitudes professionnelles, soit simplement à l'habitude de s'agenouiller, ni avec cette sorte d'ichthyose sénile qui se voit sur la peau des vieillards. Tous ces états n'ont aucun des caractères que je viens d'énumérer.

On ne sait rien sur les causes de l'ichthyose; elle envahit toutes les races, les deux sexes, les individus de constitution et de tempérament les plus variés; aucune influence de climat, de milieu social ni d'hygiène ne paraît la diriger. On a observé qu'elle est souvent de provenance héréditaire, mais c'est tout : lorsqu'on aura expliqué par l'hérédité l'ichthyose du fils, il restera à expliquer celle du père. Les chances héréditaires ne sont pas fatales, mais elles sont très-considérables; ici, comme ailleurs, l'hérédité apparaît avec des bizarreries considérables. Ainsi, parmi plusieurs enfants nés de parents ichthyosiques, les uns en sont atteints, les autres ne le sont pas; quelquefois il n'y a que les enfants d'un seul sexe (la famille Lambert comptait quatre générations où tous les mâles étaient ichthyosiques, tandis que les filles étaient indemnes); dans quelques cas, l'hérédité a sauté d'une génération, et l'on a vu un homme exempt d'ichthyose, tandis que son père et son fils en étaient atteints.

Le pronostic de cette affection présente une certaine gravité, puisque l'on n'obtient jamais qu'une amélioration relative. C'est donc une difformité incurable. On a vu quelques guérisons absolues d'ichthyose, mais elles n'ont pas été acquises par les ressources de l'art : c'est toujours la nature qui en a fait tous les frais, en provoquant une autre affection éruptive de la peau. Hebra a cité deux cas de guérison par la rougeole et par une variole confluente : quinze ans après, la guérison était encore maintenue chez un de ces malades.

L'ichthyose est donc, nous le répétons, incurable. Quoiqu'elle ne soit qu'une difformité, et non pas une maladie, on comprend que son pronostic soit attristant; car elle est toujours pénible et importune, parfois repoussante et horrible. Si elle n'est pas un obstacle, elle est au moins une objection au mariage; pour certains malades elle leur enlève l'accès de diverses professions. Ainsi, j'ai connu une jeune fille qui chantait parfaitement, et qui, ne pouvant se découvrir les épaules, atteintes d'ichthyose, fut obligée de renoncer à la carrière du théâtre. Enfin, les craintes légitimes touchant l'hérédité contribuent encore à aggraver toutes ces considérations morales qui ne font qu'augmenter la gravité du pronostic d'une telle affection. Les soucis, les chagrins constants, surtout chez les femmes, ont amené une tristesse et une mélancolie continuelles qui ont retenti sur l'état général, et parfois même amené de l'aliénation mentale.

Pour formuler le traitement, proclamons d'abord l'inutilité complète de toutes les médications internes. Je vous fais grâce de la longue liste des médicaments les plus divers qui ont été préconisés. Le traitement sera donc exclusivement local; il devra remplir deux médications : 1° déterger la peau; 2° la conserver dans cet état de détersion, de guérison relative. On arrivera à la première indication : 1° par la balnéation; 2° par les onctions graisseuses. Les bains macèrent l'épiderme et facilitent sa desquamation; on a employé les bains de toute nature : bains simples, alcalins, sulfureux, bains à la glycérine, savon minéral, tous agissent à peu près de même. Toutefois, ceux qui paraissent avoir amené les résultats les plus rapides sont les bains savonneux : on les fait en ajoutant simplement 500 grains de savon à un bain simple. On les donne d'abord quotidiennement, et ensuite à des intervalles un peu plus éloignés.

Quant aux corps gras, tous aussi ont été préconisés : c'est à la glycérine que M. Lailler, dans un mémoire intéressant, a accordé la préférence, parce qu'elle ne tache pas le linge, qu'elle est miscible à l'eau, et ne rancit pas comme l'axonge qui irrite la peau. Mon honorable collègue prescrit la glycérine sous forme de glycérolé d'amidon, en y ajoutant 10 0/0 d'eau distillée de laurier-cerise. Le traitement complet consiste donc en : 1° bain savonneux tous les deux jours; 2° friction, matin et soir, sur tout le corps, avec le glycérolé d'amidon. On arrive rapidement à la détersion de tout le corps.

La seconde indication, qui est de conserver le corps dans cet état, est plus difficile à remplir : elle n'est possible qu'à la condition de persévérer indéfiniment dans les mêmes pratiques, bains et frictions, qu'il est permis seulement d'employer à des intervalles un peu plus espacés : ainsi, deux bains par semaine et une onction tous les jours ou tous les deux jours.

C'est à ce prix, en se conformant rigoureusement à ce traitement *in æternum*, que le malade pourra entretenir sa guérison relative. Ce n'est donc qu'un traitement palliatif; mais il rend des services signalés aux malades, qu'il place dans une situation au moins tolérable.

Nature de l'ichthyose. — L'ichthyose étant une affection des premiers temps de la vie, et restant en permanence pendant toute la durée de l'existence sans déterminer des troubles fonctionnels, son absence d'évolution implique l'absence d'histoire pathologique; c'est une difformité, et non une maladie.

D'un autre côté, l'ichthyose étant congéniale et facilement

transmissible par l'hérédité, elle dépend d'une disposition interne que nous ne pouvons guère déterminer. Nous ne pouvons que la rapprocher de diverses malformations inexpliquées, telles que le nævus maternus, l'albinisme. C'est, disait Bazin, une déviation sécrétoire de l'épiderme. Hebra la définissait une disposition morbide du corps papillaire.

DES EFFETS DE L'EXCITANT THERMIQUE

(CHALEUR OU FROID) SUR L'ANESTHÉSIE, L'ACHROMATOPSIE ET LA CONTRACTURE DES HYSTÉRIQUES. LEUR SIMILITUDE D'ACTION COMPARATIVEMENT A CELLE DES MÉTAUX, DES AIMANTS ARTIFICIELS ET DE L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE (1).

Par le docteur G. THERMES.

La chaleur et le froid, au point de vue physique, ne sont, comme on le sait, que des manières d'être, des états relatifs d'un seul et même agent, la chaleur. Celle-ci, en effet, produit en nous la sensation relative de chaud ou de froid, comparativement à notre propre température. « Est chaud, a dit Desprès, ce qui est à une température plus élevée que celle du corps; est froid, ce qui est au-dessous de la température extérieure du corps. » Il n'y a donc pas de froid proprement dit, il y a un agent thermique, la chaleur.

Les effets physiologiques de cet agent doivent donc, dans certaines conditions, qu'il s'agisse de chaud ou de froid, être souvent identiques, et c'est ce que l'expérience nous apprend.

Ainsi, pour rester dans le domaine hydriatique, l'esthésiomètre démontre qu'une application momentanée d'eau glacée, sans frictions consécutives, augmente la sensibilité tactile, et que les mêmes effets sont produits, quand on emploie de l'eau à 38° c., pendant deux à trois minutes.

Il permet encore de constater que l'application *durable* de l'eau glacée produit au contraire l'anesthésie et que, lorsque la température de l'eau chaude oscille entre 45 et 50° c. et que l'application de l'eau est *prolongée*, la sensibilité est émoussée.

D'autre part, nous savons qu'une douche chaude *courte* à 40 ou 42° c., par exemple, produira, relativement à la circulation, les mêmes modifications qu'une douche froide de *peu de durée*. Dans les deux cas, en effet, la peau pâlira, par suite des changements survenus dans les vaisseaux, et cette similitude d'effets sera due à une similitude de cause, à une excitation des terminaisons des nerfs cutanés.

Ces effets bien connus de l'excitant thermique (chaleur ou froid) sur la sensibilité nous ont conduit à étudier l'action de cet agent sur l'anesthésie, l'achromatopsie et la contracture des hystériques.

Dans une communication faite à la Société de médecine pratique, le 6 juin dernier, nous avons démontré *expérimentalement* que, chez une hystérique, la *glace*, l'*eau glacée* ramenaient la notion des couleurs dans l'ordre indiqué par MM. Charcot et Landolt, faisaient disparaître l'anesthésie et l'amyosthénie et produisaient le phénomène du transfert, tout aussi bien que l'or et plus tard le zinc, les aimants artificiels et l'électricité statique. Nous ajouterons que la douche froide produisait également les mêmes effets, plus généralisés cependant, que la glace et l'eau glacée, que la contracture disparaissait également sous l'influence du froid. (Voir la *France médicale*, n°s 69, 70, etc.)

Aujourd'hui il s'agit d'une seconde série d'expériences répétées chez une autre hystérique, non plus seulement avec le froid, mais encore avec le chaud.

A. *Froid.* — 1° *Glace.* Il est d'abord constaté qu'il y a, chez la malade, achromatopsie gauche, que l'œil gauche ne peut distinguer aucun des vingt numéros de l'alphabet de Jæger, que l'anesthésie est complète sur toute la face gauche, tandis qu'à droite la sensibilité est parfaite et que l'œil a une acuité visuelle correspondant au n° 1 de l'échelle de Jæger.

Ensuite un fragment de glace est appliqué du côté gauche, sur les régions temporale et sus-orbitaire. Après cinquante secondes à une minute d'application, il y a amblyopie du côté droit; la perte des couleurs commence par le violet pour finir par le bleu; puis, presque aussitôt après, l'œil gauche commence à distinguer les couleurs, d'abord le bleu, puis le jaune, ensuite le rouge, le vert et enfin le violet. Mais la malade est affectée de daltonisme et les diverses couleurs sont ainsi vues : le carton bleu paraît rouge, le jaune est vert, le rouge est bleu, le vert semble jaune et enfin le violet est brun. Quant au blanc, il est noir, et réciproquement le noir est blanc. Il n'y a aucune rectification dans la nuance des couleurs lorsqu'on fait regarder à travers une solution de fuchsine, c'est-à-dire que la dyschromatopsie daltonienne ne disparaît pas, ainsi que l'on aurait pu s'y attendre d'après les interessantes observations présentées à la Société de biologie par M. Delbeuf. Le n° 2 de l'échelle de Jæger est lu sans difficulté par l'œil gauche.

L'anesthésie, chez cette malade, a disparu en même temps qu'est apparue la notion des couleurs.

Nous avons, en outre, constaté le phénomène de transfert signalé, pour la première fois, par la commission composée de MM. Charcot, Luys, Dumontpallier. Il consiste, comme l'on sait, dans la disparition complète de la sensibilité dans un point du côté opposé à l'anesthésie et correspondant symétriquement à celui où (dans notre cas) le froid a été appliqué.

Nous enlevons le fragment de glace, et bientôt l'achromatopsie reparaît à gauche et la disparition des couleurs a lieu dans l'ordre inverse de leur apparition; tandis qu'à droite la notion des couleurs revient en commençant par le bleu.

En ce qui concerne la sensibilité réapparue, elle ne s'est point généralisée et s'est localisée temporairement à la face.

Dans une seconde expérience, la glace est appliquée sur l'avant-bras gauche insensible. Voici ce que nous remarquons : après une minute à une minute et demie, la sensibilité apparaît à la zone d'application, puis elle s'irradie graduellement jusqu'à l'épaule et s'arrête à la région sterno-cléido-mastoïdienne.

Du côté opposé, à droite, phénomène du transfert; l'insensibilité s'étend exactement aux mêmes régions. Le dynamomètre, qui à droite marquait 25 et à gauche 12, indique, devant le phénomène, 11 à droite, 23 à gauche. L'amyosthénie gauche a disparu en même temps que l'anesthésie du même côté.

Il est arrivé quelquefois, mais exceptionnellement, que la sensibilité s'irradiait et se diffusait en partie aux extrémités inférieures, en même temps que le transfert s'étendait aux régions homologues.

Une à deux minutes après la cessation de l'application de la glace, la malade revenait à son état habituel.

Que si, au contraire, l'application de la glace était prolongée, nous constations à l'avant-bras la disparition de la sensibilité, l'anesthésie de retour (Burq); du côté de la vision, l'œil perdait la notion des couleurs, il y avait réapparition de l'achromatopsie.

2° *Eau glacée.* Les phénomènes analogues à ceux produits par la glace étaient constatés; il nous a paru cependant qu'il y avait moins de rapidité dans leurs manifestations.

3° *Douche générale.* Ici, l'action sur l'économie était générale, les phénomènes se généralisaient. L'achromatopsie gauche disparaissait, l'hémianesthésie était remplacée par l'apparition de la sensibilité, le transfert avait également lieu sur tout le côté droit.

Quand nous avons pu analyser les phénomènes relatifs au retour de la notion des couleurs, à l'acuité de la vision, à l'amyosthénie, nous avons constaté qu'ils se reproduisaient selon les lois ordinaires.

Ainsi la glace, l'eau glacée et la douche froide généralisée ont produit des phénomènes absolument identiques à ceux que nous obtenions par le cuivre, *métal auquel la malade est sensible*, par l'électricité statique. La malade n'est pas sensible au faisceau aimanté.

Jusqu'ici nous avons indiqué les effets produits par le froid sur l'hémianesthésie et l'achromatopsie; nous avons encore à parler de l'influence de cet agent physique sur la contracture. Ici nous serons bref, et nous dirons ce qui est déjà connu, que la glace fait disparaître rapidement, mais temporairement, ces manifestations si

(1) Communication faite à la Société de biologie.

diverses et si variées, que l'eau glacée agit aussi, mais plus lentement.

Quant à la douche froide, elle fait cesser momentanément les contractures lorsqu'elles existent, ou les déplace, les transpose. Les effets nous ont paru d'autant plus marqués que l'eau était plus froide et la force de projection plus grande.

B. *Chaud.* — Il nous restait, chez cette malade affectée de diathèse hystérique, à rechercher les effets produits sur l'hémianesthésie, l'achromatopsie et la contracture par une eau dont la température s'éloignerait de la ligne neutre, c'est-à-dire oscillerait entre 35 et 50° c.

Voici les diverses expériences faites :

1° *Applications locales.* — La main gauche de la malade est plongée dans l'eau à 40° c. Après une demi-minute à une minute, cette main, insensible auparavant, devient sensible, et bientôt cette sensibilité s'irradie et gagne les régions supérieures en s'arrêtant à la région, tantôt scapulo-humérale, tantôt sterno-cléido-mastoïdienne.

A droite, transfert.

L'amyosthénie gauche a disparu en même temps que l'anesthésie, car le dynamomètre qui, à droite, marquait 24 et à gauche 10, indique à gauche 21, à droite 11.

Ces phénomènes durent une à deux minutes après la cessation d'application de l'eau chaude.

La main gauche est-elle maintenue dans l'eau, la sensibilité ne tarde pas à disparaître, et nous notons l'anesthésie de retour.

Si maintenant, au lieu de la main, il s'agit de la face sur laquelle nous appliquons une éponge imbibée d'eau chaude à la même température de 40° c., nous constatons, après quarante à cinquante secondes, des phénomènes analogues à ceux produits par la glace et l'eau glacée, à savoir : amblyopie du côté droit, vision des couleurs du côté gauche, dans l'ordre connu, mais avec dyschromatopsie daltonienne, acuité visuelle à gauche presque égale à celle constatée auparavant à droite (n° 2 de l'échelle de Jæger au lieu du n° 1), en même temps apparition de la sensibilité à gauche et transfert à droite ou insensibilité complète.

La sensibilité et l'insensibilité ne dépassaient pas le cou en bas et le cuir chevelu en haut.

Dans ces deux expériences nous avons noté une rapidité d'autant plus grande dans la manifestation des divers phénomènes décrits que la température de l'eau se rapprochait de 50° c.

Ajoutons qu'au lieu d'application la surface cutanée rougissait plus ou moins selon l'élévation de température de l'eau.

Quant à la contracture, nous obtenions, avec l'eau chaude, les mêmes effets qu'avec la glace ou l'eau glacée. La malade avait-elle le pied bot hystérique, ou une contracture de la mâchoire, ou une contracture de la langue ; nous n'avions qu'à appliquer une éponge imbibée d'eau chaude de 38 à 42° c. sur la région contracturée pour faire cesser cette contracture momentanément et quelquefois une ou plusieurs heures.

2° *Application générale.* — Une douche générale chaude, dont la température s'élevait graduellement, mais rapidement, de 33° c. à 39 et 40°, était donnée à la malade, et à peine trente-cinq à quarante secondes étaient-elles écoulées que l'hémianesthésie gauche avait fait place à la sensibilité, que le transfert ou déplacement avait lieu à droite, non plus cette fois dans une zone plus ou moins étendue, mais bien sur tout le côté du corps, et que l'achromatopsie gauche était remplacée par une vision dont l'acuité était normale, tandis qu'à droite il y avait amblyopie.

Ces phénomènes duraient quelquefois deux, trois minutes après la douche, et nous permettaient ainsi de constater que l'acuité de la vision à gauche était égale ou presque égale à celle constatée à droite avant l'expérience, que l'amyosthénie gauche avait disparu en même temps que l'anesthésie.

Venions-nous à prolonger la douche chaude une minute à une minute et demie, nous constations bientôt l'anesthésie de retour.

La douche chaude était-elle immédiatement suivie d'une douche froide, il y avait perturbation momentanée dans les phénomènes, c'est-à-dire que l'hémianesthésie gauche et l'achromatopsie gauche primitives réapparaissaient, mais disparaissaient bientôt pour faire place à la sensibilité et à la dyschromatopsie daltonienne, tandis qu'à droite le transfert disparu revenait. Mais il faut dire que, dans ce cas, les phénomènes produits duraient moins longtemps, après la cessation des douches, que dans l'expérience où nous ne donnions que la douche chaude.

Tels sont, en résumé, les divers phénomènes observés chez cette malade à la suite de l'application de l'eau chaude.

Chez une autre jeune fille hystérique en voie de guérison et ne présentant plus qu'une anesthésie partielle limitée à certaines zones, il nous a été possible, avec l'eau chaude appliquée sur la région anesthésiée, de ramener la sensibilité en ce point et de constater à droite, sur la région homologue, le phénomène du transfert. Il nous a été également facile, en appliquant sur la région temporale gauche une éponge imbibée d'eau chaude à 40°, d'élargir le champ visuel et de faire voir nettement le violet, couleur que la malade ne distingue pas encore.

De ces expériences, il résulte :

Que l'excitant thermique (chaud ou froid) a produit sur l'anesthésie, l'achromatopsie et la contracture des phénomènes identiques, phénomènes d'autant plus marqués que le froid était au-dessous de 10° et que la chaleur s'élevait au-dessus de la ligne neutre, était voisine de 50° c. et d'autant plus généralisée que la surface d'application à l'excitant thermique était plus étendue ;

Que ces phénomènes ont été analogues à ceux produits chez ces malades, soit par les métaux, soit par les aimants artificiels, soit par l'électricité statique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les ulcères simples du col de l'utérus. Exposé nosologique. Traitement, par le docteur Obled. In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

De la Fièvre typhoïde. Étude physiologique. Sa nature, son traitement, par le docteur Guillasse. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 124. — JEUDI 24 OCTOBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 24 OCTOBRE 1878. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en timbres sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Quand M. Colin avance une chose, il tient à la prouver : c'est là certes une bonne habitude qu'on ne saurait trop louer. Dans la précédente séance, à l'occasion de la présentation faite par M. Bouley d'un gros calcul extrait de la cavité abdominale d'un cheval, M. Colin, imputant à tort à son collègue des points obscurs ou équivoques de l'observation dont il n'était que l'éditeur irresponsable, avait émis cette proposition formelle que les calculs qui se forment et se développent dans les organes digestifs du cheval, au lieu de prendre naissance indifféremment dans les diverses régions de ces organes, comme on l'a cru longtemps, se développent constamment en un seul et unique point rigoureusement déterminé et toujours le même, la grande dilatation dite gastro-diaphragmatique. De ce fait d'observation appuyé sur un grand nombre d'autopsies M. Colin a indiqué les raisons anatomiques et statiques. Toutes les fois qu'il en a été autrement, ce n'a été qu'en apparence et par suite de migrations des calculs dont il a été, dans tous les cas, possible de découvrir le point d'origine et de suivre les diverses évolutions. C'est notamment à ces déplacements qu'il attribue les coliques, presque toujours mortelles, par lesquelles ces volumineux calculs révèlent leur présence.

M. Colin a développé ce point d'anatomie pathologique en homme qui possède la question et qui est sûr de son fait. Il serait intéressant de vérifier, à l'occasion, ainsi qu'il en a fait la proposition, si les choses ne se passeraient pas d'une manière analogue chez l'homme, et si les entérolithes, que l'on a dit se trouver indistinctement dans toutes les régions de l'intestin, n'auraient pas aussi, comme les calculs du cheval, leur point d'origine fixe, leur siège d'élection.

Cet appel de la médecine vétérinaire à la médecine humaine pour la confrontation de faits analogues, nous remet en mémoire un appel du même genre que faisait récemment M. Bouley à l'observation des chirurgiens, et qui a échappé à la rédaction de nos comptes-rendus; c'était à l'occasion de la communication qu'il a faite en septembre dernier sur le surmenage des animaux. « Si, comme les faits tendent à le démontrer, a dit M. Bouley, les muscles des animaux tués immédiatement après une course forcée sont dans de telles conditions, par le fait même des modifications de leur substance, qu'ils aient de la tendance à se putréfier rapidement, on peut se poser la question de savoir si ces modifications de la substance des muscles ne pourraient pas avoir leur part d'influence sur les suites des opérations chirurgicales, et si, par exemple, quand l'indication d'une opération est donnée par un accident traumatique, comme sur les champs de bataille, il n'y aurait pas avantage à attendre, pour la pratiquer, que les courants circulatoires aient débarrassé les muscles des produits de leur propre décomposition chimique qui s'y sont accumulés par le fait de leurs contractions répétées. » Bien que le fait très-probablement n'ait pas échappé à l'attention des chirurgiens, il n'en est pas moins utile, pensons-nous avec M. Bouley, de leur soumettre les questions qui se posent en présence des faits nouveaux qu'a révélés une étude plus attentive des effets du surmenage sur les muscles.

Au commencement de la séance, l'Académie a entendu une lecture de M. le docteur Ramel (d'Aurillac) sur le fonctionnement du système nerveux, et, à la fin, M. le docteur Armand Paulier a présenté des moelles d'animaux préparées d'après une nouvelle méthode à laquelle il donne le nom de méthode de dissection chimique, et qu'il propose d'appliquer à l'étude de ces organes. Une commission de l'Académie sera probablement désignée pour apprécier la méthode d'étude proposée par M. Paulier, quand il aura terminé la série de recherches qu'il est en mesure de faire en ce moment.

Dr BROCHIN.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

De la congestion pulmonaire et du souffle bronchique. — Distinction importante entre le souffle de la pneumonie et le souffle de la congestion pulmonaire.

Un de nos malades est atteint de pneumonie occupant la base du poumon gauche, compliquée d'un épanchement pleural et de congestion pulmonaire du même côté. C'est à ce sujet que je voudrais attirer votre attention sur la valeur symptomatique du *souffle bronchique* et les variétés qu'on peut observer.

A l'époque où vivait Laënnec, le souffle bronchique était un signe à peu près pathognomonique du deuxième degré de la pneumonie, de l'hépatisation pulmonaire. Depuis ce

temps, les auteurs les plus autorisés dans la science de l'auscultation, MM. Barth et Roger entre autres, ont enseigné que le souffle bronchique peut exister dans trois ordres de maladies : 1° dans des affections bronchiques; 2° dans des affections pulmonaires; 3° dans les cas de compression du poumon.

Dans les maladies des bronches qui peuvent être accompagnées de souffle bronchique, on comprend celles qui amènent la dilatation uniforme des bronches. Je pense qu'on pourrait avec raison y ajouter la compression limitée des grosses bronches, comme, par exemple, celle que produit l'anévrysme de l'aorte. Avant que le cornage se montre manifestement, il y a une période pendant laquelle le souffle peut être assez bien sensible, d'autant plus que le murmure vésiculaire est affaibli dans toute la moitié du poumon, à cause de la compression de la bronche gauche par l'anévrysme. Souvent les anévrysmes de l'aorte passent inaperçus, même pour les plus habiles praticiens; je crois qu'on pourrait tirer un grand secours de ce symptôme, en apparence insignifiant.

Les altérations du poumon dans lesquelles on rencontre le souffle bronchique sont l'hépatisation rouge ou grise, les foyers apoplectiques, le développement des masses tuberculeuses. Quelques-uns y ont ajouté l'œdème du poumon, c'est un fait à réserver. Enfin la compression des poumons vient des tumeurs cancéreuses, des épanchements dans la plèvre ou dans le péricarde.

Tel est le cadre pathologique dans lequel nous devons chercher à expliquer le souffle bronchique que présentait notre malade dans toute la hauteur du poumon gauche. Nous éliminons promptement l'hypothèse de cancer, puisque nous avons affaire à une maladie aiguë survenue chez un homme robuste et nullement cachectique. L'hydropéricarde doit être rejeté, puisque la pointe du cœur bat normalement et à la région habituelle. Les crachats ne sont pas ceux qu'on observerait si le souffle était dû à un foyer apoplectique. La présence de tubercules donne lieu à la production du souffle; mais, si la nature de ce souffle ne permet pas de le distinguer de celui qui nous occupe, du moins la localisation du souffle indique qu'il tient à l'agglomération de tubercules, car il est à peu près toujours limité ou très-prédominant au sommet des poumons. L'œdème du poumon n'est guère probable chez ce malade, puisque le souffle existait d'un seul côté et qu'il siégeait surtout à la partie moyenne de la poitrine. De même, on ne peut songer à la dilatation des bronches. puisqu'il n'a eu ni bronchite persistante, ni pleurésie antérieure. Enfin, la pleurésie a existé depuis le premier jour de la maladie; fallait-il lui attribuer le souffle?

Non, assurément, car le souffle ne se montre, dans les cas de pleurésie, que lorsque l'épanchement est déjà abondant. Ensuite, le souffle de la pleurésie est aigu, voilé et éloigné, tandis que celui que nous avons observé est doux et grave; il n'existe pas au niveau de la limite de l'épanchement, puisqu'on l'observait à la partie moyenne du poumon, alors que l'épanchement n'occupait que la partie inférieure; le souffle ne correspond donc pas à la portion du poumon où l'on constate la matité et l'égophonie de la pleurésie.

Pous rester fidèles à la théorie classique, nous nous trouvions donc obligés de rapporter ce souffle à de l'hépatisation rouge existant dans toute la hauteur du poumon sur laquelle on constatait le souffle? Fallait-il donc conclure, selon cette classification que j'ai résumée, à la pneumonie envahissant les trois quarts du poumon gauche.

Non, il n'en est rien. Ce malade n'a pas l'état général grave qui caractérise l'hépatisation grise; il n'en a pas les crachats : l'expectoration est celle de la pneumonie franche arrivée au deuxième degré. Il faut chercher une nouvelle cause pour expliquer le souffle dans une si vaste étendue du parenchyme pulmonaire, et, en dehors de la pneumonie, cette cause est la *congestion pulmonaire*.

C'est à Woillez que revient l'honneur d'avoir, le premier, attiré l'attention sur ce remarquable et important phénomène. La congestion pulmonaire peut exister à l'état isolé, sans processus inflammatoire; elle peut aussi survenir comme complication d'une fièvre, d'une pleurésie, d'une pneumonie. J'ai précédemment étudié la congestion pulmonaire dans la pleurésie; occupons-nous aujourd'hui de la congestion pulmonaire accompagnant la pneumonie. Cette forme n'est pas bien rare. Woillez l'a rencontrée tantôt dans un point rapproché, tantôt dans un point éloigné de la portion du poumon qui est le siège de la pneumonie. Parfois même, la pneumonie siégeant d'un côté, la congestion apparaît dans le poumon du côté opposé.

Dans la congestion pulmonaire, le souffle bronchique a des caractères spéciaux qui le différencient du souffle qu'on observe dans la pneumonie franche; relativement à son timbre, il est doux et grave; il a son siège au voisinage de la racine des bronches.

Signalons aussi son apparition hâtive, car il n'est pas précédé, comme celui de la pneumonie, par des râles crépitants qui durent quelques jours avant que le souffle se perçoive nettement. Parfois, cependant, dans les formes traînantes de congestion, il est un peu plus lent à se produire.

On voit donc que le souffle de la congestion pulmonaire se distingue de celui de la pneumonie; ce dernier est rude et véritablement tubaire; il a son siège au point même où existe la matité; il apparaît plus tard, après les râles crépitants.

Le souffle de la congestion se distingue de celui de la pleurésie, parce que celui-ci est aigu et voilé, parce qu'il n'existe pas au niveau de la racine des bronches, ni au niveau de la matité, mais au niveau de la portion supérieure de la région de matité; enfin il faut que l'épanchement soit déjà abondant, c'est-à-dire que la pleurésie date de plusieurs jours, pour que le souffle puisse être sensible.

La congestion pulmonaire s'accompagne aussi d'autres modifications qui éclaireront le diagnostic. Au point de vue de la sonorité thoracique, on observe tantôt de l'obscurité du son, tantôt du tympanisme, mais jamais de la matité absolue, comme celle qui caractérise la pleurésie, pas même la matité moins compacte de la pneumonie. On observe encore un léger retentissement de la voix, puis une diminution ou une très-légère augmentation des vibrations thoraciques, qui, dans la pneumonie, sont toujours exagérées. On pourrait s'étonner de voir, dans ce tableau, des caractères très-variables, tels que l'obscurité du son ou le tympanisme; et on serait peut-être tenté de les croire contradictoires. Cette difficulté apparente s'explique naturellement si l'on remarque bien que le souffle peut être remplacé par de la respiration rude; qu'il peut être précédé par la respiration puérile qui devient bientôt le souffle; de même l'expiration prolongée. Ces caractères apparaissent selon l'évolution de la maladie, et ils produisent la variabilité des symptômes que je viens d'exposer.

De ces considérations, nous devons conclure que le souffle tubaire n'est pas un signe pathognomonique de la pneumonie; qu'il peut se rencontrer dans la congestion pulmonaire, mais qu'alors il présente des caractères spéciaux qui permettent de faire le diagnostic différentiel.

Quand les deux affections, pneumonie ou pleurésie, existent isolément, la distinction est facile entre la congestion accompagnée d'une toux peu fréquente, d'une expectoration liquide blanche et peu aérée, légèrement visqueuse, analogue à une solution de gomme, et la pneumonie qu'on reconnaît à ses crachats rouillés, visqueux, aérés, à la bronchophonie et à l'exagération des vibrations thoraciques. Enfin les signes de la pneumonie restent fixes et évoluent suivant une loi connue; ceux de la congestion sont plus variables. La fièvre, dans la simple congestion, disparaît plus tôt que dans la pneumonie, vers le deuxième ou le quatrième jour; elle peut être aussi intense que celle de la pneumonie franche.

Mais la difficulté est beaucoup plus grande lorsque la congestion pulmonaire complique une pneumonie, comme c'est le cas de notre malade; on observe alors les signes des deux affections, et il faut savoir les distinguer et les interpréter exactement.

Les crachats, à la période à laquelle nous sommes parvenus, présentent le double caractère des deux processus morbides; à côté des crachats fibrineux et rouillés de la pneumonie, nous observons les crachats blancs, fluides, peu aérés de la congestion pulmonaire. Mais, au début, nous ne possédions pas cet élément de diagnostic; comment devait-on distinguer la congestion? Lorsque la matité est incomplète, la respiration affaiblie ou simplement accompagnée d'un souffle doux et grave, sans qu'on ait observé précédemment de râles crépitants, il faut rejeter la pneumonie et rechercher les symptômes de la congestion pulmonaire. Le souffle de la pneumonie est presque toujours précédé de râles crépitants; et même on peut se demander si les cas où l'on a entendu le souffle d'emblée n'étaient pas plutôt des cas de congestion que des cas de pneumonie.

Cette congestion pulmonaire est-elle différente de l'engouement pulmonaire qui précède la pneumonie?

C'est là une question qu'il serait très-utile de résoudre. L'anatomie pathologique ne nous éclaire guère à ce sujet, car, heureusement pour les malades, la terminaison funeste est très-rare, et l'on n'a pu examiner les pièces pathologiques que chez des malades atteints de cette affection, et mourant, incidemment, par une autre cause. On n'a pas trouvé de différence entre les poumons congestionnés et ceux qui présentent l'engouement pulmonaire; ils ont la même rougeur violacée, livide; ils ne surnagent pas sur l'eau, mais plongent plus ou moins dans le liquide; l'élasticité est diminuée, la friabilité est plus grande; c'est, en un mot, l'état du poumon de la pneumonie au premier degré. Nous n'avons malheureusement aucun moyen de distinguer la congestion pulmonaire qui est destinée à s'étendre sur place et sans provoquer d'accidents graves, de l'engouement pulmonaire qui est destiné à arriver à l'hépatisation dont le pronostic est toujours grave. Toutefois, en clinique, on peut établir quelques caractères différentiels entre les deux affections et prévoir le processus probable. Si l'on n'a pas entendu de râles crépitants, mais s'il n'y a simplement que l'affaiblissement du murmure vésiculaire et une respiration soufflante, on songera à la congestion pulmonaire. Cette congestion aussi, ayant envahi une grande étendue du poumon, ne provoque pas des symptômes aussi graves que ceux qui se produiraient si *la même étendue* du parenchyme pulmonaire était le siège d'une pneumonie franche.

Assurément, au point de vue du cycle fébrile, la durée d'une pneumonie, quelle que soit l'étendue du poumon envahie, sera toujours la même; la fièvre cessera toujours d'une façon subite, au jour critique, 7ᵉ, 5ᵉ, 6ᵉ, 8ᵉ, 4ᵉ, 3ᵉ ou 9ᵉ; mais, ce qui est plus important pour le pronostic, c'est la durée de la résolution, c'est la facilité avec laquelle les produits morbides seront résorbés. De ce que la fièvre est tombée, il ne faut pas conclure que le malade est guéri; il ne le sera que plus tard; les lésions persistent toujours environ 10 à 15 jours, quelquefois 5 à 9 jours, et plus rarement 2 à 5 ou 20 à 25 jours après que la température est revenue aux limites normales. Or la résolution se fera d'autant moins rapidement que la lésion pulmonaire aura plus d'étendue, et elle sera plus ou moins longue, selon que l'on aura affaire à une congestion ou à une hépatisation.

Il est donc important de distinguer l'une ou l'autre forme : cependant une congestion peut passer ultérieurement au deuxième degré, hépatisation de la pneumonie, et le pronostic ne pourra toujours être présenté qu'avec une certaine indécision. Il y a des formes graves de pneumonie où l'hépatisation envahit rapidement les portions voisines du poumon, qui ne sont d'abord que le siège d'une congestion. Mais alors on observe un état général grave, une intensité du mouvement fébrile qui n'existent pas chez notre malade. Pendant les premiers jours, l'état de cet homme a sans doute été inquiétant. Il est entré avec une température très-voisine de 41°, qui s'est abaissée, après l'administration d'un vomitif, à 39°; elle est restée stationnaire à ce chiffre jusqu'au sixième jour; elle est alors remontée à 40° pendant deux jours. Enfin, le 9ᵉ jour, nous avons observé la défervescence brusque, caractéristique, à 37°6. Depuis ce moment, le malade est beaucoup moins oppressé, son état général est arrivé à une amélioration notable. Toutefois nous avons entendu quelques râles crépitants, secs et fins, dans la région qui sépare la portion de poumon hépatisée, siège de la pneumonie, de la portion primitivement occupée par la congestion. Ces râles fins et secs sont de deux sortes : les uns sont les râles fins de pneumonie se développant dans une portion congestionnée précédemment; les autres sont encore des râles fins, mais plus superficiels; ce sont des râles de pleurésie, de crépitation pleurale, produits par une légère pleurite qui se développe ordinairement au niveau de la congestion pulmonaire.

Chez ce malade, aujourd'hui, il y a bien amélioration de la pneumonie, et la congestion est moindre, mais il s'est produit une augmentation de l'épanchement pleurétique; les vibrations sont supprimées dans une étendue assez considérable; l'égophonie, qu'on n'entendait précédemment qu'à la base, est actuellement perçue vers le milieu du poumon.

Toutefois il ne faut pas ici supposer que l'épanchement est considérable parce que la matité et l'égophonie remontent à une grande hauteur; il ne faut pas oublier que le poumon est hépatisé, et que par conséquent il ne se laisse pas refouler par le liquide; celui-ci est donc obligé de s'étendre en hauteur, sous forme d'une très-mince couche de liquide.

Je terminerai en vous faisant remarquer un fait curieux : la pleurésie, lorsqu'elle survient après la pneumonie, tend à augmenter le bruit de souffle; c'est le cas du malade que nous observons. Si, au contraire, la pleurésie précède la pneumonie, le bruit du souffle est diminué; en effet, le souffle a besoin pour se produire d'une condition indispensable, la perméabilité des bronches. Quelles que soient les théories sur sa production et sa cause, il faut admettre que c'est là une condition indispensable de sa production. Or, si la pleurésie précède la pneumonie, le poumon est refoulé par l'épanchement, et les bronches sont plus ou moins compri-

mées ; elles sont moins perméables, le souffle sera moins intense. Mais on conçoit qu'il en sera tout autrement si la pleurésie se produit seulement lorsque le poumon est hépatisé ; alors l'épanchement ne peut plus refouler le poumon induré, c'est relativement une dilatation uniforme des bronches qui tend à se produire : d'où le bruit de souffle sera beaucoup mieux perceptible.

Chez les enfants, on observe souvent un phénomène analogue à celui que nous observons dans la pneumonie. Au lieu de débuter par les râles crépitants, la pneumonie présente immédiatement le souffle ; c'est dans ces cas que la médication, surtout les émissions sanguines, donnent des résultats immédiats. En un jour, la marche de l'affection est très-rapide, le dégorgement des poumons très-considérable. Sans doute, chez les adultes et chez les vieillards, la durée de l'affection est moins influencée par cette médication ; cependant la marche est notablement modifiée. C'est, en effet, dans ces cas qu'il faut hâter la résolution et la résorption ; rien ne produit ce résultat aussi bien que les émissions sanguines, et surtout la saignée générale ; elle seule peut amener une déplétion rapide et faciliter, par conséquent, la résolution ultérieure. Malheureusement, nous sommes à une époque où l'on s'abstient indifféremment, et dans tous les cas, de pratiquer la saignée dans la pneumonie. C'est une faute tout aussi considérable que celle que commettaient nos prédécesseurs en saignant indifféremment tous les malades atteints de pneumonie.

CLINIQUE DE L'ÉTRANGER.

Des différentes formes de périostite et en particulier de la périostite purulente suraiguë ou maligne.

Par le professeur PODRAZKI, médecin principal de l'armée autrichienne.

I.

Avant d'aborder le sujet de cette leçon, je dois vous décrire à grands traits les formes ordinaires de la périostite, celles que vous avez certainement eu l'occasion d'observer souvent. En terminant, j'insisterai sur une variété heureusement rare et que probablement peu d'entre vous connaissent : je veux parler de la périostite *suraiguë* que Volkman appelle à juste titre *maligne*. Je puis vous affirmer que vous l'avez rencontrée comme moi ; si elle n'occupe pas le rang qu'elle mérite parmi les nombreux exemples que nous trouvons rapportés, c'est qu'elle est souvent confondue avec d'autres affections du périoste ou même de l'os.

En 1864, j'eus pour la première fois l'occasion de rencontrer un cas tout à fait analogue à celui que nous avons sous les yeux. Bien que l'on ait cru alors à une ostéomyélite aiguë, bien que nous n'ayons pas pu vérifier le diagnostic par l'autopsie, j'ai toujours été persuadé que nous avions eu affaire à une périostite maligne. J'ai vu un second fait semblable à la clinique de Pitha au moment même où Volkman publiait sa remarquable description ; il me paraît évident que tous les deux se rapportent à la même maladie.

Une étude générale des périostites et de leurs formes cliniques vous semblera peut-être superflue ; elle m'est pourtant indispensable afin que je puisse vous donner une idée juste et précise de la variété en question.

Vous savez que l'inflammation du périoste est, comme celle des autres tissus, suivie immédiatement d'un exsudat. Les modifications que celui-ci subira seront l'origine de l'une ou l'autre forme.

Quand nous examinons l'enveloppe osseuse dans le cours du premier stade, nous la voyons épaissie, d'une coloration jaune rougeâtre et plus ou moins vascularisée. A ce moment, l'exsudat est déposé dans son épaisseur même ; plus tard on le trouvera de préférence dans les couches voisines de l'os, particularité importante eu égard à la marche et à la gravité future de la phlegmasie. Quels changements surviendront ultérieurement ? Dans les cas bénins et très-simples la résorption sera complète, il y aura *restitutio ad integrum* et l'on sera bientôt, pour employer une expression empruntée à la langue diplomatique, dans le *statu quo ante (morbum)*.

Les périostites non suppuratives se développent en règle générale à la suite de traumatismes légers, parfois aussi de désordres plus graves tels que les fractures. Mais, pour que celles-ci ne donnent lieu qu'à ces inflammations insignifiantes, certaines circonstances sont nécessaires : par exemple, que le foyer ne soit point en contact avec l'air. Si l'on heurte le bord du tibia contre un corps dur, si cet os, comme cela se voit souvent dans les hôpitaux militaires, a été atteint par un coup de pied de cheval ou un autre choc, on voit au bout de quelques heures un gonflement léger, mais très-sensible, qui disparaît en peu de jours sans laisser de traces. On a eu affaire à une périostite sans suppuration.

Lorsque l'inflammation est plus intense et que, par suite d'une prédisposition fréquente chez les dyscrasiques, les leucocytes prennent rapidement le caractère des globules du pus, il survient une collection saillante qui soulève le périoste et le sépare de l'os. Pour peu que les couches musculaires n'aient pas trop d'épaisseur, on perçoit une fluctuation franche ; dans le cas contraire, l'abcès sous-périosté ne peut être reconnu qu'à son degré d'élasticité et à d'autres symptômes concomitants. Quand il siège sur le fémur ou sur un os situé à une profondeur analogue on trouve avec la pointe du doigt un œdème limité caractéristique accompagné d'une douleur profonde et de fièvre.

L'os dénudé sur une certaine surface par le pus perd une partie de ses connexions vasculaires avec le périoste. Des vaisseaux sont détruits complètement, d'autres s'oblitèrent, la nutrition souffre et une portion plus ou moins étendue est gravement compromise. Chez les individus bien constitués, une ponction précoce ouvrant aux liquides morbides une issue convenable suffira dans la plupart des cas pour la sauver. La face profonde du périoste se couvrira vite de bourgeons charnus de bonne nature qui gagneront l'os, et le *statu quo ante (morbum)* se trouvera rétabli. Néglige-t-on cette incision opportune ou la fait-on trop tard ? Le décollement gagne en étendue, les vaisseaux du fragment osseux baigné par le pus se thrombosent, une lame superficielle meurt ; dans quelques cas même, les canaux osseux nécrosés en totalité forment d'énormes séquestres qui s'élimineront dans la suite, soit spontanément, soit par le secours de l'art. Le traitement le plus rationnel et le mieux approprié ne réussit pas toujours à prévenir cette évolution funeste. Bien des inflammations de la famille des périostites simples, déterminées comme elles par un traumatisme léger, suivent une marche traînante. La suppuration, au lieu de diminuer peu à peu et de disparaître à la suite de l'incision, devient plus abondante, la nature du pus change d'une façon défavorable ; le processus inflammatoire se propage à l'os et produit les désordres les plus variés. Soyez certains en pareil cas, si vous n'aviez déjà constaté la chose, que votre malade est scrofuleux ou dyscrasique. Je ne veux pas dire par là que chez ces individus toutes les périostites suivent nécessairement la marche en question.

Voici la troisième forme : nous savons, par suite d'une expérience souvent répétée, que le périoste est capable de reproduire de volumineuses portions d'os que l'on a dû enlever, soit à cause d'une phlegmasie chronique étendue, soit dans le cours d'une résection nécessitée par une arthropathie. Souvent l'articulation huméro-cubitale reprend à la longue dans ces conditions sa configuration et même ses fonctions ; ce résultat est dû à la périostite dite *ossifiante*. On peut admettre *à priori* que le périoste est un organe ostéoplasique dont les couches internes renferment les matériaux générateurs du tissu osseux normal ou des formations accidentelles de même nature. C'est, comme l'a dit Langer, la *matrice de l'os*. A-t-il été détruit par une maladie ou enlevé par la main de l'opérateur en même temps que la portion du squelette qu'il recouvre ? celle-ci est irrévocablement perdue. C'est donc par le fait de la périostite ossifiante que se reproduisent les épiphyses réséquées ; c'est elle qui forme les couches osseuses surnuméraires ou les tumeurs limitées, en un mot tous ces ostéophytes qui sont connus sous

les noms d'exostoses, hyperostoses, énostoses, périostoses, etc.

Cette propriété a une importance énorme, aussi les chirurgiens se sont-ils efforcés d'en tirer profit par tous les moyens possibles. L'uranoplastie nous en offre un des exemples les plus frappants. Songez à la différence que présentent nos procédés actuels pour cette opération et ceux dont on se servait naguère. Le succès complet était extrêmement rare alors, et, même dans ce cas, la perforation palatine n'était bouchée que par une membrane mince et sans résistance. Si la réussite est de règle aujourd'hui, c'est que Langenbeck nous a appris à utiliser non-seulement la muqueuse, mais encore le périoste de la voûte, l'involucre tout entier du palais osseux; on obture ainsi avec de l'os réel nouvellement formé, et les divisions congénitales et les perforations accidentelles, comme vous pourrez souvent en être témoins vous-mêmes.

Dans les résections articulaires, dans celles des maxillaires supérieur ou inférieur, les chirurgiens ménagent également le périoste avec la plus scrupuleuse attention, de manière que la reproduction de l'os soit possible.

Il n'est pas moins curieux de constater la tendance de la nature à rétablir un équilibre que la périostite ossifiante a parfois détruit. Nous voyons se résorber des couches osseuses importantes, de gros ostéophytes, des cals exubérants; une faible partie seulement de certaines néoformations persiste pendant toute la vie. Des cicatrices adhérentes au nouvel os, compris en quelque sorte dans leur profondeur, nous rappellent pendant des années la marche des périostites les plus longues et les plus redoutables.

Nous arrivons maintenant à une autre variété: dans des conditions qui ne sont nullement rares, les exsudats ou les végétations inflammatoires se transforment; on a affaire alors à la périostite fibreuse. Des revêtements de un ou deux centimètres d'épaisseur, pauvres en vaisseaux, sont étroitement unis à l'os sous-jacent. Tandis que les produits des phlegmasies simples peuvent être détachés sans peine avec le manche du scalpel, ceux-ci s'enlèvent difficilement, même avec l'élévateur. Quand le processus, éminemment chronique, dure pendant des années, il n'est pas rare qu'il gagne les tissus du voisinage et donne naissance à des complications funestes, car il existe une véritable solidarité entre l'os d'un côté, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau de l'autre. Presque toujours la maladie primitive ayant eu son point de départ dans l'os, le périoste n'est pris que secondairement; en règle générale, une diathèse telle que la tuberculose ou la scrofule est l'origine de tout. On trouve plus tard, quand on veut enlever des portions cariées, ces épaississements dont nous venons de parler. Je les ai rencontrés encore à la suite des grandes ulcérations chroniques du pied ou des malléoles.

Les syphiliologues décrivent une périostite spécifique qui me paraît caractéristique. Elle se montre de préférence sur les os superficiels comme ceux du crâne, comme le tibia, la clavicule, le cubitus, etc.; elle donne lieu à ces petites tumeurs hémisphériques, d'une consistance plus ou moins élastique, connues sous le nom de *gommes* ou de *tophus* et contenant un liquide ordinairement jaunâtre ou rougeâtre, mais parfois gris ou bleuâtre. Quand elles datent de longtemps, l'os sous-jacent est plus ou moins altéré. On trouve à sa surface une cavité peu profonde, limitée par un rebord saillant; le périoste du voisinage paraît épaissi et fortement vascularisé. Le diagnostic de cette maladie ne présente d'ailleurs aucune difficulté. Il est rare qu'il n'y ait pas en même temps qu'elle des manifestations sur la peau ou les muqueuses. De plus les commémoratifs révèlent l'existence de douleurs ostéocopes en même temps que le siège des tumeurs nous renseigne presque avec certitude sur leur nature.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 octobre 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet un exemplaire de la statistique médicale de l'armée pendant l'année 1876.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend: 1° une lettre de remercîments de M. le docteur Saugeot, lauréat de l'Académie; 2° une lettre de M. Trasbot, professeur à l'école d'Alfort, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire; 3° une lettre de M. le docteur Gaubert, de Salelles (d'Aude), accompagnant l'envoi d'un mémoire sur Bagnères de Bigorre et sur une méthode curative et préventive des maladies, de la phthisie en particulier; 4° une lettre de M. le docteur Lambron (de Bagnères de Luchon), accompagnant l'envoi d'un pli cacheté; 5° un pli cacheté déposé par M. Roumegous. (Accepté.)

PRÉSENTATIONS

M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY, au nom de M. le docteur Barety (de Nice), présente une brochure intitulée: *Sur un nouveau bruit de souffle pulmonaire.*

M. ROCHARD, au nom de M. Béranger-Féraud, membre correspondant, présente un volume intitulé: *De la fièvre jaune à la Martinique.*

M. CHAUFFARD, au nom de M. le docteur Bourgnet (d'Aix), offre en hommage une brochure intitulée: *Étude sur les grandes épidémies qui ont régné en Provence.*

LECTURES

M. RAMES (d'Aurillac), lit un travail intitulé: *Aperçu sur le fonctionnement du système nerveux.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Vulpian et Armand Moreau.

M. POGGIALE, au nom de la commission des eaux minérales, lit la première partie d'un rapport général sur le service médical des eaux minérales pendant l'année 1876.

Calculs intestinaux du cheval. — M. COLIN, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques spécimens de calculs intestinaux de provenance très-certaine, avec quelques réflexions sur le lieu et le mode de développement de ces concrétions. Son but est d'établir deux faits importants, savoir:

1° Les calculs intestinaux du cheval et des autres solipèdes, au lieu de prendre naissance, comme on l'a cru, dans des régions diverses du tube intestinal, se développent en un seul point rigoureusement déterminé,

2° C'est en abandonnant ce point où leur séjour peut être prolongé sans inconvénients sérieux qu'ils déterminent des coliques le plus souvent mortelles.

En jetant un coup d'œil sur le gros intestin du cheval, sur ses grosses dilatations, ses grandes cellules séparées par de légers replis, on s'imaginerait que les concrétions peuvent se former indifféremment dans toutes, dit M. Colin. Il n'en est rien. Une seule de ces dilatations, appelée diaphragmatique ou gastro-diaphragmatique, est le siège de formations calculeuses. Les raisons principales sont la déclivité de cette région, son ampleur considérable et cette circonstance que c'est dans cette dilatation que se rassemblent et s'arrêtent tous les corps étrangers introduits avec l'eau ou les aliments. Enfin, c'est dans cette même dilatation que les liquides intestinaux, concentrés par suite de l'absorption de l'eau, sont le plus chargés de matières salines, notamment de phosphate de chaux et de magnésie.

Le calcul paraît se former comme les incrustations sur les corps étrangers dans une fontaine pétrifiante ou comme les cristallisations dans les dissolutions salines concentrées.

On peut, sans grande difficulté, reproduire les calculs dans l'intestin même, pourvu qu'on place l'animal dans les conditions où ils naissent spontanément. Il suffit de faire avaler au cheval des cailloux ou des billes de marbre non polies et de lui donner une suffisante quantité d'avoine. Les billes, qui ne s'arrêtsnt pas dans le cœcum, arrivent à la courbure diaphragmatique où leur surface se couvre bientôt de dépôts calculeux.

La courbure diaphragmatique du colon est si bien le lieu de développement des calculs que, si, sur un cheval, on rencontre plusieurs calculs, tous se trouvent rassemblés au même point. Ils se

trouvent même si rapprochés qu'ils s'usent réciproquement dans leurs points de contact.

Tant que les calculs demeurent dans ce nid, ils ne mettent pas obstacle au cours des matières alimentaires ni ne troublent d'une manière très-notable les fonctions digestives. Aussi peuvent-ils y séjourner des années sans faire soupçonner leur existence.

Voilà un premier point que M. Colin considère comme établi. Toutes les observations qu'il a faites en vingt années, sur plusieurs milliers de chevaux, ne laissent aucun doute à cet égard.

Un second point reste à établir, c'est que, sauf le cas où le calcul très-volumineux finit par rétrécir trop fortement la lumière du colon, tous les accidents produits par le corps étranger résultent de sa sortie du nid, de ses migrations dans les régions plus postérieures et plus étroites de l'intestin.

Une raison capitale rend ces déplacements difficiles. Le renflement gastro-diaphragmatique conserve le calcul dans sa position déclive; pour rétrograder, le calcul aurait à lutter contre les mouvements péristaltiques de l'intestin, contre le courant des aliments et à monter vers le bassin; il ne rétrograde pas. Pour avancer, il a à monter encore davantage, presque verticalement, du niveau du sternum à celui du dos ou des lombes. Mais si, par occasion, l'animal couché vient à se mettre sur le dos, le haut du renflement gastrique se trouve en bas, et ainsi le calcul tombe à la région lombaire par le fait de son poids souvent très-considérable. Là il entre dans l'entonnoir terminal du gros colon, attaché sous le rein gauche, et il tend à pénétrer dans le colon flottant, où il s'arrête en raison du rétrécissement et des replis de cet intestin. Engagé là, il barre le passage aux matières excrémentitielles, même aux gaz, et fait naître des coliques plus ou moins violentes et caractéristiques. Ce déplacement peut être reconnu sur l'animal vivant, en engageant le bras dans le rectum de manière à amener la main sous le rein gauche. En refoulant le calcul par une pression énergique, il est possible de le ramener dans la grande dilatation et de conjurer ainsi les suites habituellement mortelles des coliques calculeuses.

M. Colin présente un énorme calcul qu'il a trouvé précisément dans ce point sur un cheval dont les coliques ont duré plusieurs semaines avant de se terminer par la mort. Le rectum et le colon flottant étaient vides, l'animal ne rendait rien. Les élèves chargés de l'autopsie ne trouvèrent pas d'abord le calcul, faute d'avoir déroulé les anses intestinales. Du premier coup de couteau, M. Colin mit à nu une concrétion du volume d'un œuf d'autruche, présentant à l'intérieur la constitution des égagropiles et à l'extérieur offrant deux coques solides très-distinctes et de nature calculeuse.

Il y a donc, en résumé, une région intestinale dans laquelle les calculs se forment et séjournent sans déterminer de troubles bien sensibles, et des régions où ces calculs, par l'action de causes diverses, provoquent des accidents graves, souvent mortels. C'est faute d'avoir distingué le lieu d'évolution des calculs du lieu où ils parviennent lors de leurs déplacements qu'on a décrit des calculs de provenances très-variées, des calculs du cœcum, du gros colon, du colon flottant, en rendant ainsi inintelligibles un grand nombre de particularités de leur histoire. Peut-être un jour fera-t-on une distinction analogue pour les entérolithes de l'homme, que M. Colin dit se trouver indifféremment dans toutes les régions intestinales.

COMMUNICATIONS

Nouvelle méthode d'étude de la moelle. — M. le docteur ARMAND PAULIER présente des moelles d'animaux préparées d'après une nouvelle méthode à laquelle il donne le nom de *méthode de dissection chimique*. Son procédé consiste à faire macérer la moelle dans une solution composée de cinquante parties d'*eau* pour une partie de *bichromate de potasse* et deux parties de sulfate de cuivre. Au bout de huit à dix jours, la moelle, d'un jaune plus ou moins verdâtre, est plongée, pendant deux ou trois jours, dans une solution au centième d'*acide sulfurique* ou mieux d'*acide chlorhydrique*. Cet acide la décolore, mais lui donne souvent une consistance savonneuse qu'on fait disparaître en mettant la moelle pendant douze heures environ dans une solution de *chloral* au centième.

Au sortir de ces diverses préparations, la moelle a une teinte d'un blanc plus ou moins bleuâtre; elle est ferme, résistante, suffisamment élastique et se laisse manier avec facilité. Elle est alors à point, et l'on peut la diviser en fragments dans toute sa longueur ou la soumettre à d'autres réactifs chimiques.

Dans les cas où la séparation des fragments présente des difficultés, on la plonge pendant quelques heures dans un mélange de *glycérine* et d'*eau* à parties égales: la moelle prend une coloration plus foncée, mais en même temps une consistance plus élastique qui permet de la séparer plus facilement en fragments et surtout d'isoler la substance blanche de la substance grise. Il suffit ensuite de la plonger dans l'*eau pure* pour que le lendemain la moelle ait repris sa coloration et sa consistance primitives.

Ce procédé s'applique surtout à la préparation des moelles d'animaux (cheval, bœuf, veau, mouton); pour les moelles humaines les résultats sont moins nets, moins satisfaisants, et l'auteur se propose de modifier sa méthode.

Telle qu'elle est, elle permet actuellement: 1° de diviser, dans toute la longueur de la moelle, la substance blanche en fragments, en cordons, plus ou moins déliés; 2° de séparer presque complètement la substance blanche de la substance grise; 3° d'isoler les cornes postérieures qui apparaissent en relief sur toute la longueur de la moelle sous forme de deux minces colonnes tranchant par leur teinte d'un gris jaunâtre sur la coloration plus pâle de la substance blanche.

L'auteur pense qu'il y a là le point de départ d'une série de recherches qui permettraient d'étudier la moelle dans *son ensemble* pendant que le microscope en étudierait les éléments dans leurs rapports intimes.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 octobre 1878. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Spermatogenèse. — M. MATHIAS fait sur ce sujet une communication d'où il résulte: 1° que le nom de spermatoblaste ne doit pas être donné à la grande cellule mère, mais bien à chacun des prolongements qui partent de cette cellule et auxquels on a donné, pour cette raison, le nom de cellules-filles; 2° que la tête du spermatozoïde se forme, non pas, comme on l'a cru jusqu'ici, aux dépens du noyau de chacune de ces cellules, mais bien aux dépens d'un corps particulier.

Tracés indiquant les mouvements du tympan. — M. GELLÉ continue ses études de la motilité et de l'élasticité du tympan au moyen de la méthode graphique.

Il s'est appliqué à mesurer le maximum de déplacement dont le tympan est susceptible à l'état sain. C'est ainsi qu'ayant pris la somme de ses tracés graphiques de l'épreuve dite de Valsalva, il a pu fixer une moyenne de 3 millimètres, répondant à un levier enregistreur et amplificateur de 25 centimètres, comme hauteur habituelle du *trait initial* qui indique le déplacement du tympan vers l'extérieur. Cela donne une course de 1/10 de millimètre en chiffre rond pour la cloison tympanique elle-même. A l'état sain, c'est la limite du mouvement. Chose curieuse, il résulte des travaux d'Helmoltz sur les déplacements de l'étrier que cet osselet ne serait susceptible de s'enfoncer que de 1/10 de millimètre dans le labyrinthe.

Tout l'appareil conducteur du son est donc mobile d'une quantité égale et limitée à 1/10 de millimètre. Au delà, c'est l'état pathologique. En effet, on se rappelle les expériences de Savart et Wollaston, qui ont constaté que la tension du tympan (par l'épreuve de Valsalva) obscurcissait l'oreille, surtout pour les sons graves. Nous savons maintenant par le tracé et sa mesure qu'il se produit une tension maximum de de 1/10 de millimètre dans ce cas.

Une tension de 1/10 de millimètre suffit donc à diminuer la portée de l'ouïe et à altérer l'audition.

Quel état pathologique de l'oreille, si minime soit-il, ne pourra causer un si faible déplacement, et par suite, la surdité? Ces tensions pathologiques sont rendues évidentes par les tracés, et leurs proportions seront facilement appréciées en les comparant aux mesures de l'état sain.

De la tuberculisation chez les singes. — M. BOCHEFONTAINE a fait l'autopsie d'un singe et n'a trouvé aucune trace de tuberculisation. Ce singe avait succombé à une typhlite. Le cœur était distendu par une énorme bouillie alimentaire qui n'était certainement pas étrangère à la production de la typhlite.

Influence des agents physiques sur les nerfs périphériques. — M. ONIMUS fait, sur ce sujet, la communication suivante :

Les excitations mécaniques et les agents thermiques donnent souvent chez les hystériques les mêmes résultats que les applications de métaux, c'est-à-dire que la production de légers courants électriques. Cela démontre d'une façon très-nette que, dans toutes ces modifications de l'hémianesthésie, de l'achromatopsie et de la contracture, il s'agit principalement de changements méloculaires des nerfs périphériques.

Le simple choc ou plus exactement des vibrations très-rapprochées et très-courtes peuvent également déterminer les mêmes modifications sur les nerfs périphériques dans ces cas d'hystérie. La lésion semble donc être uniquement une sorte d'engourdissement dans la conductibilité des nerfs périphériques. Ces différents agents viennent pour ainsi dire secouer le nerf et le forcer à vibrer. Comme nous l'avons dit dans l'article *Contracture*, il y a pour les nerfs comme pour les muscles un état intermédiaire entre la santé et la maladie réelle, dont la seule lésion est la lenteur et le défaut de la modalité vibratoire.

Sur les nerfs des sens, nous avons des exemples même plus caractéristiques de ces impressions diverses des nerfs périphériques, car c'est ainsi qu'un choc, un coup porté sur le front déterminent la sensation de phosphènes, aussi bien qu'un courant électrique même assez faible. Il en est de même pour l'ouïe, où les courants électriques produisent des bruits particuliers, qui diffèrent un peu selon la nature du courant, mais qui ressemblent aux bourdonnements provoqués par d'autres causes.

Il est même très-utile de rapprocher ces phénomènes de ceux signalés récemment à l'Académie des sciences par M. Hirn. Une barre de fer peut être échauffée instantanément de plus de 30° par la chute d'un marteau, et, au bout d'une seconde, la température initiale réapparaît. Il ne s'agit pas, il est vrai, d'un échauffement réel et ordinaire, mais d'un phénomène absolument subjectif. — Les vibrations sonores ont, par leur rapidité, ébranlé les nerfs cutanés et donné lieu à la sensation de chaleur.

Ces faits démontrent dans tous les cas que les vibrations de différentes sources de mouvement appliquées sur les nerfs périphériques donnent lieu aux mêmes sensations; et c'est d'une façon subjective que tous ces excitants, les courants électriques et surtout ceux de tension, les vibrations d'un diapason, les agents thermiques, peuvent, quand le système nerveux est dans un état normal, produire des phénomènes analogues.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le budget du Ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts présente, pour l'exercice 1879, une augmentation de 577,000 francs en faveur des Facultés de médecine. Cette augmentation est répartie comme suit :

Augmentation de 2,000 fr. de traitement pour trente professeurs de la Faculté de médecine de Paris.	60,000 fr.
Création d'une chaire de maladies des enfants à la Faculté de médecine de Paris	15,000
Création d'une chaire d'ophthalmologie à la même Faculté.	15,000
Complément de crédit pour la Faculté de médecine de Lille	45,000
Reconstruction de l'École pratique à Paris (augmentation)	442,000

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Weill, Hyvernat, Gangolphe, Vesselle, Marangos, Figuet, Blanc, Édouard, Chevalier, Bailly, Royer et Guerr.

MM. Magnanon, Bernay, Loison, Bordet sont nommés internes provisoires.

— *Hôpitaux de Nancy.* — M. Rohmer est nommé interne ; M. Frédéric Weiss est nommé interne provisoire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Guilbert, adjoint au maire du 10e arrondissement, ancien président de la Société de secours mutuels de la Porte Saint-Denis, ancien médecin du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement, chevalier de la Légion d'honneur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Membrane muqueuse des fosses nasales, par le docteur RÉMY. In-8°, avec 6 figures dans le texte et 2 planches. — Prix : 3 fr. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie, par le docteur BALZER. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaie et Ce.

De l'Action physiologique et thérapeutique de l'ergot de seigle. Étude expérimentale et clinique, par le docteur PETON. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

De la Physiologie pathologique de la fièvre typhoïde et des indications thérapeutiques qui en dérivent, par le docteur DUBOUÉ. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 125. — SAMEDI 26 OCTOBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 26 OCTOBRE 1878. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT : POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du palper abdominal et de la version par manœuvres externes.

Quand on assiste à une visite de la clinique d'accouchement et qu'on y voit journellement dresser les élèves au palper abdominal, pour en déduire le diagnostic des présentations et des positions, à la pratique de la version par manœuvres externes et à l'application des procédés mécaniques propres à maintenir, jusqu'à la fin de la grossesse, l'accommodation artificielle ainsi obtenue, on se prend à éprouver une de ces surprises que la science et la pratique ménagent de temps en temps à nos esprits trop souvent prévenus ou distraits. Comment, en effet, se demande-t-on, n'avait-on pas songé plus tôt à utiliser ce moyen si simple de diagnostic, et à tirer parti de la mobilité que présente encore le fœtus avant son engagement définitif pour corriger ses positions vicieuses? Sans doute, ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on pratique le palper abdominal. Le premier accoucheur a dû le pratiquer, et tous y ont eu plus ou moins recours, ne fût-ce que pour reconnaître la grossesse. Mais il faut arriver jusqu'aux premières années de ce siècle pour voir faire concourir, pour la première fois, l'exploration abdominale au diagnostic de la présentation et de la position et pour voir formuler les règles du palper et des manœuvres externes. C'est en Allemagne d'abord, par Wigand, en Belgique par Hubert, de Louvain, en France par M. Mattei, que sont enseignés les premiers préceptes de cette pratique. M. Mattei, à qui nous nous plaisons à rendre ici publiquement cette justice, peut-être un peu tardive, le premier en France, s'est livré avec plus de conviction et de zèle que de succès de propagande à l'étude du palper et des signes précieux qu'on en peut tirer pour le diagnostic. Il a consigné les résultats de ses utiles recherches dans son *Traité de l'accouchement naturel*, publié en 1855, dans des communications à l'Académie de médecine, à des sociétés médicales et à la presse. Un de ses élèves, en 1859, a soutenu une thèse sur le *Palper abdominal appliqué à l'étude de la grossesse*, et montré tout le parti que son maître savait en tirer. Cependant le palper abdominal n'entrait pas encore dans la pratique commune; il était à peine mentionné de temps en temps et comme en passant dans quelques-uns des ouvrages et des mémoires d'obstétrique publiés depuis cette époque, et était à peu près complètement exclu de l'enseignement officiel, où l'on concédait tout au plus qu'il pût être mis accessoirement à contribution, comme un auxiliaire du toucher et de l'auscultation. Ce n'est que depuis que M. le docteur Ad. Pinard, appelé à remplir les fonctions de chef de clinique dans le service d'accouchements, y a importé le résultat des longues et persévérantes études qu'il a faites sur ce sujet depuis 1873 à la Maternité, d'après les conseils et sous l'habile direction de M. Tarnier, qui lui-même se servait déjà depuis quelque temps de ce mode d'exploration, que la méthode du palper abdominal et des manœuvres externes est véritablement entrée, chez nous, dans le domaine commun de l'enseignement et de la pratique.

Muni aujourd'hui d'un immense faisceau de faits et d'expériences recueillis sur des milliers de femmes enceintes, grâce à un heureux concours de circonstances qui l'a placé dans des milieux favorables à ce genre d'étude, M. Ad. Pinard vient d'en réunir et d'en condenser les résultats dans un livre qui ne peut manquer de vulgariser promptement la méthode (1). C'est à ce livre, où l'on trouvera en même temps une excellente étude clinique de la loi d'accommodation du fœtus et des causes des diverses présentations, préliminaire indispensable d'une étude rationnelle des conditions qui réclament les manœuvres externes, que nous allons emprunter la description des procédés du palper, de la version céphalique et du maintien, par la contention, de la présentation artificiellement obtenue. L'importance du sujet justifiera suffisamment aux yeux de nos lecteurs l'étendue que nous allons donner à cet article, qui suffira à notre Revue d'aujourd'hui.

Règles du palper abdominal.

Pour pratiquer le palper, la femme doit être couchée, revêtue seulement de sa chemise. Le décubitus doit être aussi horizontal que possible, la tête reposant sur le traversin seulement ou sur un seul oreiller. Les membres inférieurs doivent rester étendus et tenus légèrement écartés, la région abdominale découverte depuis le pubis jusqu'au niveau de la région épigastrique.

(1) *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes*, 1 vol. in-8°, Paris, 1878. H. Lauwereyns.

L'explorateur placé, soit à droite, soit à gauche de la femme, mais à peu près à la hauteur de l'ombilic, après s'être rendu compte de l'épaisseur de la paroi abdominale, commencera tout d'abord par l'excavation. Il cherchera le pubis et ses branches horizontales pour s'assurer un point de repère, indispensable pour apprécier le degré plus ou moins prononcé de l'engagement de la région fœtale. Plaçant les mains à 5 ou 6 centimètres à droite et à gauche de la ligne médiane, l'extrémité des doigts en rapport avec l'arc antérieur du bassin, on déprime la paroi abdominale de haut en bas et d'avant en arrière, en rasant les branches horizontales du pubis. Deux sensations peuvent être prévues : ou bien les doigts éprouvent une sensation de résistance résultant de la rencontre d'un corps dur, volumineux et arrondi et qui remplit l'excavation, ou bien, au contraire, ils ne rencontrent qu'une résistance fournie par les parties molles, qui permet de les enfoncer plus ou moins bas. Dans le premier cas ce ne peut être que l'extrémité céphalique, et comme le palper est pratiqué avant le début du travail, c'est-à-dire avant la production des contractions seules capables de faire engager l'extrémité céphalique défléchie, ce ne peut être que l'extrémité céphalique fléchie, le sommet.

De cette première constatation découle cette déduction importante que la présentation est celle du sommet et que cette présentation est fixe et définitive.

Un second point à résoudre alors est celui de la position. Quand le sommet est engagé, toujours la tumeur céphalique est plus accessible, plus saillante d'un côté que de l'autre. Cette portion plus saillante et plus élevée est le front. Est-elle perçue à droite, c'est à une position gauche que l'on a affaire; est-elle perçue à gauche, c'est une position droite.

L'extrémité inférieure de l'ovoïde fœtal reconnue, il faut chercher l'extrémité supérieure, qui se rencontrera presque toujours au fond de l'utérus, soit directement sur la ligne médiane, soit inclinée à droite ou à gauche. Cette extrémité donne la sensation d'un corps volumineux, irrégulier et d'une consistance moindre que celle fournie par la tête, et, de plus, s'accompagnant souvent des extrémités pelviennes.

Dans le cas où les caractères déduits de la forme et de la situation du front n'auraient pas été assez nettement perçus pour faire déterminer la position, l'exploration de l'extrémité de l'ovoïde fœtal supérieur constitué par le siège peut y aider, par la recherche de la situation et de la direction du dos. Ou bien le dos est en avant et on peut assez aisément le circonscrire, ou bien il est en arrière et l'on ne perçoit alors que l'un des plans latéraux. L'exploration de la paroi abdominale, du côté opposé à celui où l'on a constaté la présence du dos ou de l'un des côtés du tronc, fournit un terme de comparaison qui permet le plus souvent de rectifier ou de compléter la valeur de la première sensation perçue.

L'excavation a-t-elle été trouvée vide, on perçoit dans ce cas la présence de l'extrémité inférieure de l'ovoïde fœtal, soit au-dessus de l'aire du détroit supérieur, soit dans l'une des fosses iliaques. Sur des milliers de femmes que M. Pinard a pu examiner, deux fois seulement les deux extrémités du fœtus correspondaient aux flancs maternels; chez toutes les autres, où il avait rencontré l'excavation vide, le pôle fœtal inférieur se trouvait, soit directement au-dessus de l'aire du détroit supérieur, soit dans l'une ou l'autre fosse iliaque. Les deux extrémités trouvées, il n'est pas difficile de trouver celle qui est constituée par la tête. Aux signes physiques qui la font aisément reconnaître se joint un autre signe, le ballottement qu'on perçoit lorsqu'on imprime à la paroi abdominale en rapport avec l'extrémité céphalique une impulsion un peu brusque. La présentation ainsi déterminée, la recherche du dos permet alors de faire le diagnostic de la position.

On trouvera, dans autant de chapitres distincts, la description avec détails des sensations fournies par le palper dans la présentation, les positions et variétés de position du sommet, de la face, du siège, du tronc, celle des signes des grossesses multiples (on trouvera entre autres, dans ce dernier chapitre, une observation de grossesse triple diagnostiquée à l'aide du palper du cinquième au sixième mois et sept semaines avant l'accouchement); la description des sensations fournies par le palper dans les cas de grossesse compliquée d'hydropisie de l'amnios, et de celles que fournit le palper quand le fœtus est mort et macéré.

Nous avons hâte d'arriver au point le plus important, aux moyens de fixer et d'engager la tête fœtale dans la dernière période de la grossesse et de transformer définitivement la présentation de l'épaule et du siège en présentation du sommet, en un mot à la version par manœuvres externes, qui devait être naturellement la déduction et la sanction pratique des éléments de diagnostic fournis par le palper abdominal.

Version par manœuvres externes.

Pour la version par manœuvres externes, comme pour le diagnostic par le palper abdominal, c'est encore à Wigand, à Hubert et à M. Mattei principalement, qu'il faut également faire remonter le mérite des premières tentatives et des premiers résultats heureux. M. Pinard leur rend à cet égard toute la justice qui leur est due. Mais c'est encore à notre jeune confrère qui a su si bien utiliser les recherches de ses devanciers et les féconder par son expérience personnelle et ses études assidues de cette pratique, que nous allons demander la description du manuel opératoire de la version par manœuvres externes.

Pour pratiquer l'opération, la femme doit être placée comme pour l'exploration. La tête est-elle en haut et le siège en bas, le premier temps de l'opération consiste à mobiliser le fœtus.

Chez les multipares généralement, dit M. Pinard, cela est facile, les deux extrémités étant le plus souvent accessibles et la laxité des parois abdominales antérieures permettant de mobiliser le fœtus en totalité. Les deux extrémités étant mobilisées, les mains appliquées sur elles exercent des pressions lentes et soutenues, de façon à faire remonter le siège et à faire descendre la tête. Les pressions exercées sur l'extrémité pelvienne ont toujours paru plus efficaces que celles exercées sur l'extrémité céphalique.

Chez les femmes primipares, surtout à une période rapprochée du terme, on éprouve plus de difficultés; les deux extrémités peuvent être dissimulées et n'offrir qu'une prise imparfaite aux mains de l'opérateur. Tantôt la tête est plus ou moins profondément engagée sous les fausses côtes, et il faut alors chercher à la déplacer, soit en l'abaissant latéralement, soit en déplaçant le siège; d'autres fois elle est préhensible, mais c'est l'extrémité pelvienne qui, se présentant d'aplomb au niveau de l'aire du détroit supérieur, proémine légèrement dans l'excavation. Il est nécessaire alors, pour rendre cette extrémité accessible, de la soulever légèrement à l'aide du doigt introduit dans le vagin.

En général, chez les primipares, les pressions doivent être plus soutenues, plus prolongées; encore n'y réussit-on pas toujours. Témoin le fait d'une femme enceinte de huit mois

et demi, du service de la Maternité, chez laquelle M. Tarnier, ayant reconnu une présentation du siège, essaya en vain de pratiquer la version par manœuvres externes. Ayant essayé à son tour, M. Pinard ne fut pas plus heureux. La paroi abdominale chez cette femme était très-épaisse et constamment tendue. M. Tarnier, afin d'obtenir le relâchement de cette paroi, fit donner du chloroforme jusqu'à résolution complète, et dans cet état ils ne purent ni l'un ni l'autre faire évoluer l'enfant.

Quelles sont les indications et quel est le temps d'élection de l'opération?

Pendant la grossesse : 1° Dans tous les cas où, après huit mois de gestation, la tête occupe soit une des fosses iliaques, soit le segment supérieur de l'utérus, il est nécessaire de pratiquer la version céphalique par manœuvres externes.

Un fait recueilli dans le service de M. Tarnier montre combien, dans les présentations vicieuses, il est imprudent de compter toujours sur les ressources de la nature. Il s'agissait d'une présentation du plan latéral gauche. On pratiqua la version par manœuvres externes et on appliqua la ceinture (dont nous allons parler tout à l'heure). Mais, cette ceinture ayant été supprimée prématurément, la présentation de l'épaule se reproduisit, et il fallut avoir recours à la version podalique. Depuis l'époque où ce fait s'est passé, M. Pinard n'a observé qu'un seul cas de présentation de l'épaule qui fut confié incomplètement aux soins de la nature : dans tous les autres cas, l'intervention eut toujours un plein succès.

Loin que l'insertion vicieuse du placenta soit une contre-sndication à la version par manœuvres externes, M. Pinard considère cet accident comme une indication formelle, se fondant en cela sur un cas d'insertion marginale du placenta ayant déjà amené trois fortes hémorrhagies, avec présentation de l'épaule gauche, dans lequel la version et la ceinture ont eu pour double résultat la cessation des hémorrhagies et l'accouchement par le sommet.

Les contre-indications de la version céphalique par manœuvres externes sont peu nombreuses. Il n'y en a véritablement qu'une seule dont la source est tantôt maternelle, tantôt fœtale, et qui le plus souvent procède des deux organismes. C'est le défaut de mobilisation. Le défaut de mobilisation peut se rencontrer : dans les cas de grossesses multiples; dans la variété franche et fixe des présentations du siège, dans les derniers temps de la grossesse, surtout chez les primipares, après quelques tentatives infructueuses; dans les cas de présentation de l'épaule, alors qu'il y a malformation utérine; dans les cas où la mobilisation du fœtus ne peut être obtenue, soit parce que, les membranes étant rompues, la quantité de liquide amniotique est insuffisante pour maintenir la dilatation de la cavité utérine et favoriser le glissement, soit encore par suite de la fréquence des contractions.

Méthode pour maintenir définitivement les transformations de présentations vicieuses en présentation du sommet.

Transformer les présentations vicieuses en présentations normales, notamment les présentations de l'épaule et du siège en présentation du sommet, c'était déjà une belle partie du problème résolu ; il en restait toutefois une dernière à résoudre, c'était de maintenir la présentation obtenue pendant le cours de la grossesse jusqu'au moment du travail. Ce dernier point était d'autant plus essentiel que l'expérience a montré qu'il n'est pas rare, après les manœuvres heureuses de la version, de voir se reproduire la présentation vicieuse. C'est à cette dernière partie du problème que M. Pinard a surtout pris une part active.

Étant données, d'une part, la connaissance du mécanisme de l'accommodation du fœtus et de ses causes, d'autre part la connaissance de ce fait important prouvé par de nombreuses recherches cliniques et par la statistique, savoir : que la multiparité est de beaucoup la condition la plus ordinaire des mauvaises présentations et que la cause de ces mauvaises présentations n'est autre que la plus grande capacité qu'acquiert la cavité abdominale à chaque nouvelle grossesse et partant l'insuffisance de son adaptation aux parois mêmes de l'utérus, d'où la non-accommodation ou l'accommodation incomplète, M. Pinard en a conclu à l'utilité de donner dans ces circonstances à la paroi abdominale le ressort qui lui manquait, et à la paroi utérine le soutien qui lui faisait défaut. Telle a été l'origine de la ceinture qu'il a fait faire construire à cet effet. C'est une ceinture composée de trois pièces : une pièce droite et une pièce gauche formant le corps de la ceinture, une pièce intermédiaire formant le complément de la partie antérieure. Les parties postérieure et antérieure sont en coutil baleiné, réunies sur le côté par un tissu élastique, en arrière par des boucles avee courroies en tissu, servant à allonger ou à raccourcir la ceinture suivant l'ampleur de l'abdomen, et en avant lacées en croix à l'aide d'œillets ou crochets, etc.

Voici quelles sont les règles qui président à son application. Quand, chez une femme enceinte de huit mois, la tête n'est pas engagée dans l'excavation pelvienne, la ceinture doit être appliquée.

Lorsque la présentation est celle du siège ou de l'épaule, il faut pratiquer la version, ramener la tête en bas et appliquer immédiatement la ceinture.

Dans tous les cas où elle a été appliquée, cette ceinture a été parfaitement supportée; le plus souvent même, un soulagement, un bien-être marqués en ont été la conséquence. Jamais, affirme M. Pinard, il n'en est résulté aucun inconvénient ni pour la mère ni pour l'enfant. Elle peut être enlevée quand, avant le travail, la tête plonge dans l'excavation ; au moment de la dilatation complète seulement et après la rupture des membranes, quand la tête est restée au niveau du détroit supérieur.

Ainsi, on le voit, l'application de la ceinture n'est pas seulement utile après que l'on a pratiqué la version par manœuvres externes, mais même dans les cas où, à huit mois, bien que la tête soit en bas, il n'y a aucune accommodation pelvienne. M. Pinard pense qu'en sollicitant de cette façon l'accommodation complète pendant la grossesse, on peut faire disparaître les diverses procidences des membres et du cordon, ainsi que les présentations de la face.

Appuyé sur ces faits, M. Pinard se croit fondé à dire, et nous pensons à cet égard comme lui, qu'à l'avenir c'est un devoir pour tout médecin ou accoucheur de rechercher dans le dernier mois de la grossesse si l'enfant est accommodé, si la présentation est bonne, et, s'il n'y a pas de présentation ou si elle est mauvaise, d'y remédier par les procédés dont on vient de lire la description.

Dr Brochin.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Carré.

Paillette d'acier ayant séjourné neuf ans dans l'œil. Accidents consécutifs. Énucléation.

La pénétration d'un corps étranger dans l'œil détermine des accidents des plus variés. Tantôt elle occasionne une inflammation plus

ou moins vive qui se termine par la suppuration rapide du globe ou par son atrophie lente; tantôt le corps étranger est presque patiemment supporté : il contracte des adhérences, s'enkyste ou s'encroûte de sels calcaires, et l'œil conserve sa forme extérieure. Mais ses fonctions ne laissent pas que d'être troublées. Il survient des opacités dans les milieux, qui gênent considérablement la vision, ou un décollement de la rétine, qui la supprime tout à fait.

On conçoit très-bien que ce qui fait la différence d'un cas à un autre, c'est avant tout et tout d'abord le lieu où siège le corps étranger : ce sont les blessures de la région ciliaire qui sont les plus doulourenses et les plus dangereuses.

D'un autre côté, trop souvent, malheureusement, les lésions dont nous venons de parler ne s'arrêtent pas à l'œil blessé, et l'autre œil se prend à son tour. Ces accidents, dits sympathiques, surviennent d'ordinaire quelques jours après la blessure de l'autre œil; d'autres fois ils se font attendre longtemps, plusieurs années même, de sorte qu'on n'est jamais rassuré si l'on veut conserver quand même l'œil primitivement blessé.

Ainsi que nous l'avons dit, assez souvent les corps étrangers s'entourent d'une couche calcaire. Celle-ci présente quelquefois une dureté considérable. Dans certains cas, il s'agit même d'une véritable ossification.

La plupart du temps ces masses calcaires se développent aux dépens de la choroïde, et on les observe principalement quand le corps étranger s'est logé entre la sclérotique et la choroïde. Par elles-mêmes, elles constituent un nouveau danger pour l'œil. En s'élargissant de plus en plus, elles finissent par atteindre le corps ciliaire, et déterminent les accidents qui accompagnent l'irritation de celui-ci.

Quelquefois, quand elles sont situées dans une région du globe mal protégée par l'orbite, et accessible par conséquent à un corps contondant, elles peuvent, sous l'influence d'un choc extérieur, se rompre, se fragmenter, glisser dans la choroïde ou au travers : elles constituent alors autant de corps étrangers qu'il y a de fragments devenus libres. De là le passage à l'état aigu d'une affection qui présentait une marche essentiellement chronique. C'est ce qui est arrivé chez le malade dont voici l'observation :

Le nommé M..., âgé de vingt-sept ans, ouvrier tréfileur, demeurant à Maisons-Alfort (Seine), se présenta à ma clinique le 15 février 1878. De taille moyenne, très-brun, un peu maigre, il jouit d'une bonne santé, malgré quelques habitudes alcooliques. Il raconte qu'au mois de janvier 1869, en burinant de l'acier aux forges de Bigny (Cher), il eut l'œil gauche frappé par un petit éclat d'acier. Il ne put se rendre compte si cette pointe avait pénétré dans l'œil ou si elle n'avait fait que piquer la coque oculaire. Cet accident ne détermina tout d'abord qu'une douleur insignifiante, et n'altéra aucunement la vision. Le malade put continuer son travail le jour même et les jours suivants. Cependant la vision ne tarda pas à baisser du côté blessé. Elle diminua progressivement, et, au bout de quatre mois, cet œil, qui n'était pas douloureux, avait perdu toute perception quantitative, malgré les soins du docteur Clément, de Vallenay.

Les choses sont restées en l'état jusqu'au 31 janvier dernier. Ce jour-là, le malade reçoit dans cet œil, dans une usine de Maisons-Alfort, le choc d'un gros fil de fer. Le lendemain, il survient des douleurs sus-orbitaires, une injection vive de la conjonctive. Le docteur Gallois, de Maisons-Alfort, prescrit un purgatif, 4 sangsues derrière l'oreille et des lotions calmantes, traitement qui parvient à diminuer la douleur sans l'éteindre complètement. De temps à autre il se produit des poussées plus vives avec douleurs péri-orbitaires violentes, rougeur vive de la conjonctive et larmoiement abondant. Le malade consulte un spécialiste qui propose l'énucléation. Cette opération est refusée, et c'est alors que le malade se présente à notre examen.

Les douleurs accusées sont toujours très-aiguës, la conjonctive et le tissu épiscléral très-injectés, avec un cercle périkératique des mieux dessinés. Le globe est dur comme une bille de marbre. La cornée est transparente, mais l'humeur aqueuse est trouble. La chambre antérieure est profonde; cependant la pupille est très-étroite, et l'iris, qui n'offre pas de voussure et présente un aspect jaunâtre, semble avoir contracté une synéchie postérieure totale, ce qui ne laisse pas que de paraître paradoxal au premier abord, ainsi que nous le ferons remarquer plus loin. A la partie supérieure de la chambre antérieure, on remarque un petit exsudat blanchâtre qui paraît adhérer à l'épithélium de la cornée; à l'extrémité inférieure du diamètre vertical de celle-ci, quelques vaisseaux de formation nouvelle qui se relient aux vaisseaux épiscléraux.

L'examen le plus minutieux de la coque oculaire ne permet de reconnaître aucune cicatrice.

Quant à l'autre œil, il ne laisse rien à désirer : excellente acuité, bonne accommodation, pas de douleur. Il n'y a par conséquent aucune menace d'accident sympathique.

Il s'agissait évidemment ici d'une irido-choroïde s'accompagnant de poussées glaucomateuses, et il y avait tout lieu de croire à la présence d'un corps étranger qui devait avoir depuis longtemps occasionné un décollement complet de la rétine. L'énucléation est de nouveau proposée et énergiquement refusée. Dans le but de calmer momentanément ces douleurs, nous pratiquons alors la paracentèse de la chambre antérieure. Les douleurs cessent comme par enchantement, et le globe perd la dureté que nous avons signalée plus haut, pendant 48 heures. Mais alors les douleurs se réveillent très-vives, le globe redevient dur et la chambre antérieure profonde comme l'avant-veille. Nouvelle paracentèse suivie d'un nouveau soulagement. Trois jours après, retour douloureux. Le malade accepte enfin l'énucléation. Celle-ci est pratiquée d'après la méthode de Bonnet. Elle ne présente rien de particulier à signaler, sinon que la cavité orbitaire fut le siège d'une légère hémorrhagie quelques heures après l'opération. Cette hémorrhagie s'arrêta bientôt sous l'influence d'un pansement à l'alcool et d'un bandeau compressif.

Résultats de l'examen de l'œil énucléé. Le globe est fendu en arrière dans la direction du méridien vertical jusqu'à l'insertion de l'iris. On trouve la rétine complètement décollée, et réduite à l'état d'une pellicule qui flotte au milieu d'un liquide citrin remplaçant l'humeur vitrée. Celle-ci a presque tout à fait disparu. Il n'en reste plus qu'une petite masse qui s'est tassée en avant, a pris la place du cristallin dont on ne trouve plus de traces, et adhère à l'iris. On n'observe nulle part la moindre gouttelette de pus. A la partie supérieure et externe et dans le voisinage du corps ciliaire, on remarque un premier soulèvement de la choroïde, derrière laquelle on trouve un amas calcaire de la grandeur environ d'une lentille : ses bords sont irréguliers et déchiquetés. Une portion de cette petite masse est grisâtre, mais en l'écrasant on n'y découvre aucune parcelle métallique. Un peu plus bas, et toujours entre la choroïde et la sclérotique, on trouve un autre amas calcaire plus petit et d'une dureté presque osseuse. Cette seconde masse renferme le corps du délit, une paillette d'acier très-fine.

Cette agglomération de sels calcaires a dû autrefois faire corps avec la première. Elles présentent toutes les deux dans certains points la même coloration grise déterminée par l'oxydation de la paillette d'acier. Celle-ci s'est donc peu à peu entourée d'une croûte calcaire qui a pu séjourner longtemps dans l'œil sans occasionner de douleurs, tout en déterminant les désordres signalés plus haut. Sous l'influence d'un nouveau traumatisme, cette croûte s'est fragmentée, la portion la plus dure s'est détachée et a glissé dans la choroïde en déterminant les accidents aigus qui ont déterminé l'énucléation.

C'est ainsi, croyons-nous, que cette affection doit être expliquée, et il n'y a pas lieu de faire intervenir comme cause le décollement de la rétine qui quelquefois détermine des accidents analogues. Ce décollement existait, en effet, depuis plus de huit ans; il remonte à l'époque où toute perception quantitative a disparu. Malgré cela, l'œil est resté indolore. Pour faire évoluer les accidents signalés, il a fallu qu'un corps contondant vînt frapper l'œil et fragmenter la couche calcaire dont une portion a agi alors à la manière d'un corps étranger libre. Cette fragmentation, qui s'explique très-bien par le choc du fil de fer, ne pourrait guère s'expliquer autrement.

Comme nous l'avons fait remarquer, l'iris présentait une synéchie postérieure annulaire complète. Il s'est produit un excès de pression intra-oculaire, et cependant la chambre antérieure était profonde, sans voussure de l'iris. Au premier abord, cela paraît en contradiction avec la théorie généralement acceptée de l'origine et de l'écoulement de l'humeur aqueuse. On admet, en effet, que celle-ci est sécrétée par la face postérieure de l'iris et les procès ciliaires. De la chambre postérieure elle passe à travers la pupille dans la chambre antérieure, et est reprise par le canal de Schlemm et les veines ciliaires antérieures. Le docteur Leber a fait sur ce sujet des travaux très-intéressants. Et cependant il n'est pas très-rare d'observer une occlusion pupillaire complète avec conservation de la chambre antérieure. D'ordinaire celle-ci est diminuée de profondeur et la partie périphérique de l'iris présente une projection en avant qu'on appelle voussure, principalement du côté du grand cercle. Mais, dans certains cas, il n'existe aucune projection; on peut même observer une chambre antérieure d'une grandeur exagérée, mais il faut pour cela que le cristallin fasse défaut. Il vient de s'en présenter un cas remarquable dans notre clinique, chez un malade qui était affecté d'un kérato-globus avec divers accidents : décollement complet de la rétine, irido-choroïdite à forme chronique, résorption du cristallin. Chez ce malade, qui a été vu par notre excellent ami le docteur Gillet de Grandmont, il y avait une occlusion complète de la pupille, et cependant la chambre antérieure paraissait beaucoup plus profonde qu'à l'état normal, et la partie périphérique de l'iris ne présentait aucune voussure. M. Abadie, dans son Traité des maladies des yeux, fait allusion à des cas analogues. « Parfois, dit-il, cette adhérence totale du bord pupillaire ne produit aucune voussure; sans doute qu'alors la synéchie n'est complète qu'en apparence, et qu'il existe encore une communication, un pertuis au niveau du bord pupillaire entre la chambre antérieure et la chambre postérieure, ou de petites solutions de continuité dans le tissu iridien atrophié. » Telle est aussi l'interprétation à laquelle nous nous sommes arrêté jusqu'à présent. Ou la synéchie ne serait pas absolument complète, ou le liquide passerait à travers l'iris comme à travers un tamis. On peut, il est vrai, songer à un phénomène d'exosmose, mais l'exosmose ne paraît pas suffire à expliquer la formation d'une chambre antérieure sans voussure de l'iris.

Nous avons présenté, il y a deux ans, à la Société de médecine pratique, une jeune fille affectée de kératite syphilitique, chez laquelle il existait une synéchie annulaire complète en apparence, avec champ pupillaire très-étroit, rempli d'un exsudat. Et cependant, malgré diverses poussées glaucomateuses, la chambre antérieure s'était parfaitement maintenue. Comme l'iris avait conservé sa couleur normale, nous pensions qu'il n'était pas très-altéré, et nous inclinions à croire qu'il restait quelque communication entre les chambres. Dans les autres cas, au contraire, l'iris présentait un aspect jaunâtre anormal, et il était permis d'admettre un certain degré de désorganisation de sa trame.

Cependant ce ne sont là que des vues de l'esprit destinées à mettre certains faits bizarres d'accord avec une théorie qui paraît d'ailleurs très-raisonnable. Pour résoudre la question d'une manière expérimentale, il suffirait probablement de pousser derrière l'iris une injection colorée, sur un œil énucléé affecté de synéchie postérieure totale avec conservation complète de la chambre antérieure. Si l'injection pénètre dans celle-ci, c'est que l'iris ou la pupille la laisse passer, et alors l'interprétation dont nous avons parlé est exacte. Si l'injection ne passait pas, cette explication serait naturellement erronée, et alors il faudrait admettre que l'humeur aqueuse n'est pas uniquement sécrétée par la face postérieure de l'iris ou les procès ciliaires, mais qu'une partie provient de la face antérieure de l'iris. Nous nous proposons de faire, à la première occasion, la petite expérience dont nous venons de parler, et nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

REVUE DE LA PRESSE.

La question du repos chez les femmes pendant la menstruation, par Mary Jacoby (de New-York). — Il n'y a rien dans la menstruation qui implique la nécessité du repos chez les femmes dont la nutrition est normale. Bien plus, les habitudes de repos périodiques pourraient même devenir nuisibles en provoquant la cessation de l'activité musculo-nerveuse et en favorisant l'accumulation du sang dans les organes contenus dans la cavité pelvienne, et produisant par suite l'hyperémie de ces organes. Les faits recueillis par l'auteur démontrent d'une façon péremptoire que le repos n'est ni nécessaire ni même désirable *chez les femmes dont la nutrition est normale.*

Mais les conditions de l'existence actuelle des femmes ne sont pas favorables à une bonne nutrition générale. Ainsi, sur le nombre total des observations de l'auteur, 46 pour 100 avaient une dysménorrhée plus ou moins intense qui se traduisait par des douleurs pendant l'écoulement menstruel. Chez celles-ci seulement le repos est nécessaire, et l'auteur conseille un repos complet ou partiel à toutes les femmes qui éprouvent des douleurs menstruelles et dont la nutrition est défectueuse. Ce repos doit évidemment être combiné avec un traitement approprié. (*Gaz. hebd.*)

Lotions contre les crevasses du mamelon (Buttler).— Quand les crevasses du mamelon ne sont point occasionnées par une maladie constitutionnelle, on les lotionne abondamment avec de la teinture de benjoin, et la guérison a lieu dans l'espace de cinq à dix jours. Les premières applications sont seules douloureuses. La teinture de benjoin forme un vernis à la surface des crevasses et les protège pendant la succion. Ce mode de traitement a l'avantage de ne point interrompre l'allaitement. (*Gaz. obstétr.*)

Localisations cérébrales. — Le professeur Chapplain (de Marseille) publie une observation de blessure par arme à feu de la région frontale droite dans laquelle il a constaté l'abaissement de la commissure labiale, la paralysie des muscles de la joue du côté gauche ainsi qu'une grande difficulté pour sortir la langue. L'autopsie démontra que la substance grise intéressée sur la face externe de l'hémisphère droit était située à la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante. Or c'est là précisément que Ferrier a démontré qu'existaient le centre excito-moteur des élévateurs de la mâchoire et le centre des mouvements des lèvres et de la langue. (*Marseille médical.*)

Hémorrhagie et hydrorrhée pendant les derniers mois de la grossesse, par Adèle Lingerie, élève sage-femme de la Maternité de Montpellier. — Chez une femme âgée de vingt ans, primipare, on observa, au huitième mois de la grossesse, des écoulements sanguins, qui se répétèrent à trois reprises différentes, et qui avaient fait craindre une insertion vicieuse du placenta, qui ne fut pas reconnue dans la suite.

Trois semaines avant l'accouchement, cette femme sentit subitement du malaise dans le bas-ventre, et, étant à l'église, perdit une grande quantité de liquide. L'écoulement, quoique plus léger, se continua pendant toute la journée, avec de petites douleurs, mais l'orifice interne du col était complètement fermé, et tout se calma.

L'accouchement survint trois semaines après; on constata que le placenta était très-développé, et n'était pas en rapport avec la petitesse du fœtus. En examinant la surface utérine des membranes, on remarqua quelques points au pourtour de la circonférence du placenta où le chorion et la caduque faisaient défaut; l'un de ces points était dans l'épaisseur du tissu placentaire.

Le liquide écoulé, extra-amniotique, a-t-il transsudé à travers la membrane amnios? Mauriceau et Capuron ont admis cette opinion. Le décollement du placenta par ce liquide explique les hémorrhagies qui sont survenues. Rien ne prouve d'ailleurs que l'amnios ne possède pas la faculté de sécréter sur ses deux surfaces, surtout lorsque le chorion manque sur quelques points. (*Gazette obstétr.*)

Hygiène scolaire : à propos des maladies transmissibles. — Le docteur Bertherand signale que la Société médicale de

Suffolk (États-Unis) a fait récemment une enquête à la suite de laquelle elle admet que la diphthérie peut se propager par contagion pour les enfants qui assistent aux enterrements de personnes mortes de cette maladie. L'auteur conseille, en mettant toute exagération de côté, de ne pas conduire en foule à ces cérémonies les enfants des écoles, comme on le fait trop souvent. (*Journ. de méd. de l'Algérie.*)

Du traitement du mal de Pott et de la scoliose par la suspension et le bandage plâtré. — M. Duplay fait connaître la pratique du professeur Sayre, de New-York (congrès de Manchester).

Cette méthode est appelée à donner de brillants résultats, ainsi que semblent le démontrer les nombreux succès qu'elle a obtenus.

Traitement du mal de Pott. — Pour pratiquer l'examen du rachis, le malade est couché en travers sur les genoux du chirurgien, la face tournée en bas, les bras pendants d'un côté, les jambes de l'autre, de sorte qu'en écartant les cuisses le chirurgien détermine l'extension de la colonne vertébrale, ce qui amène un soulagement dans l'état du malade et diminue la paralysie si elle existe; une pression légère produit l'extension de la colonne vertébrale et arrive au même résultat.

Le premier soin du chirurgien sera donc de pratiquer l'extension, et ensuite de la maintenir.

L'extension du rachis s'obtient par la suspension du malade au moyen d'un appareil qui consiste en un arc de fer aux extrémités duquel sont fixées des courroies munies de coussins. Ces courroies doivent soulever le sujet en exerçant une traction sur les aisselles et sur le menton. L'appareil est suspendu au plafond.

Pour maintenir l'extension, M. Sayre emploie un corset de plâtre qui embrasse la plus grande partie du tronc jusqu'aux aiselles. L'extension ne doit avoir pour but que de vaincre la contraction musculaire; elle doit être arrêtée dès que le malade accuse une sensation de bien-être et ne jamais aller au-delà.

Pour le *traitement de la scoliose*, on suspend le malade avec une courroie munie d'un collier pour la tête et le menton; mais, pour éviter une trop grande distension des ligaments cervicaux, le malade s'aidera en tirant des deux mains sur une corde située au-dessus du niveau de la tête. Pendant la suspension, le patient fera quatre à six grandes respirations, puis se reposera pour recommencer ensuite pendant trois à cinq minutes.

La simple suspension réussit dans les cas peu avancés; à un degré plus marqué, la suspension unie, au corset, que l'on renouvellera à mesure que le redressement s'opère, a donné également de bons résultats. Quant aux cas accompagnés de déformation des côtes, la méthode, comme la plupart des traitements, reste impuissante à réparer les difformités. (*Journ. des conn. méd.*)

Dilatation du col de l'utérus pour arrêter l'hémorrhagie utérine. — M. le Dr Lyman (*Americ. Journ. of obstetrics*) a communiqué à la Société américaine de gynécologie un certain nombre de faits d'hémorrhagies utérines qui avaient été arrêtées par la simple dilatation du col avec l'éponge préparée. MM. Stores et Wilson ont, dans la discussion qui a suivi cette communication, rapporté des faits du même genre. — La dilatation a suffi dans le cas simples. Lorsqu'il y avait endométrite, M. Lyman a traité ensuite directement cette affection. Il se demande si, dans ces faits, l'hémorrhagie est due à une constriction existant au niveau de l'orifice interne, la congestion des tissus placés au-dessus de l'orifice interne étant la conséquence de cette constriction. (*Gaz. obstétr.*).

Tumeur cérébrale. Rétropulsion et latéropulsion. Affaiblissement graduel sans abolition fonctionnelle partielle. — A la clinique médicale de Lille, M. Wannebroucq a observé une femme âgée de soixante-cinq ans, se plaignant de maux de tête dans la région frontale, douée d'une intelligence très-émoussée, et présentant un état d'hébétude permanent. Vomissements répétés, indifférence complète, constipation. Les phénomènes qu'elle présente du côté de la motilité sont des plus remarquables. Elle peut remuer bras et jambes dans le lit, mais ces mouvements sont peu énergiques, peu rapides. Pas de traces de paralysie du côté de la fasce, pas de déviation du globe oculaire, pas de strabisme. Elle ne paraît avoir aucun trouble du côté des sens de la vision et de l'ouïe. La motilité est cependant atteinte, car, quoique ayant conservé les mouvements, elle ne peut les produire que dans un sens.

Levée, elle se tient debout, mais il faut la soutenir, car elle tend toujours à se porter en arrière, à reculer. Veut-on la faire marcher en avant, il faut la pousser, car, si on l'abandonne à elle-même, elle recule, elle a de la *rétropulsion.*

A cette rétropulsion se joint de la *latéropulsion* droite, c'est-à-dire qu'elle se porte fortement à droite en même temps qu'en arrière.

Les mêmes phénomènes se produisent dans la station assise. Abandonnée à elle-même, elle se porte invinciblement en arrière.

La déchéance se prononce de plus en plus, et la malade s'éteint sans accidents apoplectiformes ni convulsifs.

L'autopsie fut faite par M. Coyne. On sait que ces symptômes de rétropulsion s'expliquent surtout par des lésions cérébelleuses.

Or il est à remarquer qu'ici, à l'ouverture de la boîte cranienne, il n'y avait aucune espèce de tumeur apparente, et il fallut la chercher dans l'épaisseur de la masse encéphalique. En soulevant les lobes occipitaux des deux hémisphères cérébraux, on découvrait une tumeur prenant son point de départ dans l'hémisphère droit, sur le plancher du cinquième ventricule.

Cette tumeur comprimait manifestement les pédoncules cérébelleux supérieurs : c'est le droit qui se trouve le plus particulièrement en rapport avec la masse morbide.

La lésion a envahi le bourrelet du corps calleux jusque du côté opposé et proéminé dans la corne occipitale du ventricule latéral gauche.

La malade présentait donc une tumeur cérébrale, et cependant les symptômes qu'elle a offerts correspondent peu à ceux d'une tumeur, car, dans ce cas, on constate toujours une abolition fonctionnelle, soit des nerfs craniens, soit des nerfs du corps.

Comment expliquer les signes cliniques : la rétropulsion et la latéropulsion ?

La compression du cervelet amène toujours des troubles dans la locomotion. Si le pédoncule cérébelleux supérieur est comprimé, il y a rétropulsion, ce qui correspond aux localisations cérébelleuses. Mais pourquoi la malade offrait-elle de la latéropulsion droite, le pédoncule cérébelleux supérieur droit étant comprimé?

Cela veut dire que les fonctions étaient abolies, que les muscles du côté gauche avaient perdu de leur contractilité, de telle sorte que la motilité droite était en général plus excitée que les muscles du côté gauche.

Quant aux phénomènes de déchéance progressive des principales fonctions de l'idéation, ils sont expliqués par la dilatation des ventricules latéraux qui produisait l'aplatissement de l'encéphale contre la boîte cranienne.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'elle contenait une certaine quantité de cellules fusiformes et de névroglie; elle était d'apparence fibroplastique.

A propos de cette observation, M. Coyne rappelle qu'il a vu à la Salpêtrière un malade, Breton d'origine, qui présentait des symptômes de rétropulsion des plus accentués. A sa mort, on trouva son cerveau considérablement atrophié et une tumeur du poids de 1,450 grammes. Il y avait une compression directe des tubercules quadrijumeaux sans lésions visuelles, ce qui est assez bizarre, étant données les connexions apparentes des nerfs optiques avec les tubercules quadrijumeaux. (*Bullet. méd. du Nord.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

272. Dumas. — Contribution à l'étude des hémorrhagies intestinales dans la tuberculose.

273. Choisil. — Les vices de conformation du bassin étudiés au point de vue du rétrécissement du diamètre transverse du détroit inférieur.
274. Fournier. — Influence du traumatisme sur les manifestations de la diathèse rhumatismale.
275. Aubouin. — De l'épilepsie et de l'hémiplégie pleurétiques.
276. Dousset. — Contribution à l'étude clinique de la phthisie aiguë à forme typhoïde.
277. Lafargue. — Des arthropathies du genou consécutives aux fractures de jambe et de cuisse.
278. Gozard. — Quelques considérations générales sur la lymphadénite péri-utérine dans ses rapports avec la métrite aiguë et chronique.
279. Lehallais. — Étiologie et traitement des abcès parenchymateux du sein chez les nouvelles accouchées.
280. Jégun. — De l'ostéite apophysaire pendant la croissance.
281. Queudot. — Considérations sur les rétrécissements de l'urèthre et en particulier sur leur siège et leur diagnostic.
282. Paulin. — Du traitement du phlegmon diffus par la compression élastique.
283. Blanquet. — De l'essence de térébenthine en chirurgie.
284. Mallebay. — Des paralysies partielles du membre supérieur d'origine corticale.
285. Bauduin. — Du coton médical et de son emploi dans les pansements.
286. Béranger. — Du chlorhydrate de pilocarpine.
287. Laforest. — Contribution à l'étude des cystites du col de la vessie.
288. Dubois. — Du traitement des névralgies par l'électricité et l'hydrothérapie.
289. Wurtz. — Des rapports de certaines malformations utérines avec la grossesse et l'accouchement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 octobre 1878, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand officier : M. Pasteur (de l'Institut).

Au grade de commandeur : MM. Frémy (de l'Institut), Hervé-Mangon (de l'Institut) et Péligot (de l'Institut).

Au grade d'officier : MM. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie; Dorvault, directeur de la pharmacie centrale de France; Hébert (de l'Institut); de La Charrière, médecin en chef de l'Exposition; Sappey et Trélat, professeurs à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier : MM. Germer-Baillière, éditeur ; le docteur Dieulafoy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Cirotteau, vétérinaire à Poitiers.

— Par arrêté en date du 22 octobre 1878, il y a lieu de pourvoir à la chaire de médecine légale actuellement vacante à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

— M. Préterre, le chirurgien dentiste si connu du corps médical par ses brillants travaux de prothèse dentaire, ses appareils de restauration palatine, etc., et ses opérations buccales, vient d'obtenir à l'Exposition universelle de Paris la *médaille d'or* unique parmi les dentistes (classe XIV).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Benj. Anger, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Chatin, Cusco, D'Heilly, Denucé, Desnos, Desormeaux, A. Desprès, Devilliers, Dieulafoy, M. Duval, Fernet, Alf. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gosselin, A. Guérin, Hallopeau, A. Hardy, Héraud, Heurtaux, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, O. Lannelongue, Ledentu, J. Lucas-Championnière, Lunier, Luton, Marduel, Mauriac, Oré, Panas, Prunier, M. Raynaud, Richet, Rigal, Ph. Ricord, Jules Rochard, Z. Roussin, Saint-Germain, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, Straus, A. Tardieu, S. Tarnier, Aug. Voisin. Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud. Se composera d'environ 35 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages, avec figures intercalées dans le texte. — Prix de chaque volume : 10 francs. — Les tomes I à XXV sont en vente. Le tome XXV comprend 800 pages avec 167 figures. Les principaux articles sont : Oreille, par Poinsot et Desprès; Orthopédie, par Panas; Os, par Merlin, Schwartz et Gosselin; Ouïe, par Mathias Duval; Ovaires, Ovariotomie, par Kœberlé; Oxygène et Ozone, par Ory; Pædiatrie, par d'Heilly; Palais (voûte et voile du), par Marduel; Panaris, par Anger; Pancréas, par Mollière; Pansement, par Rochard, etc., etc. — Paris, 1878, J.-B. Baillière et fils.

Clinique médicale de l'hôpital de la Charité, par le professeur A. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine; considérations cliniques et observations, par le docteur F. Raymond, médecin des hôpitaux. Revue par le professeur. Un fort vol. in-8° de 950 pages. Prix : 14 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. -- Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 126. — MARDI 29 OCTOBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 29 OCTOBRE 1878. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

De la paraplégie rénale et de la pachyméningite rachidienne consécutive à une maladie des reins.

L'histoire des paraplégies renferme un certain nombre de cas dans lesquels la cause peut être attribuée à une irritation spinale déterminée par les maladies de l'intestin, de l'utérus, de la vessie et des vésicules séminales. C'est à la suite d'une névrite ascendante partie des organes malades et atteignant la moelle qu'il faut rapporter le développement de ces paraplégies.

Il se passe ici un fait analogue à ceux que j'ai observés dans l'angine simple ou couenneuse produisant la paralysie des membres, dans les plaies du sourcil produisant l'amaurose ; dans les maladies du nerf maxillaire supérieur ou inférieur détruisant la vision ou amenant différentes névroses. Une maladie nerveuse périphérique devient ascendante, se propage aux centres et se réfléchit par des paralysies, des convulsions ou des contractures.

Le fait est rare dans les maladies des reins. En voici un exemple :

Néphrite albumineuse chronique. — Paraplégie rénale. — Pachyméningite spinale. — Mort. — Autopsie.

K... (Jeanne), âgée de trois ans, entrée le 28 mars 1878, au n° 8 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, morte le 11 avril.

Cette enfant est malade depuis douze jours. Elle a été prise de fièvre avec quelques vomissements et de la constipation; puis il y a eu de la rétention d'urine et peu à peu il s'est fait une paralysie des membres inférieurs. L'enfant ne peut se tenir debout ni marcher. La sensibilité est conservée, mais il n'y a plus de mouvements réflexes. L'enfant ne tousse pas et n'a rien à la poitrine. Elle a peu d'appétit et mange à peine. Les urines précipitent abondamment par la chaleur et par l'acide nitrique. A l'*ophthalmoscope*, les deux papilles sont pâles et un peu troubles. Les veines sont très-dilatées.

11 avril. — Mort dans la journée.

Autopsie du canal rachidien. — A la partie cervico-dorsale, exsudation grisâtre, molle, épaisse et comme mucilagineuse peu adhérente. A la partie lombaire, exsudation noirâtre foncée très-épaisse, molle, formée par l'infiltration du sang dans ce tissu cellulaire et adhérant assez à la dure-mère spinale.

Cette infiltration se prolonge dans les trous de conjugaison des vertèbres, le long des nerfs lombaires.

Dure-mère. — La dure-mère spinale est extérieurement imbibée de sang. En dedans elle est saine.

Moelle épinière. — La moelle épinière paraît saine dans toute sa longueur; mais en haut, au-dessous du bulbe, la pie-mère spinale est un peu grise noirâtre ardoisée.

Cerveau. — Le cerveau présente un œdème considérable de la pie-mère qui est infiltrée de sérosité opaline.

A la partie antérieure du lobe droit, il y a un ramollissement superficiel rougeâtre de la couche corticale limité à la deuxième et troisième circonvolutions ascendantes. Ce ramollissement n'a pas plus de deux centimètres d'épaisseur et n'atteint même pas toute l'épaisseur de la couche corticale. Les autres parties du cerveau sont saines.

Les *poumons* et le *cœur* ne présentent pas d'altération.

Dans le *ventre*, en avant de la colonne vertébrale, on trouve les *reins* énormément tuméfiés ayant douze centimètres de longueur.

La substance corticale est très-hypertrophiée, grisâtre, dure, presque lardacée, sans granulations, et la substance tubuleuse rouge un peu amoindrie.

Tout le tissu cellulaire qui est autour des reins, derrière le péritoine et jusque dans le petit bassin, est infiltré de sang, et forme une espèce de feutrage noirâtre difficile à déchirer.

Cette infiltration se prolonge *le long de la gaîne des nerfs sacro-lombaires* et remonte jusqu'aux trous de conjugaison de la colonne vertébrale où elle se réunit avec l'infiltration sanguine du canal rachidien.

Les nerfs sont rouges, imbibés de sang et sans autre altération.

Sans résoudre d'une façon catégorique le problème soulevé par l'observation de cette malade, il est difficile de ne pas réfléchir sur les phénomènes observés pour en donner une interprétation rationnelle.

Que voyons-nous? Des phénomènes de néphrite albumineuse aiguë provoqués par une inflammation parenchymateuse des reins compliquée d'une phlegmasie de la gangue celluleuse périnéale, dans une étendue très-considérable, et se prolongeant le long des nerfs sacro-lombaires jusque dans le canal rachidien.

D'autre part, le canal rachidien est rempli par une exsudation sanguine gélatineuse grisâtre sur certains points, adhérant à la pie-mère et caractérisant une pachyméningite spinale.

Quelle a été la lésion primitive? Est-ce la phlegmasie rénale et péri-rénale qui a pénétré dans le canal rachidien par les trous de conjugaison des vertèbres? Faut-il admettre qu'une pachyméningite spinale, ou du canal rachidien par les trous de conjugaison, ait gagné les reins et provoqué la néphrite parenchymateuse constatée par la nécropsie?

La première hypothèse est de beaucoup la plus vraisemblable et la plus acceptable. On comprend une phlegmasie rénale passant dans le canal rachidien par les trous de conjugaison, tandis qu'on ne se fait pas l'idée d'une pachyméningite sortant du rachis pour déterminer l'inflammation rénale.

C'est l'opinion qu'il me semble plus convenable d'accepter; mais alors quelle est la cause de la paraplégie?

Évidemment la paralysie aiguë et si rapide des membres inférieurs est le résultat de la névrite sacro-lombaire. C'est l'infiltration sanguine de la gaîne des nerfs de ce plexus tout entier qui a suspendu l'influx nerveux des membres inférieurs, et non une maladie de la moelle épinière, puisque cette partie n'a pas été malade. Mais, si la paraplégie est le résultat d'une névrite sacro-lombaire et que cette névrite soit la conséquence de la néphrite parenchymateuse, il est évident que les paraplégies rénales trouvent dans ce fait une démonstration de leur existence. Or c'est là ce que je voulais établir.

HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

Statistique des hernies étranglées à l'hôpital Cochin. 1877, 1878.

Quatrième série (1).

Comme dans nos précédentes statistiques intégrales, nous diviserons les hernies en deux groupes.

Hernies opérées. — 1. B... (Louis), vingt-trois ans, garçon de laboratoire. Hydrocèle de la tunique vaginale datant de l'enfance, hernie inguinale étranglée (hernie congénitale droite avec hydrocèle), étranglement dans le canal sans tumeur à l'extérieur, tentative de réduction de l'hydrocèle en ville; étranglement datant de trente-huit heures, vomissements fécaloïdes, kélotomie le jour de l'entrée du malade, le 10 mars 1877. Mort le 16 mars de péritonite avec accidents typhoïdes. Observation publiée *Gaz. des hôp.* 1877.

2. D... (Louis), soixante-six ans, journalier, entré le 9 avril 1877. Hernie inguinale droite étranglée depuis trente-quatre heures, vomissements fécaloïdes. Entéro-épiplocèle du volume du poing. Tentative de réduction en ville, Opération de la kélotomie sans ouverture du sac le jour de l'entrée du malade. Réduction de l'intestin, l'épiploon se réduit seul trois jours après. Guéri le 16 juin (le malade avait été ensuite opéré d'un phimosis, ce qui avait prolongé son séjour à l'hôpital).

3. C... (Clarisse), soixante-dix-sept ans, rentière, entrée le 9 août 1877. Entéro-épiplocèle crurale droite étranglée depuis deux jours, par inflammation, débridement le jour même (opération faite par M. Berger pendant l'absence de M. Desprès), ouverture du sac, péritonite. Mort le 11 août.

4. Petit (Jean), trente-sept ans, entré le 8 septembre. Entéro-épiplocèle inguinale gauche étranglée depuis trente heures. Vomissements fécaloïdes. Tentative de réduction en ville. Kélotomie le jour même. Tentative de débridement sans ouverture du sac. Impossibilité de réduire. Ouverture du sac. Épiploon laissé entier dans la plaie (opération faite par M. Berger en l'absence de M. Desprès). Persistance des vomissements fécaloïdes, selles rétablies; anus contre nature spontané le 21 septembre. Guérison spontanée de l'anus contre nature le 21 octobre. Abcès de la cuisse. Cautérisation de l'épiploon végétant. Guérison complète le 28 décembre.

5. K... entré le 16 janvier 1878. Grosse hernie inguinale droite du volume d'une tête d'enfant de douze ans, irréductible et accompagnée de vomissements bilieux, la lendemain de l'apparition d'un érysipèle du scrotum, suite d'une écorchure. Péritonite herniaire franche. Purgatif intempestif administré en ville. Débridement sans ouvrir le sac. Opération faite le 17 janvier sans espoir de réduction, mais pour faciliter la circulation du gaz dans la hernie. Mort le 18. A l'autopsie, péritonite généralisée.

6. S... (Marie), concierge, soixante-six ans, entrée le 7 février 1878. Entérocèle crurale droite étranglée depuis deux jours par inflammation. Taxis répété en ville. Cinq séances. Purgatif avec trente grammes d'huile de ricin par un autre médecin. Kélotomie avec ouverture du sac, malgré le signe de péritonite. Grand vésicatoire. Mort le 9 février. Péritonite généralisée.

7. M... (Louise), trente-cinq ans, blanchisseuse, entrée le 5 avril 1878. Hernie crurale gauche étranglée depuis vingt-cinq heures. Entéro-épiplocèle. Tentative de réduction en ville. Hernie grosse comme un petit marron, située très en dedans. Un vomissement fécaloïde. Kélotomie d'emblée. Ouverture du sac. Hernie étranglée par le ligament de Gembernat, intestin coupé, issue de matière du sac, établissement d'un anus contre nature, cinq points de suture. Débridement sur le ligament de Gembernat. Péritonite. Mort vingt-quatre heures après l'opération. A l'autopsie, trace de péritonite adhésive, datant de plus de vingt-quatre heures. Matières stercorales dans la cavité abdominale.

8. C... (Jules-Pierre), âgé de vingt-neuf ans, plombier, entré le 19 mai 1878. Entéro-épiplocèle congénitale étranglée depuis dix-huit heures. Pas de tentative de réduction en ville. Vomissements verdâtres sans odeur fécaloïde. Kélotomie. Ouverture du sac, section d'un collet épiploïque. Ligature de l'épiploon. Excision. Vaginalite suppurée. Phlegmon des bourses. Guérison le 27 juin 1878.

9. A... (Léocadie), quarante-deux ans, journalière, entrée le 1er juin 1878. Entéro-épiplocèle crurale étranglée par effort depuis dix-huit heures. Tentatives violentes de réduction en ville. Kélotomie, épiploon peu abondant, ouverture du sac laissé dans la plaie à la dix-huitième heure, l'intestin est trouvé contusionné. Guérison le 28 juin 1878.

10. M... (Alexandre), imprimeur, cinquante-trois ans, entré le 6 juin 1878. Entérocèle inguinale congénitale étranglée par le collet du sac. Tentatives de réduction modérées en ville pendant quatre heures. Kélotomie à la vingt-quatrième heure. Ouverture du sac. Débridement sur le collet du sac. Vaginalite. Guérison le 22 juillet.

11. M... (Pierre), trente-sept ans, fumiste, entré le 19 juin. Entéro-épiplocèle inguinale droite étranglée par le collet du sac (hernie du volume d'une très-grosse grenade, étranglée pendant que le malade était en état d'ivresse). Il y avait neuf heures que le malade, en se réveillant, avait constaté que sa hernie ne rentrait point. Kélotomie d'emblée. Ouverture du sac. Ligature. Excision et cautérisation de l'épiploon. Vaginalite légère et entérite consécutive à la kélotomie. Guérison le 5 août 1878.

Hernies non opérées. — 1. B... (Marie-Catherine), soixante-sept ans, couturière, entrée le 5 janvier 1877. Épiplocèle inguinale enflammée. Phénomènes d'étranglement il y a cinq jours. Vomissements bilieux. Temporisation. Cataplasmes sur la hernie. Réduction progressive en douze jours. Selles rétablies le septième jour. Guérison le 19 février.

2. M... (Jean), serrurier, soixante-dix ans, entré le 20 mars. Épiplocèle irréductible depuis deux jours, nausées seulement et constipation. Temporisation. Réduction spontanée le 22 mars. Guérison et sortie le 1er avril.

3. H... (Joséphine), soixante-neuf ans. Hernie ombilicale étranglée depuis plusieurs jours, entrée le 30 octobre au soir en état d'agonie. Mort quatre heures après.

4. G... (Gustave), dix-huit ans, employé, entré le 25 février 1878.

---

(1) *Gaz. des hôp.* 1873, p. 1058. *Id.* 1875, p. 154. *Id.* 1877, p. 212.

Hernie inguinale gauche étranglée depuis le matin quatre heures. Vomissements bilieux à odeur fécaloïde. Bains taxis manuel. Réduction à onze heures du matin. Sorti guéri le 27 février.

5. B... (Adrien-Pierre), quarante-huit ans, teinturier, entré à l'hôpital pour un arrachement de la main droite et amputé de l'avant-bras, est pris pendant sa convalescence d'étranglement herniaire à la suite d'une indigestion. Ne pouvant placer le malade dans un bain, les internes font appliquer sur le ventre et le scrotum de larges cataplasmes. Le lendemain matin, M. Desprès diagnostique une entéro-épiplocèle inguinale gauche étranglée depuis quatorze heures. Taxis manuel. Réduction. Application d'un bandage trois jours après. Guérison et sortie le 6 février 1878.

6. N... (Marius), tapissier, entré le 26 janvier 1878. Épiplocèle inguinale droite irréductible depuis douze heures. Vomissements bilieux. Temporisation. Continuation des vomissements bilieux. Réduction et reproduction partielle de la hernie. Péritonite confirmée le 28 janvier. Mort le 29. Autopsie : péritonite généralisée. Pas de lésions intestinales.

7. R... (Antoine-Louis), concierge, entré le 19 juillet 1878. Hernie inguinale gauche, entéro-épiplocèle étranglée par effort il y a quatre jours. Réduction spontanée d'une partie de la tumeur (l'intestin) il y a trois jours. Réduction de l'épiploon il y a deux jours. Persistance des vomissements fécaloïdes. M. Desprès diagnostique un défaut de rétablissement du cours des matières par parésie intestinale. Un bain tous les jours. Émission de gaz le 21 juillet. Débâcle le 23 juillet. Rechute le 25. Deuxième débâcle le 29 juillet. Entérite consécutive, traitée par le vésicatoire sur l'abdomen et la bouillie pour toute nourriture. Hémorrhagie intestinale peu abondante dans les premiers jours d'août. Guérison le 20 août 1878.

8. T... (Arthur), trente-trois ans, en traitement à l'hôpital Cochin pour une fracture esquilleuse avec plaie de la partie supérieure du tibia, portait une hernie inguinale droite du volume d'une petite pomme datant de la naissance. Le 5 avril, dans les premiers jours où le malade descendait avec ses béquilles dans le jardin, sans avoir la précaution de mettre son bandage, la hernie sortit brusquement; il était une heure de l'après-midi. Le malade ne peut faire rentrer sa hernie ; il vomit d'abord ses aliments, puis deux vomissements bilieux. A cinq heures, un grand bain, puis des cataplasmes, taxis modéré. A dix heures du soir, M. Berger est appelé, M. Desprès étant en province. Taxis prolongé pendant dix minutes, très-douloureux. Chloroforme. Taxis prolongé, renouvelé. Réduction dans une dernière tentative avant de procéder à la kélotomie. Guérison. La hernie était une entéro-épiplocèle.

Réflexion. — Cette statistique est moins brillante que la précédente, d'abord parce que nous comptons comme opération le débridement sans ouverture du sac qui ne pouvait réussir et que M. Desprès a fait pour l'acquit de sa conscience, puis deux malades ont été opérés au moment où un ballonnement considérable du ventre marquait une péritonite. Enfin il y a eu deux cas exceptionnels : une hernie étranglée dans le canal au niveau de l'anneau inguinal interne et sur laquelle il y avait eu des tentatives violentes de taxis; puis une hernie crurale étranglée par le ligament de Gembernat que nous n'avons vue qu'à la vingt-cinquième heure et qui aurait dû être opérée à la sixième heure au plus tard.

Nous insisterons encore sur le mauvais effet de manœuvre du taxis sur les petites hernies et du purgatif qui n'est pas moins nuisible.

Il ressortira de nouveau de cette statistique les axiomes qui ont été déjà posés :

Que le taxis aggrave le pronostic des hernies qu'il ne réduit pas;

Que les moyens médicaux appliqués aux hernies font perdre un temps précieux et provoquent des contractions qui causent la généralisation de la péritonite;

Que la kélotomie faite de bonne heure est une condition presque infaillible de succès.

Parmi les hernies non opérées, il y a un fait rare : c'est une péritonite généralisée chez un malade atteint d'épiplocèle. Ce cas est exceptionnel, c'est la première fois que M. Desprès l'observe.

Un autre fait non moins instructif est celui du malade n° 7, qui a vu sa hernie se réduire seule et resta dans un état alarmant. On eût pu croire à une réduction en masse de la hernie, alors qu'il s'agissait simplement d'un défaut de rétablissement du cours des matières par parésie de l'intestin ou accolement de l'anse herniée. Ce fait rapproché de ceux que M. Desprès a publiés et interprétés dans sa *Chirurgie journalière* doit être présents à l'esprit des chirurgiens pour qu'ils n'aient pas la tentation d'ouvrir inutilement l'abdomen pour une prétendue réduction en masse de la hernie qui n'existe pas.

Deux hernies où le début de l'étranglement avait été observé à l'hôpital ont été réduites par le taxis. Dans les deux cas le taxis manuel a réussi; il s'agissait de hernies inguinales grosses comme un gros œuf. L'emploi du chloroforme n'a pas facilité la réduction par le taxis, puisque la première hernie a été réduite par M. Desprès à la quatorzième heure sans chloroforme, tandis que, avec le chloroforme, un des meilleurs élèves de M. Gosselin, M. Berger, en l'absence de M. Desprès, a eu beaucoup de peine à réduire une hernie étranglée seulement depuis neuf heures. Cela tient à ce que l'on se fie trop au chloroforme et que le taxis manuel n'est pas toujours rigoureusement appliqué d'après ce principe de Desprès père : *Faire rentrer les premières les parties sorties les dernières,* et effiler pour cela entre les doigts le pédicule de la hernie.

DE LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES QUI EN DÉRIVENT (1).

Par le docteur Duboué (de Pau), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — La fièvre typhoïde consiste primitivement dans un empoisonnement causé par un principe extérieur inconnu, lequel ne tarde pas à produire un certain degré d'impuissance *dans le système musculaire tout entier.* — Tout semble prouver que l'origine de cet affaiblissement général, pour les muscles de la vie de relation et pour le cœur, c'est-à-dire *pour le système musculaire presque tout entier,* est due à une *altération particulière et parfaitement décrite des fibres musculaires.* Il est tout naturel de supposer dès lors que, dans les *vaisseaux,* seules parties où cette lésion n'ait pa été décrite, *les troubles fonctionnels dont les fibres musculaires de ces vaisseaux sont manifestement le siége,* se rattachent à *l'existence de la même altération.*

Ces troubles fonctionnels consistent : pour les muscles de la vie de relation, en un sentiment de brisement et de fatigue, et, pour le cœur et les vaisseaux, *en des troubles circulatoires dus à un défaut ou du moins à une diminution de tension dans tout le système vasculaire.* Il suit de là que le sang, ne circulant plus *en conduite forcée,* cède à l'influence de la pesanteur et à une tendance à osciller, tant dans les artères que dans les veines, pour se porter surtout vers les capillaires qui se laissent distendre par les globules sanguins poussés avec moins de force par le cœur et les artères. L'hématose se faisant ainsi d'une manière insuffisante, on voit se développer *des phénomènes d'une asphyxie lente et progressivement plus marquée.* Les stases sanguines produites par le mécanisme indiqué ci-dessus ne tardent pas à amener *une altération manifeste des globu-*

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. Paris, Vᵉ A. Delahays et Cᵉ.

les sanguins, altération qui agit dans le même sens que celle qui est due à l'agent morbide extérieur. Un second empoisonnement *de même nature* succède donc au premier et devient d'autant plus dangereux, qu'il existe plus de globules rouges, que le sujet est plus fort. Ainsi s'explique l'augmentation progressive des symptômes observés primitivement.

Il y a donc dans la fièvre typhoïde deux empoisonnements successifs *à la production desquels l'action des nerfs vaso-moteurs reste tout à fait étrangère :* le premier se rattachant à l'influence d'un agent extérieur à l'organisme, et le second à celle d'un agent développé dans l'organisme lui-même. Ces deux agents appartiennent, en conséquence, à une même série physiologique, à la série *des débilitants musculaires ou des agents myo-paralytiques.*

L'analyse physiologique des lésions et des symptômes de la fièvre typhoïde prouve que la vitesse de la circulation *diminue* à mesure que les battements du cœur *s'accélèrent,* et *vice versâ.* L'état typhoïde qui complique diverses affections morbides dépend d'une *altération globulaire consécutive à des stases sanguines* dont la cause peut varier et doit être recherchée dans chaque cas. L'expérience clinique, d'accord avec les données précédentes, démontre que divers agents *toni-musculaires* ou *excito-moteurs* jouissent, dans le traitement de la fièvre typhoïde, d'une efficacité réelle, quoique à un degré variable, et que ce traitement est d'autant plus rapidement suivi de succès qu'il est institué de meilleure heure.

A défaut de ces agents, les émissions sanguines peuvent être utiles au début, en évacuant une partie des globules sanguins altérés et en diminuant le nombre de ceux encore sains qui ne tarderaient pas à s'altérer.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 octobre 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Commotion cérébrale. — M. Bochefontaine a fait sur les animaux une série d'expériences d'où il semble résulter que la commotion cérébrale ne s'accompagne jamais d'aucune lésion de la substance cérébrale.

Action réflexe. — M. Hallopeau a constaté récemment le fait suivant. Il s'agit d'un malade au-dessous du mamelon gauche duquel ont été posés successivement deux vésicatoires, et, quelques jours après l'application du second apparut, vers le mamelon droit, un phlegmon. Cette particularité ne peut guère être expliquée que par une action réflexe.

Du vomissement. — M. Leven fait à ce sujet la communication suivante :

Le vomissement est un phénomène que l'on observe très-fréquemment en clinique, et il est l'expression d'états pathologiques de l'estomac qu'il faut reconnaître si on veut avoir la prétention de le guérir.

Les traités classiques décrivent le vomissement dans un chapitre spécial appelé le vomissement nerveux. Celui-ci groupe des espèces morbides distinctes qui donnent naissance à ce symptôme.

D'abord le titre lui-même, vomissement nerveux, n'a aucun sens; il n'y a pas plus de vomissement nerveux qu'il n'y a une dyspepsie pouvant être considérée comme un simple trouble fonctionnel de l'estomac.

De même que la compréhension du mot vomissement est absolument empirique, de même toutes les médications employées contre ce symptôme grave sont empiriques et ne mènent à la guérison qu'exceptionnellement et par le plus grand des hasards.

Il est de mode aujourd'hui de faire contre le vomissement des injections sous-cutanées de morphine à dose continuellement croissante; on arrive à calmer les douleurs qui précèdent et accompagnent le vomissement, mais on n'arrête pas le vomissement, bien au contraire; ces injections ne servent qu'à le faire durer indéfiniment.

Il en est de même de la glace; elle peut aider à les calmer, à les diminuer momentanément. Mais son usage prolongé augmente la congestion de l'estomac, ramène les vomissements et les rendra plus intenses. Je pourrais en dire autant des autres médicaments usuels.

Avant d'indiquer les moyens thérapeutiques que l'on doit employer pour guérir ce symptôme si grave, si fatigant pour le malade, il faut d'abord connaître sa valeur clinique.

Les vomissements, dans les maladies de l'estomac, sont de deux espèces : ils sont ou alimentaires ou aqueux. Certains malades ne vomissent jamais que les aliments, d'autres ne vomissent jamais d'aliments, mais de l'eau en plus ou moins grande quantité.

Les aliments sont rendus trois ou quatre heures après le repas ou immédiatement après le repas. Quant à l'eau, dont l'excrétion est provoquée par l'aliment, ce n'est toujours que plusieurs heures après le repas qu'elle est rejetée.

Le vomissement des aliments ne signifie pas, comme on le répète journellement, l'absence de toute digestion, mais une irritabilité exagérée du muscle de l'estomac, irritabilité qui atteint son maximum au moment où les contractions des fibres musculaires de l'estomac ont leur maximum de force, c'est-à-dire trois ou quatre heures après le repas.

A ce moment, les contractions pathologiques rejettent les aliments par la bouche, et ce n'est qu'une partie du bol alimentaire qui est rejeté et non la totalité du bol; car la vie ne pourrait être entretenue chez des individus vomissant durant des mois; la nutrition serait rapidement compromise si une partie du bol n'avait déjà passé, à la troisième ou quatrième heure, dans l'intestin.

Le vomissement ne se produit jamais dans un estomac sain, mais il est toujours dû à une dyspepsie plus ou moins ancienne, c'est-à-dire à une congestion de la muqueuse stomacale; cette congestion entraîne le trouble des contractions des fibres musculaires et cause le vomissement.

Il faut, dans le vomissement, non-seulement se préoccuper de la nature des matières vomies (aliments ou liquides), mais savoir si l'estomac n'est atteint que d'une dyspepsie simple, ou s'il est dilaté.

Le traitement, dans ces deux cas, est tout différent.

Quelques faits cliniques feront comprendre ce que je viens de dire.

Une dame d'une cinquantaine d'années, vomissant les aliments depuis six mois, deux fois par jour et trois heures après le repas, était dans un grand état de faiblesse quand je l'ai vue pour la première fois.

L'appétit était diminué, l'estomac douloureux à la pression dans la ligne médiane et non dilaté. Il a suffi de régler le régime alimentaire, de prescrire les aliments dont elle devait faire usage aux deux repas pour arrêter les vomissements en une semaine; la dyspepsie s'est abaissée peu à peu et, après deux mois de traitement, elle fut guérie.

Le régime lacté, des médicaments de tout genre, n'avaient servi à rien.

La dyspepsie et les vomissements s'observent assez souvent chez des femmes nerveuses qui ont une hyperesthésie plus ou moins généralisée de la peau, chez des femmes hystériques.

La réglementation du régime alimentaire est alors insuffisante.

L'irritabilité de la fibre musculaire de l'estomac est, dans ce cas, due non-seulement à la congestion locale de l'estomac, mais à l'excitation du système nerveux général.

On aura beau ajouter au régime alimentaire l'usage de médicaments anesthésiant la périphérie des nerfs qui arrivent à l'estomac, les vomissements n'en continueront pas moins.

Pour calmer le système nerveux, il conviendra de porter les anesthésiques vers les parties centrales du système nerveux, car, ainsi que l'a démontré Cl. Bernard, l'anesthésie générale se fait du centre à la périphérie.

Une observation clinique, que j'ai recueillie dans mon service à l'hôpital Rothschild, mettra en évidence ce fait.

Mme L..., âgée de quarante-trois ans, est entrée à l'hôpital Rothschild en avril 1878.

Elle fut réglée à onze ans et elle se porta bien jusqu'à l'âge de seize ans.

Puis les règles se dérangèrent; elles ne reparaissaient que tous les deux ou trois mois ou deux fois par mois.

Elle était sujette à de vraies hémorrhagies utérines.

Mariée à vingt-six ans, elle fit une fausse couche de trois mois dont elle se remit promptement, et elle jouit d'une bonne santé jusques il y a trois ans.

Elle eut à cette époque une pneumonie, et, depuis cette maladie, sa santé ne s'est pas rétablie.

L'estomac devint malade, les digestions furent pénibles, et elle eut des vomissements d'aliments immédiatement après le repas.

Depuis un an, la région épigastrique est toujours douloureuse; elle ne supporte que du lait et du bouillon.

L'ingestion d'aliments solides est suivie de douleurs atroces, et elle rend l'aliment solide quelques minutes après l'avoir pris.

Elle éprouve des céphalalgies, vertiges, bourdonnements d'oreille.

La pression d'une partie quelconque de l'abdomen est douloureuse; il en est de même de toute la peau du corps.

Depuis dix mois, elle a beaucoup maigri.

Je lui prescris, pour tâter l'état de l'estomac, des potages, bouillon et un litre de lait par jour.

Elle les vomit dix minutes après le repas.

Pour calmer la sensibilité stomacale, pour anesthésier sa partie interne, je lui donne de l'extrait thébaïque à la dose de cinq centigrammes par jour durant six jours, puis une potion avec un gramme de chloroforme.

Les douleurs et les vomissements continuèrent aussi violents après quinze jours de traitement qu'auparavant.

La teinture d'opium, prise à la dose de deux gouttes à chaque repas, n'eut pas un meilleur résultat.

L'état resta le même.

Je me décidai à remplacer les anesthésiques locaux par des injections de un gramme d'éther sous la peau du mollet matin et soir, sans rien changer au régime alimentaire.

Après la deuxième injection, les douleurs et vomissements diminuèrent.

Le troisième jour, après six injections, les douleurs et vomissements avaient cessé, et il a suffi de huit jours pour la guérir.

Ainsi il faut tenir compte non-seulement des phénomènes locaux, mais de l'influence du système nerveux en général sur le symptôme vomissement.

Il faut tenir compte, quand il y a vomissement, non-seulement de la sensibilité locale, mais de l'état de la sensibilité générale.

Dans une dyspepsie ordinaire, la sensibilité à la pression n'est pas très-vive, mais, si la peau est très-hyperesthésiée, on sera à peu près certain que le vomissement ne cédera pas en appliquant le régime qui convient aux dyspeptiques, qu'il faudra employer des moyens thérapeutiques spéciaux qui touchent les parties centrales du système nerveux.

Le vomissement, qui est si fréquent chez les femmes enceintes, ne s'arrête pas non plus toujours avec le régime ou avec des médicaments, alors qu'on ne peut pas reconnaître quelque influence particulière comme dans le cas précédent.

Il suffira souvent d'un simple changement d'air pour l'arrêter; j'ai observé une jeune femme qui, habitant une localité située à deux heures de Paris, combattait le vomissement en venant à Paris.

J'ai également observé une autre dame dyspeptique qui vomissait depuis un an et demi; toutes les fois qu'elle faisait un voyage, ce symptôme si pénible disparaissait immédiatement.

Enfin il m'a suffi, à diverses reprises, chez différents malades, d'introduire une seule fois la sonde dans l'estomac pour faire cesser le vomissement.

Celui-ci, qui n'est dû, comme je l'ai dit plus haut, qu'à une irritabilité exagérée du muscle de l'estomac, peut guérir de façons très-diverses.

Il a toujours sa cause première dans une dyspepsie, mais il faut avoir soin de bien en analyser la nature, la partie, avant d'instituer un traitement.

Il est bien plus commun quand l'estomac est dilaté que quand il a ses dimensions normales, et dans ce cas il consiste surtout en un vomissement d'eau trois ou quatre heures après le repas.

Celui-ci a un autre sens clinique.

Il faut traiter la dilatation elle-même si l'on veut arrêter les vomissements de liquide. C'est là un autre sujet qui m'obligera de traiter cette question pour faire comprendre la thérapeutique à suivre.

De la perception des couleurs. — M. RICHET fait sur ce sujet une communication qu'il résume ainsi :

En résumé, dit-il, il y a un fait sur lequel nous appelons l'attention, car nous le croyons fondamental pour la théorie de la sensation.

« *Une lumière d'intensité faible, excitant la rétine pendant très-peu de temps, n'est pas perçue. On peut la rendre perceptible soit en augmentant son intensité, soit en augmentant la durée de l'excitation.* »

M. Richet poursuit ces études sur la perception des couleurs.

La séance est levée.

VARIÉTÉS.

LA VALEUR SÉMIOTIQUE DE L'ÉCRITURE

Par le docteur NICOLAS.

I.

Nous nous sommes demandé bien souvent comment il se fait que, par ce temps d'investigation scrupuleuse où les procédés graphiques de mensuration et d'enregistrement des phénomènes physiologiques sont si fort en honneur, on néglige autant d'interroger l'écriture, où s'étalent cependant, au grand jour de l'observation, tant de révélations curieuses.

C'est, d'abord, que peu de gens croient à la sincérité de ces révélations. C'est que, surtout, l'interprétation de l'écriture est d'une difficulté exceptionnelle.

Je n'ai pas la prétention d'épuiser le sujet que j'aborde ici. Je ne veux qu'initier le public médical aux procédés nouveaux de cette investigation encore suspecte, dont la pratique rendrait, je crois, de grands services aux médecins comme aux légistes, et dont l'intérêt serait bien autre encore, s'il était possible de la mettre à la portée du commun des hommes. Malheureusement, elle est, comme l'a dit un de ses adeptes les plus convaincus, « trop délicate et trop fine pour être livrée aux foules, qui veulent, avant tout, être passionnées et amusées et qui tiennent peu à être instruites. » (Alex. Dumas.)

Un fait récent témoigne de l'insuffisance de ceux-là même qui font profession de déchiffrer l'écriture, et que les tribunaux emploient comme experts. J'emprunte ce fait à une publication périodique, ignorée vraisemblablement de la généralité de mes lecteurs : le journal *la Graphologie*, de M. J.-H. Michon.

Une vieille dame, Mme veuve Bonniol, née Lacan, meurt dans une localité du département de l'Hérault, sans qu'on trouve chez elle de dispositions testamentaires. Les héritiers n'ont plus qu'à se partager l'héritage, qui n'est rien moins, dit-on, que de 1,300,000 fr. L'opération est longue; neuf mois s'écoulent depuis la mort de la dame, quand un cousin germain par alliance, habitant Gignac, reçoit d'Aniane, pays de la dame, et par la poste, sous une simple enveloppe, sans lettre d'envoi de personne, un testament olographe qui l'institue légataire universel de la dame. Grande surprise dans la famille, grande rumeur dans le pays! Le tribunal de Montpellier institue une expertise en vérification d'écriture. Les experts désignés établissent, après vingt-cinq vacations, que le testament est parfaitement de l'écriture de Mme Bonniol. Un avocat de l'Hérault a enfin l'idée de consulter M. Michon, qui n'eut pas de peine à démontrer la fausseté du testament; et l'on se demande comment des experts en écriture ont pu s'y tromper.

C'est que l'imitation d'une écriture, quelque parfaite qu'elle soit, —

et ici la ruse est grossière, — ne parvient pas à dissimuler l'individualité de l'écrivain; et chacun de nous ayant des procédés graphiques qui lui sont propres, la question d'*identité* est celle que résout, tout d'abord, le plus simplement du monde, l'étude méthodique de l'écriture.

Ce n'est pas à ce titre seul qu'elle intéresse le médecin. Tous les aliénistes se sont préoccupés de la signification de l'écriture des fous. Je citerai en particulier Marcé, Brierre de Boismont, MM. Tardieu, Legrand du Saulle, etc. Dans un autre ordre d'idées, M. Charcot a signalé des caractères particuliers dans l'écriture de certains paralytiques. Enfin le côté psychologique de la question a été maintes fois abordé, avant et après Lavater : « Je distingue, disait Lavater, la substance et le corps des lettres, leur forme et leur arrondissement, leur hauteur et leur largeur, leur position, leur liaison, l'intervalle qui les sépare, l'intervalle qui est entre les lignes, si celles-ci sont droites ou de travers, la netteté de l'écriture, sa légèreté ou sa pesanteur... Si tout cela se trouve dans une parfaite harmonie, il n'est nullement difficile de découvrir quelque chose du caractère fondamental de l'écrivain. »

Toute la méthode est contenue en principe dans ces quelques lignes. Si les données scientifiques n'en ont pas été déduites jusqu'à présent, il faut l'attribuer, sans doute, à ce que l'on ne doit pas se proposer pour objectif d'étudier l'harmonie des éléments de l'écriture, mais plutôt leurs dissonnances, et à ce que, surtout, l'étude expérimentale ayant manqué longtemps, il est encore assez difficile de les formuler aujourd'hui que la méthode paraît être sortie de la phase conjecturale.

Dans l'acte physiologique dont l'écriture est le résultat, il faut distinguer :

1° L'impulsion cérébrale,
2° L'effort d'application,
3° Le travail d'exécution.

L'exécution, pour être parfaite, exige : une adaptation précise de l'appareil moteur, une notion sensorielle complète, une vue nette, une attention vigilante, et avant tout l'intégrité du mouvement. L'effort d'application se règle sur le degré d'efficacité du concours que chacun de ces éléments prête à la pensée; mais il ne peut suppléer au défaut d'énergie musculaire, quand la faiblesse de l'appareil moteur dépasse une certaine mesure.

Il est un point qui frappe, en effet, tout d'abord les esprits les plus systématiquement prévenus : une relation nécessaire s'établit entre le tracé graphique et le mouvement musculaire qui le détermine. Il est clair que les altérations de la motricité devront retentir sur l'écriture; que le trait, chez les paralytiques, sera moins vigoureux, que les lettres seront plus ou moins déformées, la ligne plus ou moins sinueuse, etc. Ce qu'on nomme les *absences* se révèle par des lacunes qui s'observent, tantôt dans la ponctuation, tantôt dans les éléments de la proposition, tantôt dans la liaison ou la configuration des lettres elles-mêmes. Ces lacunes sont plutôt l'indice d'un défaut d'attention; mais le défaut d'énergie musculaire se trahit par des lacunes analogues qu'il serait très-intéressant de définir.

M. Charcot a déjà signalé les modifications de l'écriture qui caractérisent le début de la paralysie agitante et la révèlent à l'œil le moins exercé, alors que le tremblement pathologique est encore imperceptible. Ces modifications se résument ainsi : rapetissement de l'écriture, grande netteté apparente des caractères, coïncidant avec la rectitude normale ou exagérée des lignes; enfin aspect tremblé des jambages des lettres qui figurent des lignes en zigzag, à angles très-aigus. Ce dernier signe, ce que j'appellerais l'écriture *chenillée*, n'est souvent visible qu'à la loupe; mais il est pathognomonique. Disons, une fois pour toutes, que l'usage de la loupe est indispensable pour l'examen de l'écriture, quel que soit le but qu'on se propose.

L'analyse d'une telle écriture fournit déjà des données des plus utiles, surtout si on la compare à celle d'un alcoolique ou d'un malade atteint de paralysie générale progressive.

Dans la paralysie générale, l'écriture est traînante et les traînées qu'on y découvre, à première vue, sont caractéristiques; elles ne peuvent être confondues avec les échappées de l'écriture d'un malade atteint de crampe des écrivains; et l'allongement des liaisons la distingue nettement de l'écriture régulière, droite et correcte de la paralysie agitante. Elle est tremblée aussi, mais le tremblement n'est plus rhythmique; les zigzags sont irréguliers, et non plus frangés, chenillés, comme dans la paralysie agitante.

L'écriture de l'alcoolique est encore plus indécise; les lignes perdent la rectitude qu'elles conservaient dans les deux cas précédents; les lettres sont irrégulièrement déformées. C'est une écriture incohérente.

Qu'indique le rapetissement de l'écriture, dans la paralysie, sinon le défaut d'assurance du sujet dont l'énergie motrice a diminué et qui n'ose plus donner à ses traits de plume l'amplitude nécessaire? L'écriture se rapetisse de même chez le vieillard dont les mouvements ne sont plus assurés et dont la vue a perdu de son acuité. N'est-ce pas aussi un caractère de l'écriture des myopes et des hypermétropes, et la signification de ce caractère n'est-elle pas : *adaptation difficile de l'appareil moteur pour l'exécution du travail?* Il y a tout lieu de penser que ce rapetissement de l'écriture est général et qu'on le retrouvera chez tous les sujets dont l'énergie motrice ou l'acuité visuelle sont affaiblies, qui ont la concentration, la synthèse du mouvement plus ou moins précaires.

Qu'indique la rectitude exagérée des lignes, sinon l'effort soutenu de l'attention? Ce signe se retrouvera, sans doute, chez les gens minutieux qui aiment à parfaire leur travail; mais l'application qu'il trahit sera plus ou moins efficace, suivant que l'appareil moteur exécutera plus facilement l'acte imposé et soutiendra plus longtemps l'effort.

Enfin la régularité des caractères dans l'écriture de la paralysie agitante n'indique-t-elle pas que, si affaiblie que soit chez lui l'énergie motrice, si pénible que puisse être l'effort d'application, le paralysé est encore rigoureusement maître de ses mouvements, ce qui n'a pas lieu chez l'alcoolique ou le paralysé général? Il en résulte, distinction essentielle, que, dans la paralysie agitante, l'écriture paraît d'abord s'améliorer, tandis qu'elle se déforme dans les autres cas.

Et si de là nous nous permettions une excursion dans le domaine psychique, que de révélations piquantes!

L'application suppose deux actes différents dans leur nature, comme dans leur point de départ. Elle a pour effet l'adaptation exacte de l'appareil moteur, mais elle exige avant tout l'attention, la présence d'esprit. Est-il vraisemblable qu'un homme habituellement inattentif, distrait, négligent, étourdi, ne trahira pas ses absences fréquentes par les lacunes de son écriture? N'oubliera-t-il pas fréquemment, sinon la ponctuation, qu'il peut ignorer, du moins les accents, les points sur l'*i*, les barres des *t*, etc.? Et réciproquement n'y aura-t-il, pas suivant toute vraisemblance, une différence tranchée entre cette écriture et celle d'un méticuleux?

Je ne parle pas des cas où l'écriture est impossible, quoique la volonté et le mouvement soient conservés, comme il arrive dans certaines formes de l'aphasie. Cependant ces cas témoignent de l'existence d'un intermédiaire entre la volonté qui commande et le muscle qui obéit, ou même le nerf qui transmet. Or, en dehors de l'aliénation, n'y a-t-il pas un grand nombre de cas où l'écriture doit dénoncer l'abstention de ces intermédiaires, quand il ne donne à la fonction qu'un concours relatif ou insuffisant?

Et maintenant, combien n'y a-t-il pas de nuances dans la manière de vouloir? De même qu'il y a des tremblements rhythmiques ou incohérents, de même il y a des volontés hésitantes, comme il y en a d'autres qui sont précises, résolues, nettement formulées. Tout le monde sait comme se manifestent, dans le geste, la démarche, l'attitude, telles ou telles dispositions de l'âme : la hardiesse, la timidité, l'apathie, l'audace, l'exaltation... Se peut-il que l'écriture ne trahisse en rien ces nuances? Est-ce que les natures expansives dont le geste est libéral ne se distingueront pas, dans l'écriture, des natures contenues? Est-ce que le trait aura la même vivacité chez le rustique ou le nonchalant que chez l'homme actif ou la femme d'esprit?

Bien plus, est-il probable qu'un avare et un prodigue écriront de

la même façon? Ne fût-ce qu'à l'ampleur de la marge, à la manière dont il utilise le papier, pendant que l'autre le gaspille, n'y aura-t-il pas dans les deux pages d'écriture des différences telles qu'à la première inspection elles frapperont le regard?

Mais, pour ne pas compromettre ces données, deux choses sont indispensables. Il faut d'abord savoir les interpréter sainement, et il faut aussi ne pas leur demander plus qu'elles ne contiennent.

Or, la première condition, je l'ai dit, exige une perspicacité dont peu d'hommes sont doués, attendu que l'écriture, reflétant des dispositions de l'âme éminemment complexes, présente elle-même un tableau complexe, dont le moindre détail a son importance.

C'est à cause de cela que les déductions trop prématurées sont compromettantes. Le côté le plus séduisant du système, ce serait les révélations qu'il fournit dans le domaine de la sensibilité ; c'en est aussi la partie délicate. La matière est encore à peu près neuve; elle appelle l'attention des aliénistes qui y sont plus directement intéressés.

Il s'en faut d'ailleurs qu'on n'ait rien acquis sous ce rapport. Le chagrin, qui abat les âmes comme il affaisse les corps, amollit aussi l'écriture. Celle des mélancoliques, et plus particulièrement de ceux d'entre eux dont la folie revêt une forme chagrine, est affaissée : la lettre se penche, le mot s'incline et la ligne elle-même est descendante. Et ces nuances, dans l'écriture *déprimée*, correspondant aux passions dépressives, sont surtout apparentes quand on compare l'écriture de deux personnes d'humeur différente ou même celle de la même personne aux différentes époques de sa vie.

Ceci me met en présence de l'une des objections qui ont été faites à ce point de physiognomonie. Comme ces objections s'adressent également à la graphognomonie médicale, je ne crois pas devoir les écarter; je commence par la plus spécieuse.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

290. Gasztowit. — Des accidents prémonitoires de la goutte et du traitement préventif de cette maladie.

291. Grenier. — Recherches sur la luxation du radius qui complique la fracture du tiers supérieur du cubitus.

292. Soyer. — De l'œdème pourpré fébrile. Étude sur une forme particulière de purpura.

293. Chevance. — Des accidents puerpéraux observés à l'hôpital Beaujon pendant le 1er semestre de l'année 1878.

294. Gouin. — Coïncidence et rapport de la tuberculose pulmonaire et du cancer.

295. Le Covec. — Étude sur quelques cas de fièvre typhoïde chez des tuberculeux.

296. Borelli. — Étude sur les phlegmons profonds de la paroi abdominale antérieure et plus spécialement sur le phlegmon sous-ombilical.

297. Drey. — Étude sur un mode de traitement de l'épididymite aiguë blennorrhagique.

298. Dupouy. — Le kava et ses propriétés blennostatiques.

299. Delage. — Étude comparative de la ligature, de la torsion, comme moyen d'hémostase en chirurgie.

300. Dubuisson. — Essai sur les altérations du premier métatarsien.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. -- Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 127. — JEUDI 31 OCTOBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 31 OCTOBRE 1878. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance d'hier, aussi bien remplie que les précédentes, s'est composée : de la communication faite par M. Bouley d'une note de M. Krishaber, relative à un nouveau procédé de trachéotomie sous-cricoïdienne pour le cheval ; d'une lecture de M. Duplay sur les indications et contre-indications de l'ovariotomie dans le traitement des kystes de l'ovaire ; d'une relation, par M. Colin, d'une nouvelle série d'expériences sur la neutralisation des virus dans l'organisme ; enfin, de la terminaison du rapport officiel de M. Poggiale, sur le service des eaux minérales en France, pendant l'exercice de 1877.

On trouvera, dans le compte-rendu de la séance, la description textuelle du procédé de trachéotomie sur le cheval, imaginé par M. Krishaber, les propositions qui servent de conclusions au mémoire de M. Duplay, sur lequel il est à désirer que la commission fasse un rapport, et un résumé analytique des nouvelles expériences de M. Colin, qui font suite à une première série d'expériences analogues déjà communiquées à l'Académie. Ces dernières expériences, comme les premières, montrent avec quelle rapidité les virus du charbon et de la septicémie se propagent et se répandent dans l'organisme des animaux mis en expérience (des lapins), et combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'en enrayer l'action par les agents antiseptiques réputés les plus énergiques, par quelque procédé, à quelques doses élevées et si promptement qu'ils aient été administrés. Ces conclusions négatives, qui seraient désespérantes si elles étaient généralisables, ne sont heureusement pas applicables rigoureusement et de tous points à l'homme, qui oppose plus de résistance à la pénétration et à l'action de ces virus. Il serait intéressant — et cette réserve fondée sur ce qui se passe sur l'homme à cet égard ne ferait qu'accroître cet intérêt — de varier ces expériences sur des espèces animales supérieures, moins sensibles que les lapins à l'action de tous les agents nuisibles. Personne n'est mieux à même que M. Colin de remplir ce programme.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Contracture spasmodique des mâchoires.

I.

Je vais vous parler aujourd'hui d'une maladie très-intéressante, assez rare, mais qu'il importe que vous connaissiez pour savoir la diagnostiquer quand vous la rencontrerez.

Le sujet qui va me fournir l'occasion de traiter devant vous de cette affection est une jeune fille de dix-neuf ans, lingère, habitant Paris depuis un certain nombre d'années ; n'ayant jamais eu, dit-elle, de maladie grave, ni rhumatismes, ni affection spécifique, quoiqu'elle présente à la partie postérieure du cou quelques cicatrices attestant qu'elle a eu autrefois des ganglions suppurés.

Cette jeune fille jouissait d'une bonne santé habituelle, quand, le 25 janvier, à la suite d'un refroidissement, elle commença à ressentir quelques douleurs vagues dans la région mastoïdienne du côté droit. Le lendemain, ces douleurs étaient devenues un peu plus marquées, elles se manifestaient également du côté opposé, et, de plus, la malade accusait un certain sentiment de chaleur du côté de la gorge ainsi que de la gêne à avaler.

Deux jours plus tard, à ces premiers phénomènes vint se joindre un peu de difficulté dans l'écartement des mâchoires, et quelques phénomènes généraux se manifestèrent, tels que de la céphalalgie, de la courbature dans les membres, de la chaleur, que l'on devait évidemment rapporter à un léger état fébrile.

Ce malaise persistant, cette jeune fille se décida à entrer à l'hôpital, où elle fut admise le 30 janvier. Ce jour-là même, elle présentait d'une manière très-tranchée une sorte de raideur du cou, résultant surtout de la contracture du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit ; elle éprouvait, en outre, une difficulté très-marquée à ouvrir la bouche ; néanmoins cette gêne n'était pas telle que l'on ne pût examiner la cavité buccale et constater, avec l'abaisse-langue, que le voile du palais et les piliers antérieurs étaient rouges et gonflés, notamment à droite. Quant aux amygdales, elles ne purent être examinées. La malade accusait en outre de la douleur de la gorge et de la dysphagie.

Enfin, avec cet état, il existait une élévation notable de la température qui était à 39°; de son côté, le pouls battait 90 fois par minute.

Le lendemain matin, je vis cette jeune fille pour la première fois, et voici ce que je constatai. Elle était couchée dans le décubitus dorsal et présentait un phénomène spécial qui attirait immédiatement l'attention : c'était une constriction absolue de la mâchoire, telle que les arcades dentaires serrées l'une contre l'autre, la rangée supérieure recouvrant la partie inférieure, permettaient à peine à la malade de parler et rendaient impossible non-seulement l'ouverture spontanée de la bouche, mais encore l'introduction d'un corps étranger entre les deux mâchoires. En outre, comme nous l'avons déjà dit, cette jeune fille accusait un peu de douleur au niveau des angles de la mâchoire; les sterno-mastoïdiens, surtout celui de droite, étaient contracturés; enfin, en palpant le cou, on sentait en arrière ainsi que dans la région sous-maxillaire quelques ganglions augmentés de volume. Inutile d'ajouter qu'il était absolument impossible d'examiner l'état du voile du palais et des piliers du pharynx.

En même temps, la température était à 38°5, et le pouls oscillait entre 80 et 90. Il y avait donc un léger état fébrile.

En présence de cette constriction, de ce resserrement spasmodique des mâchoires, je crus devoir employer, pour vaincre cette impossibilité absolue d'écarter les arcades dentaires, un moyen dont on se sert quelquefois avec succès dans les cas de ce genre lorsque la constriction existe indépendamment de toute lésion matérielle. Je veux parler de la chloroformisation. Ne fut-elle pas prolongée suffisamment? c'est possible, car je n'aime pas dans ces cas à porter le sommeil anesthésique jusqu'à ses dernières limites. Toujours est-il que nous n'obtînmes aucun résultat. La malade eut bien, sous l'influence du chloroforme, quelques mouvements hystériques, mais la bouche continua à rester fermée. Néanmoins, un peu après être sortie de ce demi-sommeil anesthésique, nous réussîmes à écarter les mâchoires de quatre à cinq millimètres, mais cette amélioration ne fut que passagère, car quelques minutes après la constriction reparut, aussi complète qu'auparavant.

Je prescrivis un lavement, matin et soir, avec deux grammes de chloroforme, dans l'espoir d'amener le sommeil et sous son influence de voir les mâchoires s'entr'ouvrir. Mais ce moyen échoua comme le précédent.

Le lendemain matin, la fièvre existait toujours, mais à un degré très-peu prononcé. Le pouls, en effet, ne battait plus que 76 fois par minute. Mais, à ce moment, nous observions absolument le même état de constriction des mâchoires que les jours précédents. Les dents continuaient à être serrées les unes contre les autres, au point qu'il était impossible de faire pénétrer une lame de couteau entre les arcades dentaires.

C'est alors que, pour essayer de faire cesser la constriction des mâchoires en même temps que pour examiner l'état de la bouche, nous dûmes recourir à un moyen mécanique : je veux parler de l'emploi du cône à vis. Grâce à cet instrument, nous parvînmes à écarter les mâchoires d'une façon suffisante pour que nous pussions, en le maintenant en place et introduisant le manche d'une cuiller dans la bouche, examiner l'état de la gorge. Nous vîmes alors, ainsi d'ailleurs qu'on l'avait constaté le jour même de l'entrée de la malade, que le voile du palais, les piliers antérieurs du pharynx, la luette et surtout les amygdales, notamment à droite, étaient le siége d'une rougeur et d'un gonflement très-accentués.

Nous diagnostiquâmes, par conséquent, une angine gutturale, ainsi que le premier examen, quoique incomplet, nous l'avait fait présumer.

A la suite de cette tentative, la constriction fut moindre. Une demi-heure après la petite opération que nous lui avions fait subir, la malade ouvrait suffisamment la bouche pour que nous pussions y faire pénétrer quelques aliments demi-solides. En même temps, elle commençait à parler d'une façon plus intelligible.

Enfin, ce matin, vous avez pu constater avec moi, à la visite, que la fièvre avait complètement cessé et que le pouls était redevenu normal. D'autre part, la malade accusait une sensation de mieux-être, et, quoiqu'elle éprouvât encore de la rigidité dans les mâchoires, elle pouvait leur faire exécuter quelques mouvements et les écarter l'une de l'autre dans une étendue d'un demi-centimètre environ. Néanmoins cela n'était pas suffisant pour que l'on pût examiner la bouche : j'ai donc eu recours de nouveau à l'emploi du cône à vis, et vous avez pu constater que la rougeur avait complètement disparu, bien qu'il existât encore un peu de gonflement des parties malades.

Pendant que nous tentions ainsi d'écarter violemment les mâchoires, nous pûmes constater chez cette jeune fille des phénomènes manifestement de nature hystérique. C'est ainsi que nous l'avons vue perdre connaissance, sa tête se renverser en arrière, son dos se recourber dans la même direction et, en même temps, quelques mouvements convulsifs se produire du côté des membres. D'autre part, la malade accusait un certain sentiment d'oppression, quoiqu'elle ne sentît pas de boule remonter de son estomac à sa gorge; enfin, hier, à la suite de ces accès convulsifs, elle a été prise de pleurs et de sanglots, rappelant tout à fait ceux qui terminent la crise hystérique. Par conséquent, quoique cette jeune fille niât avoir jamais eu antérieurement d'attaques de nerfs, nous conclûmes de ces faits qu'elle avait une certaine disposition à l'hystérie. Cette opinion était d'autant plus fondée qu'un élève du service nous dit avoir constaté chez elle de l'analgésie, et que la malade déclarait de son côté qu'il lui était arrivé à plusieurs reprises de se piquer ou de se pincer la peau, sans qu'elle en ressentît de douleur.

L'observation de cette malade, dans laquelle la constriction des mâchoires est le fait capital, m'a engagé à vous parler de ce phénomène qui quelquefois constitue à lui seul une maladie assez rare, je le répète, mais très-intéressante et qu'il importe que vous connaissiez.

La constriction des mâchoires est un phénomène qui ne paraît pas avoir jusqu'ici appelé l'attention spéciale des médecins. On trouve bien, dans la science, quelques observations éparses d'individus ayant présenté un resserrement des arcades dentaires rendant impossible l'ouverture de la bouche, mais ces faits ont été signalés surtout par des chirurgiens qui avaient observé cette contracture à la suite de certaines déformations des os maxillaires, de brides de la muqueuse buccale ou de la peau, d'ankyloses de l'articulation temporo-maxillaire, et rendant impossible l'écartement des mâchoires.

Ces différentes observations chirurgicales ont été réunies en 1866 sous le titre de constriction permanente des mâchoires, dans une thèse soutenue pour l'agrégation en chirurgie, par M. le docteur Ferdut.

Mais à côté de ces faits, purement chirurgicaux, et dus à des causes mécaniques, il en est un assez grand nombre qui appartiennent à la médecine, et dans lesquels on voit, sous une influence quelconque, les malades être pris d'une impossibilité absolue d'ouvrir la bouche.

Mais, sous ce rapport, il y a deux catégories à établir. Dans l'une, la constriction des mâchoires n'est qu'un phénomène accessoire, se surajoutant à des symptômes plus importants et dépendant d'une maladie spéciale, telle que le tétanos, la méningite, certaines fièvres typhoïdes, dans la forme rachidienne, par exemple. Dans ces cas, en effet, il arrive fréquemment que les malades ne peuvent ouvrir la bouche.

Ce n'est là, je le répète, qu'un épiphénomène dont l'importance disparaît devant l'intérêt majeur d'autres symptômes plus graves et surtout devant la maladie. Dans ces cas, on peut donc dire que la contraction des mâchoires n'est qu'un accident purement symptomatique, accident qui a été décrit par tous les auteurs qui se sont occupés des maladies dont il vient d'être question.

Indépendamment de ces cas, il en est d'autres qui rentrent dans une catégorie spéciale, celle dont je me propose précisément de vous entretenir, et dans lesquels les malades se présentent avec une constriction des mâchoires existant en dehors de toute espèce de maladie, ou au moins de toute maladie importante, à titre, par conséquent, de simple phénomème vital.

Cette constriction des mâchoires, de nature purement médicale, a peu appelé l'attention. C'est à peine si, de loin en loin, on en trouve des observations éparses dans les journaux. Mais nulle part, dans aucun traité de médecine, on ne trouve décrit ce resserrement des mâchoires, indépendant de toutes causes chirurgicales.

Je dois dire cependant qu'il existe dans la science un traité sur ce sujet, dû à M. le docteur Sarrazin, qui en a fait, en 1855, le sujet de sa thèse d'agrégation pour le Val-de-Grâce. Dans ce travail, on trouve réunies un assez grand nombre d'observations empruntées à différents auteurs, mais aussi quelques faits personnels dont plusieurs appartiennent évidemment à la médecine.

De ces faits, il résulte que les cas de constriction permanente des mâchoires doivent être divisés en trois catégories. Dans l'une, le resserrement des arcades dentaires n'est qu'un phénomène accessoire, un épiphénomène venant se surajouter aux autres symptômes propres de la maladie; dans la seconde, elle est liée à l'existence d'une cause matérielle, à une altération profonde des os, des brides cicatricielles, l'ankylose de l'articulation temporo-maxilaire; dans la troisième, enfin, nous placerons les cas dans lesquels la constriction des mâchoires survient indépendamment de toute autre lésion, à titre de phénomène essentiel, dans lesquels enfin elle constitue à elle seule toute la maladie. C'est la seule variété dont nous nous occuperons.

Le premier phénomène qui saute aux yeux, le phénomène capital, dans cette maladie, c'est une impossibilité absolue, de la part des malades, d'ouvrir la bouche. Chez ces sujets, les arcades dentaires sont serrées l'une contre l'autre, l'inférieure disparaissant sous la supérieure, et tellement rapprochées, qu'il est impossible de glisser entre elles un corps étrange, quelque minime fût-il. Il en résulte que les mouvements d'abaissement de la mâchoire sont complètement abolis et que, dans certains cas même, il est impossible aux malades d'exécuter les plus petits mouvements de latéralité, nécessaires à la bifurcation des aliments.

De cette impossibilité d'ouvrir la bouche, il résulte également une gêne considérable de la parole, ainsi qu'une très-grande difficulté à avaler. C'est tout au plus, en effet, s'il est possible d'introduire l'extrémité d'une cuiller à la partie la plus reculée de l'arcade dentaire et de faire pénétrer quelques gouttes de liquide, de bouillon, dans la bouche des malades. Aussi, dans ce cas, lorsque la maladie dure depuis un certain temps, comme il est impossible d'alimenter les sujets d'une manière suffisante, est-on obligé de recourir à la sonde œsophagienne, introduite dans les narines, et de soutenir ainsi les forces des malades pendant plusieurs semaines et même des mois.

Outre ce phénomène de constriction qui s'oppose, comme je viens de vous le dire, aux mouvements de la bouche, il existe encore quelques autres phénomènes. C'est ainsi que l'on observe quelquefois une douleur assez vive à l'angle des mâchoires, autour de l'articulation temporo-maxillaire, et même, dans certains cas, une contracture particulière des muscles de la mâchoire qui se traduit extérieurement par une saillie bien marquée, notamment des masséters, que l'on sent, à la palpation, durs et augmentés de volume. Chez la malade dont je vous ai rapporté l'observation dans notre dernière réunion, cette contraction ne s'observait que d'une façon intermittente, et plusieurs fois nous avons vu à de la rigidité succéder de la flaccidité, et ainsi de suite.

Quelquefois, et notre malade nous en a encore présenté un exemple, on voit cette contracture s'étendre jusqu'aux muscles voisins et envahir les muscles du cou, les sténo-mastoïdiens, par exemple.

J'ajouterai qu'à ces phénomènes locaux viennent quelquefois se joindre des signes généraux. Il n'est pas rare en effet, lorsque la maladie a un caractère aigu, de voir une fièvre plus ou moins intense compléter le tableau que je viens de vous décrire. Vous en avez vu un exemple chez notre malade qui a présenté au début une température de 39°. Mais dans ce cas la fièvre tombe assez rapidement. D'autres fois, il n'y a pas trace d'état fébrile et tout se borne à la constriction des mâchoires. Enfin, chez certains individus et notamment chez les femmes jeunes, soit qu'ils existassent déjà antérieurement ou non, on voit quelquefois avec la maladie coïncider des phénomènes hystériques qu'il importe de bien constater, surtout, comme je vous le disais tout à l'heure, au point de vue du traitement.

La marche de la maladie est tantôt aiguë, tantôt chronique. Il est en effet des cas, et celui de notre malade rentre dans cette catégorie, où la constriction des mâchoires est tout à fait temporaire; les sujets commencent à entr'ouvrir la bouche, les phénomènes concomitants s'atténuent, puis progressivement la constriction cesse et au bout de quelques jours la guérison arrive par résolution complète.

Mais, à côté de ces cas, il en est d'autres dans lesquels, sans qu'il existe de lésions matérielles quelconques, sans cause mécanique quelle qu'elle soit, on voit la constriction des mâchoires persister pendant des semaines, des mois et même pendant plusieurs années. Il est, en effet, dans la science, des observations dans lesquelles la maladie s'est prolongée au-delà de six semaines, trois mois, six mois, et même au-delà de trois ans, alors que la contraction ne paraissait coïncider avec aucune espèce de cause mécanique.

Quant à la terminaison de la maladie, elle survient de plusieurs manières. Les uns guérissent, tout en continuant à avoir de la gêne dans les mouvements; chez les autres, la maladie disparaît graduellement, soit qu'elle ait cédé aux moyens qui ont été dirigés contre elle, soit qu'elle se soit usée, épuisée spontanément. Tantôt enfin, et c'est le cas chez les hystériques, la constriction disparaît brusquement, sans qu'on sache pourquoi, comme elle était venue.

INVAGINATION INTESTINALE

AVEC SORTIE D'UN MÈTRE ENVIRON D'INTESTIN GRÊLE, CHEZ UNE ENFANT DE HUIT ANS, SUIVIE DE GUÉRISON.

Par le docteur DEBROU (d'Orléans).

I.

On a publié un assez grand nombre d'observations d'invagination intestinale terminée par guérison, soit chez les adultes, soit chez les enfants; et l'on peut dire, aujourd'hui surtout, grâce au mémoire du docteur Rilliet (de Genève) (1), que tout est assez bien connu dans cette maladie, quoiqu'elle soit rare, et qu'nn médecin, très-occupé pendant une longue carrière, puisse n'en avoir pas rencontré un seul cas. Ce qui fait le plus défaut dans l'histoire de cette affection, c'est l'exposé de la lenteur et des difficultés de la guérison, quand celle-ci a lieu. C'est surtout à ce point de vue que j'ai cru utile de publier l'observation suivante :

Suzanne de B..., âgée de huit ans et demi, de constitution délicate, de tempérament lymphatique, fut prise tout à coup, le 17 avril 1877, à deux heures de l'après-midi, et après un déjeuner fait comme à l'ordinaire, de douleurs suraiguës dans le ventre, autour du nombril surtout, et avec des vomissements abondants. Un mois auparavant, le 15 mars, la petite malade avait eu une crise moins forte, mais de même genre : vomissements bilieux, constipation, ventre tendu, très-douloureux, fièvre.

Après trois jours, tout avait disparu, et l'enfant avait repris ses habitudes de santé.

Dix-huit mois auparavant, il y avait eu une diarrhée opiniâtre, entremêlée de vomissements, et il fallut presque un mois pour obtenir l'entier rétablissement des fonctions intestinales. Ces antécédents demandent à être notés, parce qu'on en a signalé d'analogues dans plusieurs observations d'invagination.

Quand je vis l'enfant, le 17 avril, à trois heures, elle se tordait, poussait des cris, avait le ventre tendu, douloureux au point de ne permettre qu'un toucher très-superficiel ; elle continuait de vomir. Les vomissements, qui avaient d'abord donné des aliments, ne contenaient plus que des liquides verts chargés de bile. — Une garde-robe avait eu lieu le matin. — Je prescrivis de l'eau de blanc d'œuf, de la glace à avaler en petits morceaux, et je fis, à côté du nombril, une injection de dix gouttes de chlorhydrate de morphine, au 1/100ᵉ.

Le 18, les vomissements bilieux, répétés, abondants, continuent : l'enfant vomit tout ce qu'elle boit ; pas de selle, malgré un lavement huileux. En palpant le ventre, on reconnaît, au côté gauche de l'ombilic, une tuméfaction ayant l'apparence et le volume d'un gros œuf de poule. J'avoue que la présence de cette tuméfaction, qui était récente et ne datait que de la crise du 17, aurait dû suffire pour me faire admettre une invagination. Ce signe, en effet, est très-important, et existe probablement toujours, et, quand on peut le constater, est presque décisif.

Le 19, même état. Pas beaucoup de fièvre, mais grande anxiété, plusieurs vomissements verts, bilieux. Point de selle, malgré les lavements.

Le 20, une selle, venue sans lavement, contient des matières mêlées de sang.

Le 21, trois selles nouvelles, contenant moins de matières et plus de sang, brun, noirâtre.

Le 22, une selle composée de sang presque pur, brun comme du raisiné, et représentant la quantité de trois grandes cuillerées.

La tumeur du ventre est moins arrondie, moins saillante; elle est comme étalée, élargie. Le ventre est moins douloureux au toucher. Les vomissements ont diminué.

24 avril. Selles de matières presque formées, encore teintes de sang. Les deux jours suivants, selles presque naturelles ; plus de sang.

(1) In *Gazette des hôpitaux*, janvier et février 1852.

26 avril. Plusieurs selles liquides, huit ou dix, de couleur grisâtre, d'odeur fétide. Les vomissements ont reparu fréquents, abondants, contenant une matière jaunâtre, qui a l'aspect des matières fécales sans en avoir l'odeur. Le ventre est devenu tendu. Fièvre; pouls à 140.

28. La diarrhée a diminué. L'enfant dit qu'elle rend quelque chose par le fondement, et appelle au secours. La mère voit une sorte de bouchon grisâtre, exerce une traction, et fait sortir un long ruban, qui mesure $1^{m},15$, et qu'on me montre le lendemain. Ce corps rejeté est d'une odeur infecte, d'un gris sale, comme s'il avait longtemps macéré, avec des taches noires ou brunes par places. Il est tubulé dans une partie de sa longueur, ouvert et déchiqueté ailleurs. On y voit, à l'œil nu, des stries régulières qui doivent être des fibres musculaires; mais on ne peut séparer des couches distinctes en forme de membranes, à cause de l'altération des parties. — M. le docteur Albert Gombault, qui a bien voulu examiner la pièce, a reconnu qu'elle n'était ni une fausse membrane, ni un produit accidentel, qu'elle est formée de parties organiques adultes, dont, à la vérité, il n'a pu déterminer la composition, parce que son examen n'a pu être fait que huit jours après le 28 avril. Il n'est pas douteux, du reste, que la partie rejetée par l'anus ne soit de l'intestin grêle, dans une longueur de 1 mètre au moins et plus.

A dater du 29 avril, la fièvre tomba, les vomissements cessèrent, ainsi que les douleurs. La soif resta très-vive ; l'enfant demandait sans cesse à boire et même à manger. On lui donna du bouillon de poulet, du lait étendu d'eau de gruau ; elle était assez gaie et jouait un peu sur son lit. — Le ventre est redevenu souple. On n'y retrouve plus la tumeur arrondie des premiers jours, ni même l'empâtement étendu qui a suivi et y avait succédé.

Entre le 3 et le 8 mai, l'enfant paraît entrer en convalescence. Le pouls est toujours fréquent, mais la peau n'est point chaude. Il y a peu de douleurs, pas de vomissements; le visage est calme, très-maigre, tiré, très-pâle. Le 6 mai, deux petits potages au bouillon de poulet et un œuf à la coque avec deux mouillettes de pain. Le 7, deux potages et quelques asperges, sans pain. L'enfant voudrait se lever. — Elle a une garde-robe (sans lavement) de matières dépourvues de sang, et formant un bloc épais, volumineux, presque comme venant d'une grande personne.

Le 8, après avoir dormi, mangé un petit potage à huit heures, elle est prise brusquement, à dix heures, de violentes coliques avec cris et vomissements. Ceux-ci continuent, au nombre de cinq à six par jour, jusqu'au 13 mai, abondants, bilieux : tout ce qui est mis dans l'estomac est rejeté. Le ventre, très-douloureux le 8, cesse de l'être peu à peu. Le 12, le 14, après lavement, une selle de matières formées, décolorées. — Le 15, vomissement bilieux, qui est le dernier de la crise, crise qui ne peut être attribuée qu'aux aliments pris le 6 et le 7. — On recommence à donner du bouillon de poulet et du lait coupé.

Le 17, après lavement, selle moulée, assez ferme, de couleur claire. — Cinq cuillerées à café de bouillon de poulet toutes les heures. L'enfant a toujours soif et faim. — De temps en temps douleurs de ventre.

Le 19, le 21, le 22, garde-robes volumineuses, assez fermes, de couleur jaune clair. On se demande quels aliments ont pu faire la matière de selles si abondantes.

Vomissements bilieux le 23, le 25, le 27. Garde-robe grise, demi-ferme, chaque jour. — Un ou deux petits potages. — Jusqu'au 3 juin, pas de vomissements. On arrive à quatre petits potages par jour. — Garde-robes tous les jours, assez fortes, assez fermes. — Sur le ventre, un vésicatoire large, qui paraît faire bien et diminue les douleurs.

Le 4 juin, avant un petit potage, on donne une pastille de calomel. Le 5, garde-robe abondante, décolorée ; deux autres, liquides, dans la journée : à cinq heures, vomissement bilieux.

9 juin. Garde-robes fortes, moulées, décolorées, presque tous les jours. L'enfant mange pour la première fois, le 9, de la cervelle et un peu de pain. On l'a levée ; elle a marché de son lit à son fauteuil, courbée en avant.

On peut croire que la convalescence est commencée. La faim est toujours grande; on donne chaque jour deux petits potages et un œuf à la coque, sans pain. L'enfant se lève tous les jours. Elle a souvent des douleurs de ventre, est assez gaie, mais d'une maigreur et d'une pâleur extrêmes. On dirait qu'elle ne se nourrit pas, que le peu d'aliments qu'elle prend ne lui profite pas, selon une expression vulgaire et juste. Elle vomit de temps en temps, même à jeûn. Garde-robes presque chaque jour, abondantes, décolorées.

Dans cet état, l'enfant va habiter la campagne, le 31 juillet, à vingt kilomètres d'Orléans, près de Meung-sur-Loire.

Le 3 août, à deux heures, après un léger déjeuner, elle a une crise violente comparable à celle du 17 avril. Vomissements d'abord d'aliments, puis de bile; douleurs atroces dans le ventre, qui est tendu, ballonné. Visage grippé; sueurs froides, pouls très-fréquent, filiforme. Je la vois le lendemain dans ce même état qui persiste, et je craignis une péritonite générale encore plus qu'à la crise du début. Je m'assure qu'aucun écart n'a été fait dans le régime, ni d'imprudence. Est-ce le transport d'Orléans à la campagne, une promenade en voiture, faite le 2 août, qui a ramené les accidents?

Ceux-ci disparurent graduellement.

En septembre, la famille conduisit l'enfant à Lourdes, et le voyage se fit assez bien.

En octobre, on reprit domicile à Orléans pour l'hiver. — Pendant les mois de novembre, décembre 1877, janvier, février 1878, l'état de l'enfant ne présente pas de grands dangers, mais elle eut très-souvent, tous les quatre à cinq jours, des douleurs de ventre et des vomissements. Ces accidents ne purent être rattachés exactement à la quantité ou à la qualité des petits repas, ni à la constipation. Les selles furent ordinairement faciles, sans diarrhée, et aidées par des lavements ou une cuillerée à bouche d'huiles d'amandes douces, ou une cuillerée à café d'huile de ricin. Il parut toujours que ce dernier moyen amenait du calme pendant plusieurs jours. Les selles étaient formées de matières abondantes, d'un gros volume, tantôt grises, tantôt jaunes, jamais brunes.

La soif et l'appétit étaient toujours très-prononcés. On ne pouvait donner que des potages, sans pain, légers, quatre par jour, et du bouillon dans l'intervalle; quelquefois un peu de viande hachée; le pain fut toujours difficile à passer. Les œufs passaient bien ainsi que le lait. Tous les farineux étaient exclus. La viande crue ne put être supportée. Le vin coupé d'eau plaisait assez. Je recommandai qu'on en fît prendre beaucoup et qu'on en donnât en lavement avec du bouillon.

Il y eut des accidents du côté de la vessie, pendant six semaines. Besoins d'uriner très-fréquents. Sortie douloureuse de l'urine, qui était claire. Je ne pus trouver aucune cause à cet accident, qui, certainement, ne fut pas produit par une péritonite localisée dans le voisinage de la vessie.

L'enfant était assez gaie, mais pâle comme un linge blanc, très-maigre, pouvait à peine se lever, marchait mal.

En février (1878), la guérison ne paraissant pas plus avancée qu'au mois de juin ou de juillet, je résolus de placer et de maintenir un cautère sur le ventre. Un disque de pâte de Vienne fut mis à gauche de l'ombilic, et, à la chute de l'eschare, la plaie fut entretenue par des pois. Je constatai exactement à cette époque que le ventre n'avait plus ni grosseur ni empâtement.

Peu après, les vomissements et les douleurs abdominales s'éloignèrent. A la fin de mars, l'enfant se trouvait beaucoup mieux, se levait et marchait plus aisément; elle digérait mieux ce qu'elle pouvait manger.

L'amélioration, que j'attribue incontestablement à l'action du cautère, se caractérisa de plus en plus. Dès le mois d'avril, la malade voulut sortir, et, après avoir été en voiture ou en tramway, elle marcha à pied dans les rues, mangea à table avec ses frères et ses sœurs, fut toujours gaie et parcourut toute la maison.

En mai et juin, on put et on dut croire que la guérison était définitive, d'autant plus que la maigreur et la pâleur avaient très-sensiblement diminué. Il y a de l'embonpoint même, au moins autant qu'avant la maladie]; les joues sont rosées et colorées; les forces sont tout à fait revenues, et l'enfant, devenue infatigable, marche droite et fait tous les mouvements. La guérison est donc arrivée enfin, après quatorze mois de maladie. Mais l'enfant a toujours des garde-robes privées de la couleur brune ordinaire; elle ne peut presque pas manger de pain, très-peu de viande; elle a parfois mal au cœur; parfois elle vomit, sans motif apparent, soit ce qu'elle a mangé, soit des liquides; il n'y a jamais de diarrhée. Les garde-robes sont faciles, sans douleur. — Le cautère fonctionne bien et sera entretenu encore pendant six ou huit mois.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 octobre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre du commerce transmet: 1° le rapport général présenté pour l'année 1877 par M. le médecin inspecteur des eaux minérales de Vittel (Vosges); 2° une lettre de M. Pennès, pharmacien, accompagnant l'envoi de pièces anatomiques conservées par le vinaigre dit antiseptique et hygiénique dont il est l'inventeur. M. le secrétaire perpétuel, après avoir donné connaissance de la lettre, met les pièces conservées sous les yeux de l'Académie. (Renvoyé à l'examen de M. Marc Sée.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend: 1° une lettre de M. le docteur Metzquer (de Montbozon), qui demande à être admis à présenter à la commission chargée d'examiner ses mémoires précédents sur l'inoculation de la tuberculose, un résumé de ses expériences nouvelles et un tableau d'ensemble de son travail.

Sur la proposition de M. Béclard, une lettre sera adressée à M. Metzquer pour lui indiquer le jour où la commission se réunira;

2° Un pli cacheté déposé par M. Pierre Thomas, interne des hôpitaux. Ce pli contient: 1° le dessin, la description et le manuel opératoire d'un nouveau céphalotome; 2° la description et le manuel opératoire d'un instrument destiné à broyer la tête du fœtus; 3° la description et les indications d'un nouveau mode d'écrasement linéaire au moyen de la ficelle-soie (le dépôt est accepté); 3° une observation de cas grave de phthisie pulmonaire chez un enfant de huit ans et demi, traitée par l'électrisation des muscles de la respiration, par M. le docteur Basting, de Bruxelles (commissaires: MM. Hérard, Bourdon et Woillez.)

PRÉSENTATIONS

M. Richet présente une note de M. Dechaux (de Montluçon) sur l'usage du col et de la glaire de l'utérus (commission des correspondants).

M. Ricord fait une communication au nom de la Commission française de secours aux blessés de terre et de mer.

M. Luys dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Fort, une brochure sur les centres nerveux.

COMMUNICATIONS ET LECTURES

De la trachéotomie sous-cricoïdienne sur le cheval. — M. Bouley fait, au nom de M. le docteur Krishaber, la communication suivante:

Le mode opératoire adopté pour la trachéotomie sur le cheval consiste dans la section d'un certain nombre d'anneaux de la trachée à une distance considérable du larynx, l'ouverture externe de la canule correspondant environ au tiers supérieur, ou même au milieu de l'encolure de l'animal.

Des inconvénients sérieux se rattachent à ce procédé.

Le premier consiste dans la dépréciation de l'animal que dépare la présence de la canule sur une partie particulière visible de l'encolure. La vulnération des anneaux de la trachée amène en outre, dans quelques cas, une périchondrite plus ou moins intense, compliquée parfois d'abcès et de perte de substance, et elle constitue dans tous les cas une plaie fort déplaisante.

L'examen attentif des rapports du larynx avec la trachée sur le cheval m'a conduit à cette observation que la trachéotomie peut être

très-aisément exécutée sur cet animal en épargnant complètement les anneaux de la trachée, ce qui, d'une part, met à l'abri de tous les inconvénients de cette vulnération, et, d'une autre part, permet de dissimuler l'ouverture externe de la canule. Le procédé opératoire que je propose facilite en outre le rétablissement de la respiration par les voies naturelles.

En effet, le larynx du cheval, extrêmement court et ramassé, se trouve logé dans le pli que forme l'encolure avec la tête, cette dernière dissimulant le larynx complètement; une membrane très-étendue dans tous les sens (la membrane trachéo-cricoïdienne) rattache au larynx la trachée, qui est extrêmement longue. Cette membrane est plus que suffisante pour l'introduction d'une canule du plus gros calibre. L'ouverture externe de la canule se trouve ainsi cachée entre les mâchoires de l'animal, et les anneaux de la trachée sont complètement épargnés.

Ce mode opératoire, auquel convient le nom de trachéotomie sous-cricoïdienne, présente en outre un avantage important au point de vue du rétablissement de la respiration par les voies naturelles. Comme la canule trachéale que l'on emploie sur le cheval est munie d'une branche ascendante, celle-ci, dans la trachéotomie sous-cricoïdienne, atteint et dépasse les cordes vocales, de sorte que la glotte est maintenue béante par la présence même de l'instrument. Le rétrécissement laryngé, cause de beaucoup la plus fréquente de la trachéotomie sur le cheval, cessant ainsi de fait, la communication directe entre les naseaux et la trachée se trouve rétablie de la sorte, et l'on peut impunément fermer l'ouverture externe de la canule, ce qui permet d'autant plus facilement d'en dissimuler la présence. Il est, en outre, permis d'admettre que la dilatation persistante de la glotte obtenue par la branche ascendante de la canule ait pour conséquence, à la longue, la guérison définitive du rétrécissement laryngé et devienne le plus puissant moyen de combattre le cornage.

Après avoir plusieurs fois exécuté l'opération que je propose sur des chevaux que l'on venait d'abattre, je l'ai mise en pratique sur deux de ces animaux avant qu'ils fussent tués, et j'ai pu me convaincre de l'extrême facilité du procédé opératoire.

Indications et contre-indications de l'ovariotomie. — M. DUPLAY lit un travail intitulé : *Des indications et des contre-indications de l'ovariotomie dans le traitement des kystes de l'ovaire*, qu'il résume par les propositions suivantes :

1° Avant de poser la question des indications et des contre-indications de l'ovariotomie, le chirurgien doit avoir établi un diagnostic aussi rigoureux que possible et pratiqué une ponction exploratrice;

2° Relativement à l'époque où il convient de proposer l'ovariotomie, je repousse l'opération précoce et je considère que l'ovariotomie est seulement indiquée lorsque le kyste est devenu, par son volume, un motif de gêne excessive pour les malades, ou, par les accidents locaux et généraux qu'il détermine, une cause imminente de danger pour la vie;

3° L'ovariotomie tardive, quoique ne devant pas être adoptée comme une règle générale, n'est cependant pas contre-indiquée par l'existence des complications locales et générales les plus graves, telles que : péritonite, inflammation, suppuration, gangrène des kystes, émaciation extrême ;

4° L'ovariotomie est formellement contre-indiquée dans les cas d kystes de l'ovaire compliqués de maladies générales ou locales, indépendantes de la présence du kyste et susceptibles d'entraîner par leur évolution ultérieure la mort des malades.

5° Les diverses conditions locales dépendant de l'état du kyste (parois et contenu), de ses connexions (adhérences), de l'état du péritoine (ascite), ne sont que de médiocre importance au point de vue des indications et des contre-indications de l'ovariotomie.

Je fais, cependant, deux exceptions à cette proposition générale : la première est relative aux kystes uniloculaires, à contenu séreux, non albumineux, pour lesquels l'ovariotomie me paraît généralement contre-indiquée; la deuxième est relative aux adhérences étendues du côté du petit bassin et des organes qui y sont contenus (utérus, vessie) et qui, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'ascite abondante, indiquent le plus souvent une affection maligne, ou du moins très-complexe. Dans ce cas, sans oser proscrire définitivement l'ovariotomie, je conseillerais de la retarder autant que possible.

6° Enfin l'ovariotomie est applicable aux kystes de l'ovaire compliqués de grossesse, lorsque la vie de la mère et de l'enfant est directement menacée par le développement de la tumeur et que la ponction reste sans effet.

Le travail de M. Duplay est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Richet, Depaul et Panas.

Sur la neutralisation des virus dans l'organisme. — M. COLIN lit un travail dans lequel il expose les résultats de ses expériences sur la neutralisation des virus dans l'organisme.

M. Colin rappelle qu'il a déjà communiqué à l'Académie les résultats négatifs que lui ont donnés les injections hypodermiques ou intra-veineuses d'iode, d'ammoniaque faites en vue de détruire les virus du charbon et de la septicémie ou d'enrayer leur action. Aujourd'hui il fait connaître sommairement les expériences relatives à quelques autres agents réputés anti-fermentescibles ou antivirulents. Elles portent sur 40 animaux traités, savoir : 7 par l'iode à haute dose ou l'iodure de potassium, 14 par l'acide phénique, 4 par l'acide sulfurique, 5 par l'hyposulfite de soude, 2 par le sulfate de fer, 5 par le sulfate de quinine.

Les expériences ont été pratiquées sur des lapins chez lesquels M. Colin inoculait le virus charbonneux à la pointe de l'oreille qui était amputée dix minutes après.

Sept lapins traités par des doses de 11, 12, 14, 19, 21 à 23 milligrammes d'iode par kilogramme du poids du corps, sans compter l'iode ajouté sous forme d'iodure de potassium, n'en ont pas moins contracté le charbon qui les a tués en 22, 23, 24, 28 heures avec gonflement de la rate et bactéridies dans le sang, un sang virulent au plus haut degré, puisqu'il reproduit toujours la maladie charbonneuse avec sa malignité ordinaire.

Les quatorze animaux soumis au traitement phéniqué, à la dose graduellement croissante de 20 à 230 milligrammes d'acide par kilogramme du poids du corps, donnés en 1, 2, 3, 4 fois, sont tous morts en 18, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 33 et 42 heures, avec les lésions habituelles, des bactéridies dans les viscères en quantité normale. Les doses d'acide ont été portées à leur maximum ; elles représentent 1 gr. 1/2 à 17 gr. pour l'homme du poids de 75 kilogrammes.

Il en a été de même des animaux traités par l'acide sulfurique, l'hyposulfite de soude, le borate de soude, le sulfate de fer et le sulfate de quinine.

Ainsi, tous ces agents réputés énergiques n'ont rien fait, ni pour guérir, ni pour atténuer, ni pour retarder les effets du virus charbonneux. Ils n'ont rien fait, ni en petites, ni en fortes proportions, administrés en une ou plusieurs fois, au début ou au milieu de l'intoxication virulente, quelque faible qu'ait été la quantité de virus absorbée, quantité le plus souvent réduite au minimum par l'amputation, au bout d'un temps très-court, de la partie où le virus avait été déposé.

Enfin ces prétendus agents antivirulents n'ont pas même affaibli sensiblement la faculté contagifère après un grand nombre de transmissions successives ou de générations virulentes. Le sang charbonneux pris sur le premier animal traité a été porté sur un second également traité et de celui-ci sur un troisième. Dans la série, qui a duré un mois, les générations virulentes sont arrivées au nombre de quinze, le charbon ne s'est pas éteint, sa puissance n'a pas perdu sensiblement à chacune de ces transmissions ; il a tué toujours aussi rapidement que s'il avait été pris à sa source spontanée. A la dernière il avait toute la gravité de la première.

M. BOULEY. — Les expériences de M. Colin sont très-intéressantes, mais il faut convenir qu'elles sont désespérantes... du moins pour les lapins. Heureusement qu'on n'en doit pas rigoureusement conclure pour l'homme chez qui l'inoculation s'opère beaucoup plus lentement que chez les animaux, si j'en juge d'après les observations dont j'ai eu connaissance. Il paraît y avoir chez l'homme une

plus grande force de résistance qui permet de compter sur la guérison.

M. COLIN admet parfaitement la distinction que vient de faire M. Bouley. Il est très-vrai que chez l'homme on parvient à guérir la pustule maligne. Mais je ferai remarquer, dit-il, qu'il s'agit ici du charbon généralisé. L'ablation de la tumeur charbonneuse dans ce cas ne suffit plus, elle est incapable d'empêcher l'action destructive de la petite quantité de liquide virulent introduit dans l'économie. C'est du moins ce qui ressort de mes expériences.

M. J. GUÉRIN demande à M. Colin s'il a cherché à détruire les virus par les antidotes, avant de les introduire dans l'économie. S'il ne l'a pas fait, il l'engage à instituer ce genre d'expériences qui pourraient donner des résultats intéressants à connaître.

RAPPORTS

M. POGGIALE continue la lecture du rapport officiel sur les eaux minérales pour l'exercice de 1877.

Les conclusions du rapport seront communiquées à l'Académie en comité secret.

Après la lecture de ce rapport, l'Académie se forme en comité secret à près de cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour un emploi de suppléant d'anatomie et de physiologie s'ouvrira, le 1er mai 1879, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. le docteur Riant vient d'être nommé commandeur de l'ordre royal militaire du Christ de Portugal.

— M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le lundi 4 novembre, à huit heures du matin, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis de chaque semaine.

— La policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, rue de Bellechasse, 29, est ouverte du 1er novembre au 31 août. — Le jeudi, à neuf heures du matin : consultations auxquelles assistent les élèves inscrits. Le même jour, à onze heures : leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes. La première leçon aura lieu le jeudi 7 novembre.

— M. le docteur Desmarres commencera ses cours, ses opérations et ses leçons cliniques le lundi 11 novembre, 8, rue Hautefeuille, et les continuera les lundis et mercredis suivants de midi à deux heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'hygiène publique et privée et ses applications thérapeutiques, par le docteur A.-B. PAULIER, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 800 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, 1878, Octave Douin.

Des agents perturbateurs du développement de la jeunesse (étude physiologique sur l'alcoolisme, l'abus du tabac et l'onanisme), par le docteur E. GOUBERT. — Prix : 3 francs. — Paris, 1878, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 128. — SAMEDI 2 et MARDI 5 NOVEMBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 2 et MARDI 5 NOVEMBRE 1878. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Ernest BESNIER.

De l'éléphantiasis.

I

Parmi les affections que vous devez particulièrement étudier dans cet hôpital, parce que c'est ici surtout que vous les trouverez réunies assez nombreuses pour être vues et touchées dans leurs espèces et dans leurs variétés, se trouve l'éléphantiasis des Arabes, dont je viens de vous montrer dans mes salles trois types remarquables.

Assurément plus fréquent en certaines contrées que dans la nôtre, cet état pathologique est cependant rencontré parmi nous assez souvent pour qu'il soit difficile de comprendre pourquoi il est généralement aussi imparfaitement connu ou aussi mal compris. Ce n'est pas à dire que l'état de la science soit très-avancé sur la physiologie pathologique de cette affection, sa nature réelle, ou sur sa thérapeutique; mais, tout en reconnaissant les lacunes considérables qui existent encore dans son histoire, je veux cependant vous montrer que ce que nous savons aujourd'hui sur ce sujet est suffisant pour qu'il soit possible d'en donner un aperçu méthodique assez simple pour être vulgarisé aisément, et assez clair pour servir à mettre fin aux obscurités ou aux malentendus.

La dénomination commune d'éléphantiasis, ou altération grossièrement caractérisée par l'aspect éléphantiaque des parties atteintes, s'applique à *une série* d'affections dont la condition pathogénique est multiple, mais dont la condition instrumentale est toujours une irritation localisée et une obstruction localisée du système lymphatico-veineux d'une région du corps, et la lésion un œdème inflammatoire hypertrophique à paroxysmes successifs et à marche lente ou chronique.

Le type classique de ces affections est depuis longtemps connu et décrit sous le nom d'éléphantiasis *des Arabes*, non pas parce que cette affection serait propre aux *populations* arabes, mais parce qu'elle a été décrite par les auteurs *arabes*, et pour la première fois clairement, au neuvième siècle de notre ère, par Razès, le premier et l'un des plus célèbres de ces auteurs. Malheureusement, cette même dénomination avait été *antérieurement* donnée par les *auteurs* grecs à une autre maladie présentant aussi, dans quelques-unes de ses formes, des aspects éléphantiaques; et, comme ces deux maladies règnent fréquemment en des mêmes régions, il en est résulté, au cours des siècles, une confusion inextricable, dont la trace persiste encore aujourd'hui dans l'esprit d'un grand nombre de médecins de tous les pays. Cette autre affection, *décrite* par les Grecs sous le nom d'éléphantiasis, en diffère cependant, et de la manière la plus radicale : elle répond à la maladie *générale* dont la dénomination scientifique, universelle aujourd'hui, est *lèpre* ou *spédalsked*, tandis que la maladie de Razès est une affection toujours *locale*.

Voici donc deux premiers points bien établis : 1° La *seule* affection à laquelle on doive conserver, dans le langage scientifique contemporain, la dénomination d'éléphantiasis est une affection *locale* décrite par les auteurs arabes sous le nom d'éléphantiasis; 2° La maladie *générale* à laquelle les auteurs grecs avaient précédemment donné le nom d'éléphantiasis, et que l'on désigna longtemps pour cette raison du nom d'éléphantiasis *des Grecs*, doit porter aujourd'hui le nom de lèpre ou de spédalsked, et n'en doit plus recevoir d'autre.

D'un autre côté, toutes les fois que vous trouverez dans les auteurs antérieurs à l'époque immédiatement actuelle les mots *lèpre* ou *éléphantiasis* employés *sans* qualificatif, n'acceptez jamais la dénomination que sous bénéfice d'inventaire, c'est-à-dire sans savoir ce que l'auteur que vous lisez entend exactement par ces mots; car la confusion a été poussée aux dernières limites par plusieurs auteurs, notamment par Alibert, qui a appelé lèpre éléphantine l'éléphantiasis vrai, et par d'autres dermatographes qui ont conservé le titre de lèpre à la lèpre des Grecs, c'est-à-dire l'affection décrite sous ce nom par les auteurs grecs, laquelle n'était autre que notre psoriasis actuel. Il faudrait des heures ou des pages entières pour relater toutes les incohérences de la nomenclature médicale à propos des mots lèpre et éléphantiasis. Rappelez-vous seulement, comme troisième point à fixer dans votre mémoire, que les mots de lèpre des Grecs ou de lèpre vulgaire n'ont rien de commun avec la lèpre vraie ni avec l'éléphantiasis, mais ne sont autres que notre *psoriasis*, et particulièrement ses variétés figurées.

Ce n'est pas tout : indépendamment d'une foule de dénominations géographiques tirées des lieux où l'affection est plus fréquente, telles que *jambe des Barbades*, *mal de Surinam*, *pied de Cochin*, etc., que nous indiquerons en parlant des espèces et des variétés du genre, il existe encore un certain nombre de désignations qui ont été proposées au siècle actuel pour essayer de soustraire l'affection éléphantiaque à la

confusion sans cesse renaissante à laquelle donne lieu l'application du terme d'éléphantiasis à deux maladies essentiellement distinctes ; mais ces tentatives ont été vaines, aucun terme nouveau n'a été ni ne pouvait être adopté.

La dénomination qui semblait devoir rallier le plus de suffrages, celle de *pachydermie*, proposée par Fuchs, en 1840, n'a pas prévalu par cette raison même qu'elle est trop explicite et qu'elle précise plutôt la lésion ultime, la dureté et la résistance de la peau, que le fait plus général et plus tôt marqué de l'augmentation de volume et de la déformation éléphantiaques. Le nom de *bucnemia tropica*, proposé par Mason Good, et qui veut dire grosse jambe des tropiques, n'avait aucune raison pour être accepté ; il en est de même de la dénomination de *spargosis cellulo-areolaris*, d'Erasmus Wilson, qui veut dire textuellement enflure du tissu cellulo-aréolaire.

L'éléphantiasis peut s'observer partout, mais il faut ajouter de suite (particularité très-significative) que la maladie, relativement rare dans toute l'Europe, est, au contraire, commune dans toutes les autres parties du monde, et qu'elle est endémique dans plusieurs régions, notamment dans les régions tropicales et circa-tropicales, sur le bord de la mer et le long des grands fleuves, ou dans des contrées particulièrement basses et humides et habitées par une population misérable.

En Afrique, on la trouve notamment en Arabie, en Égypte, sur le littoral méditerranéen, à la côte occidentale ; en Amérique, au Brésil, aux Antilles anglaises (Barbades); en Asie, au Malabar, à Ceylan ; en Océanie, aux îles de la Sonde.

Les progrès de la géographie médicale, les relations des médecins de toutes les parties du monde, ont permis de montrer que, sauf la fréquence ou l'intensité, les complications ou la spécialité des localisations, l'affection était la même en tous pays, et l'étude clinique attentive a démontré qu'on la retrouvait la même sous toutes ces dénominations diverses. Je ne puis vous en fournir, sur l'heure, de meilleure preuve qu'en vous en montrant réunis dans nos salles, comme je l'ai fait tout à l'heure, trois exemples indigènes qui ne diffèrent en rien des types les plus exotiques.

Nous allons d'abord fixer les caractères cliniques constatés chez nos malades afin d'en accentuer clairement l'individualisation et de vous fournir une base suffisante pour suivre sans difficulté l'exposé dogmatique succinct qu'il nous restera à faire de la maladie considérée dans son ensemble.

Observation I. — Adolphe R..., ouvrier en galoches, âgé de quarante-quatre ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Léon, n° 17, le 14 avril 1878 ; il est aujourd'hui couché au n° 35 de la même salle.

C'est un homme assez vigoureux, sans antécédent pathologique héréditaire, bien portant lui-même, à l'exception des phénomènes morbides qui se sont manifestés dans le membre inférieur droit depuis l'âge de douze ans. Il habitait à cette époque la campagne de Bourges, dans une localité *marécageuse*, et il a eu à plusieurs reprises, dans le cours de son enfance, des accès de *fièvre intermittente*.

L'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital remonterait à l'âge de douze ans, où il aurait eu, sans autre raison que la fatigue plus grande supportée dans sa profession par le membre inférieur *de ce côté*, une *inflammation aiguë* des téguments de la jambe droite, qu'il désigne sous le nom d'*érysipèle*, mais alors érysipèle phlegmoneux, car le médecin qui lui donna alors des soins crut devoir faire autour de la région péri-malléolaire cinq incisions verticales profondes, longues chacune de plusieurs centimètres, et dont on retrouve la trace saillante marquée par des cicatrices hypertrophiques (je ne dis pas kéloïdiennes). Si je rappelle cet acte si largement chirurgical, ce n'est pas pour le critiquer, mais seulement parce qu'il témoigne au moins de l'intensité des lésions phlegmasiques développées dès la première attaque. Depuis cette époque jusqu'au commencement de cette année, il n'y aurait eu que trois attaques semblables à la première, ayant chacune laissé le membre un peu plus volumineux que précédemment, mais dans des proportions assez modérées cependant pour que le malade ait pu faire le service militaire pendant la campagne de 1870-71.

La dernière crise, la plus violente et la plus longue, au rapport du malade, a débuté au mois de janvier 1878 : comme dans les dernières, frisson initial violent, prolongé ; douleur et gonflement dans la région inguinale, rougeur vive, mais envahissement, pour la première fois, de la partie inférieure de la cuisse. C'est à la suite de cette dernière poussée phlegmasique que le membre a acquis l'aspect qu'il a aujourd'hui, et qui reste absolument stationnaire depuis deux mois que le malade est soumis à notre observation.

État actuel. — Un coup d'œil jeté sur le malade découvert et placé dans le décubitus dorsal fait remarquer l'augmentation considérable de *volume* du membre inférieur droit, accentuée surtout et arrêtée au niveau du *cercle péri-malléolaire*, tandis que le pied semble avoir son volume normal.

Mensuration comparée :	Membre droit.	Membre gauche.
Au pli génito-crural	53 centim.	51 centim.
A la partie moyenne de la cuisse	43	43
A la rotule.	33	30
A la partie moyenne de la jambe	38	31
Aux malléoles	31	23

La *couleur* est uniformément normale dans toute l'étendue des parties malades.

La *couche cornée* est intacte; on note seulement quelques excoriations superficielles, un peu de desquamation fendillée sur les faces postérieures.

La *température*, appréciée à la main, semble normale, comparativement à celle du membre sain.

Aucun trouble profond de la *sensibilité*.

La *consistance* est ferme, dure aux parties inférieure et postérieure; le tégument reçoit cependant et conserve quelques instants l'impression forte du doigt; à quelque profondeur que soit enfoncée une aiguille, qui pénètre avec peine dans les tissus, elle rencontre des couches indurées, fibreuses; au-devant du tibia, cette couche dure est épaisse de 23 millimètres, l'épaisseur de la partie correspondante sur le membre sain n'étant que de 4 à 5 millimètres; partout la piqûre donne issue à un liquide *clair*, *alcalin*, *fibrinogène* et chargé de cellules.

Bien que le poids du membre apporte à la marche une gêne considérable, tous les *mouvements* peuvent être exécutés.

Le repos, les bains de vapeur, les frictions résolutives, etc., n'amènent aucune modification favorable, et, au bout de deux mois, l'état est absolument stationnaire (1).

(1) Depuis cette période, toute d'observation, la compression méthodique, pratiquée comme il sera dit plus loin, avec des bandes de caoutchouc, a rapidement amené la guérison relative, c'est-à-dire, la possibilité pour le malade de reprendre son travail, le membre simplement maintenu par un bas élastique ordinaire.

Obs. II. — Un homme de soixante-dix ans, Louis T..., imprimeur sur tissus, est entré pour la première fois dans ma division, en février 1876 ; il en est sorti à plusieurs reprises, puis il y est rentré définitivement, et il occupe aujourd'hui le lit n° 54 de la salle Saint-Léon.

Cet homme, bien qu'il n'ait jamais, à ce qu'il assure, souffert de la misère, présente cependant, à son entrée, tous les caractères de la vieillesse misérable, y compris la phthiriase des vêtements et l'affaissement moral. Sur ses antécédents pathologiques, on obtient peu de renseignements ; il se rappelle seulement, avec certitude, qu'il a eu, dans son enfance, des éruptions cutanées, des coryzas avec croûtes et des blépharites fréquentes.

L'affection remonterait à l'année 1872, et aurait débuté sous l'influence des *efforts plus grands* exécutés par le *membre gauche*, pour les nécessités de sa profession, par une ulcération, peut-être variqueuse, développée en avant, un peu au-dessous de la partie moyenne de la jambe gauche ; en même temps, se sont produits des accidents caractérisés par l'apparition subite d'un *frisson*, suivi de douleur et de gonflement dans l'*aine* gauche, avec *rougeur et gonflement* du membre, le tout durant de quatre à huit jours ; ces *accès*, dont nous avons observé huit ou dix reproductions chez ce malade, se sont succédé en si grand nombre, depuis le début, que le malade ne saurait calculer, même approximativement, depuis six années, leur chiffre exact ; au milieu des nombreuses péripéties amenées par ces accès lymphangitiques, dont quelques-uns, sous nos yeux, ont été assez graves pour sembler une menace pour son existence ; la jambe, dans sa partie inférieure surtout, s'est endurcie et hypertrophiée sous la forme spéciale qu'elle présente aujourd'hui, et que nous allons décrire en peu de mots tout à l'heure.

Pendant quatre années, jusqu'au mois de mai 1876, les accidents locaux s'étaient développés exclusivement à gauche ; mais, le 30 mai 1876, le malade étant dans nos salles, et n'ayant été soumis à aucune cause morbide particulière, n'ayant ni ulcérations ni varices de ce côté, il survint, comme d'habitude, un frisson et un accès fébrile, et le membre inférieur *droit* devint, en même temps que le gauche, le siège d'une lymphangite diffuse avec *adénopathie inguinale* douloureuse correspondante ; puis, au bout de huit jours, tout était rentré dans l'ordre, accidents généraux et locaux. Le membre conserva, après cette crise, une *tuméfaction* manifeste, évidente surtout dans la région péri-malléolaire. Depuis le 8 juin 1876 jusqu'au 19 juin 1877, aucune nouvelle poussée ; mais, à cette époque, nouvel accès de dermolymphangite droite, avec adénite inguinale, frisson, fièvre, etc., également terminé au bout de quelques jours, et laissant après lui une tuméfaction plus accentuée encore. Dès ce moment, la lésion était constituée de ce côté, et nous avions saisi sur le fait son évolution classique ; déjà, à partir de cette époque, on voyait de légers soulèvements papilliformes sous l'extrémité des ongles des orteils de ce côté, et une piqûre faite à la jambe épaissie, indurée, surtout dans son tiers inférieur, laissait écouler une sérosité alcaline, suintant plusieurs heures après la piqûre.

Depuis cette époque, les accès lymphangitiques ont continué à se produire du côté gauche, mais ils n'ont pas reparu à droite où l'état est resté stationnaire.

État actuel. — Cet état, qui a peu varié depuis deux années, est le suivant : ulcère scléreux de la partie antéro-inférieure de la jambe gauche ; induration et adhérence des téguments aux parties profondes ; limitation presque absolue des lésions à la jambe dont le *collet* inférieur est *remplacé* par une *saillie* circulaire qui place, à l'union de la jambe et du pied, le diamètre le plus considérable qu'elle présente (jambe d'éléphant, périçal ou pied fébricitant de la côte de Malabar, pédarthrocace).

Dans tous ces points, même au niveau des plus indurés, le doigt enfoncé très-fortement peut marquer son empreinte, et les piqûres laissent écouler de la sérosité coagulable. En certains points, la sensibilité semble émoussée à un examen superficiel, mais il est facile de s'assurer qu'elle subsiste presque partout, sauf dans la couche indurée du derme proprement dit. Enfin, le tégument présente, dans sa coloration et dans l'état de sa partie superficielle, des altérations tout à fait caractéristiques.

La coloration générale des parties malades est brunâtre-gris sale, due tout entière à l'imprégnation sordide de la couche cornée hypertrophiée (*elephantiasis fusca vel nigricans*). Leur surface, au lieu d'être lisse, est rugueuse, et, sur la plus grande partie du tiers inférieur du membre, elle est hérissée de saillies papilliformes qui, examinées à la loupe, montrent toutes les formes de papilles connues, fungiformes, mûriformes, perlées, bifides, mais en grande majorité filiformes, et formant, par l'agglomération serrée de leurs cônes cornés, une surface velvétique, un chevelu fin qui se retrouve très-délicat autour du tendon d'Achille, à la bordure des espaces interdigitaux, autour des ongles, et dans le sillon sous-unguéal où elles relèvent et font saillir l'ongle (*éléphantiasis papillaire des auteurs, lichen hypertrophique de M. Hardy*).

Au milieu de tout cela, malgré de longs mois de séjour à l'hôpital, malgré des affections communes intercurrentes, malgré la répétition d'accès, souvent graves, de lymphangite, malgré l'âge avancé, l'*état général* s'est maintenu assez satisfaisant, et la situation du malade ne s'affaisse pas sensiblement ; il n'y a jamais eu, d'ailleurs, de lésion viscérale appréciable, aucun trouble urinaire, etc.

Toutes les tentatives thérapeutiques sont restées sans résultat ; vingt fois on a recommencé la compression méthodique, donnant toujours un bénéfice momentané, jamais complet, s'effaçant aussitôt la compression cessée ; on a d'ailleurs eu à lutter sans cesse contre l'infection des pièces du bandage compressif par le suintement incessant de l'ulcère, et aussi contre les poussées lymphangitiques dont la compression n'empêchait pas le retour : tous les modes de compression et d'élévation ont été tentés, depuis le bandage silicaté jusqu'au bandage en caoutchouc ; au moment des accès, les cataplasmes de fécule, arrosés d'eau blanche, l'emploi à l'intérieur du sulfate de quinine, ont toujours paru avoir une influence favorable.

CLINIQUE DE L'ÉTRANGER.

Des différentes formes de périostite et en particulier de la périostite purulente suraiguë ou maligne (1).

Par le professeur Podraski, médecin principal de l'armée autrichienne.

II

Nous connaissons maintenant les formes ordinaires de l'inflammation du périoste ; je ne puis me dispenser, par cela même qu'elles sont fréquentes, de vous dire un mot des traitements qu'elles réclament.

Pour les plus simples, le repos, les fomentations froides, à l'occasion le massage, dans d'autres, les incisions précoces dimi-

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 octobre.

nueront notablement la durée de la maladie. Parfois les choses seront plus compliquées et on devra instituer un traitement général pour la scrofule ou la syphilis.

Nous pouvons attendre de ces moyens des résultats plus ou moins favorables dans les variétés dont nous venons de parler. Mais la périostite maligne, autrement dite purulente suraiguë, en diffère à tous les points de vue; elle occupe une place à part dans ce groupe morbide : tandis que dans les premières le processus se limite; tandis que l'exsudat se résorbe ou vient former une collection entre le périoste et l'os, en même temps qu'il y a, dans les cas les plus graves, de légers troubles de voisinage; tandis que le plus souvent la terminaison est heureuse, la périostite maligne au contraire amène en un temps étonnamment court la suppuration et la destruction de tout le périoste. Le processus s'étend aussi bien à l'os qu'aux tissus extérieurement en rapport avec lui. J'ai dit au bout d'un intervalle étonnamment court; nous voyons par le fait la mort arriver ordinairement au bout de quelques jours.

Dans les formes bénignes, l'état général reste satisfaisant quand elles n'ont point une étendue insolite, quand il n'y a ni suppurations profuses, ni diathèses antérieures; la périostite maligne, au contraire, l'intéresse immédiatement d'une manière grave. La diffusion des matières infectieuses ou délétères qui partent du foyer inflammatoire est si rapide que, dès le début, le danger saute aux yeux. Au bout de quelques jours, le sujet paraît sous le coup d'une affection typhoïde extrêmement sérieuse ou d'une septicémie profonde. Le pouls est petit, rapide et inégal, la température s'élève de 40 à 41°; la langue est sèche, brune; il y a du délire, de la diarrhée colliquative, et dans la plupart des cas on voit bientôt arriver le collapsus qui précède la mort.

Pendant la succession désespérante de ces phénomènes, les symptômes locaux ne restent pas stationnaires : une tumeur molle, douloureuse, fluctuante, se montre sur le membre affecté. Quand on l'incise, il s'en écoule soit du sang pur (*purpura ossium* des anciens), soit du pus mélangé à de nombreux caillots et répandant une odeur fétide et pénétrante.

Au premier moment, il semble parfois que l'on a plongé le bistouri dans une tumeur anévrysmale. Quand on introduit le doigt par l'incision, on arrive dans une vaste cavité et l'on pénètre aisément jusqu'à l'os sur lequel on trouve des lésions à peine concevables, étant donné le début récent de la maladie. Le tissu cellulaire, les muscles, les ligaments, le périoste, en un mot tout ce qui est en rapport avec l'os est changé en un détritus putrilagineux. Ces accidents locaux, joints aux symptômes généraux qui montrent que les produits les plus délétères ont déjà pénétré dans l'organisme, ne peuvent laisser aucun doute sur l'imminence du péril.

Je serais conduit beaucoup trop loin si je voulais m'étendre longuement sur toutes les affections qui pourraient être ou qui ont été souvent confondues avec la périostite purulente suraiguë. Une ostéite ou une ostéo-myélite aiguës peuvent présenter avec elle une ressemblance, mais une ressemblance lointaine; si parfois on se trouve en présence de phénomènes généraux analogues, l'état local montre toujours des différences essentielles.

La périostite maligne est heureusement très-rare. Son étiologie est profondément obscure; on ne connaît rien sur sa nature, on ne sait nullement pourquoi l'inflammation prend chez tel ou tel individu une marche aussi formidable. Je n'ai vu jusqu'aujourd'hui que trois cas; deux s'étaient montrés chez des gens robustes, bien constitués et qui n'avaient jamais eu de maladie antérieure. Ma première observation seule eut pour sujet une femme manifestement tuberculeuse. Dans tous ces faits, la cause occasionnelle fut un traumatisme insignifiant, une chute, un choc léger contre une balustrade, etc.

Beaucoup d'auteurs, considérant la maladie comme une simple ostéite ou une périostite rhumatismale aiguë, admettent qu'elle se développe sous l'influence d'un refroidissement; l'action de cette cause est plausible.

La thérapeutique à suivre nous a été indiquée par ce que nous avons déjà dit. La marche est si rapide que les médicaments internes, comme la quinine, le camphre, l'acide salicylique, n'ont guère le temps de produire un résultat avantageux; d'un autre côté, il est bien rare qu'un traitement chirurgical puisse guérir le malade. Des trois que j'ai observés, deux sont morts en quelques jours. J'ai pu sauver le troisième, qui avait une périostite maligne du tibia, par une amputation rapide de la cuisse. Comme son histoire présente plusieurs points dignes d'intérêt, je vous la rapporterai brièvement.

Vers le milieu de septembre de l'année 1877, un artilleur entra dans mon service à la suite d'un traumatisme léger au niveau du condyle interne du tibia gauche. Il s'en était inquiété si peu que pendant trois jours il avait continué son service; tout à coup il éprouva au point du choc des douleurs atroces. Au moment de son entrée, nous le trouvons dans l'état suivant : C'est un homme robuste et bien bâti; un peu au-dessous de l'angle interne de la rotule, il présente une place assez sensible, sans gonflement ni rougeur de la peau. Nous prescrivons des fomentations froides et le repos au lit. Quelques jours de ce traitement produisent une amélioration suffisante pour qu'il puisse se lever. Le 6 octobre, la douleur reparaît en même temps que se développe une tumeur qui, en vingt-quatre heures, prend la grosseur du poing et devient fluctuante. L'augmentation de volume continue et, le 9 octobre, le major Truka fait à la visite du soir une ponction avec un fin trocart; elle donne issue à une certaine quantité de sang liquide et pur. On ferme la petite plaie au moyen d'une bandelette de taffetas d'Angleterre.

10 octobre. La tumeur a repris son volume de la veille; les douleurs sont terribles, la fièvre est forte; il y a eu du délire pendant la nuit. Le lendemain les douleurs et la fièvre sont moindres, mais elles ont été suivies d'un collapsus rapide. Je propose alors au malade d'ouvrir largement la tumeur, sauf à faire ensuite ce qui sera nécessaire, même une amputation de la cuisse si les circonstances l'exigent; il y consent. A peine ai-je incisé la peau qu'il y a un fort jet de sang avec des caillots nombreux, le tout répandant une odeur cadavérique. Le doigt introduit par l'ouverture pénètre jusque sur la tête dénudée du tibia et rencontre une large cavité dont il n'est pas possible d'apprécier les dimensions. Vous comprenez qu'en présence d'une lésion locale de cette espèce l'amputation de la cuisse était le seul traitement qui pût sauver le malade, quoique la septicémie déjà manifeste diminuât notablement notre espoir. L'opération fut faite selon la méthode de Lister et les pansements exécutés d'après ses principes.

Vous avez sous les yeux l'intéressante préparation de l'os malade; vous serez étonnés sans doute de ce qu'en peu de jours la tête du tibia tout entière a été détruite et qu'aujourd'hui elle est réduite à une enveloppe aussi mince qu'une feuille de papier circonscrivant la grande cavité que nous avions trouvée. Je dois vous dire en outre qu'il n'y avait plus trace de périoste, de muscles, de tissu sous-cutané dans le voisinage; la cavité était remplie par une masse pulpeuse.

Je ne vous détaillerai point la marche du pouls et de la température; pendant plusieurs semaines la vie fut en grand péril; la température oscilla entre 38, 39 et 40°; le pouls entre 120 et 124. Il y eut des eschares au sacrum et vers la nuque; nous dûmes ouvrir successivement plusieurs abcès de la cuisse; la diarrhée fut difficile à arrêter; mais, malgré tout, l'état de la plaie se maintint excellent; des granulations de bonne nature se développèrent et gardèrent constamment un aspect favorable, la surface diminua vite. Nous redoutions presque que la plaie ne se fermât trop tôt et que cette circonstance ne tuât le malade (1).

Après six semaines, le 26 novembre, il présenta des accidents dus à l'absorption de l'acide phénique. La plaie, qui était

(1) Il y eut chez ce malade une suppuration assez notable. Ici pourtant, comme dans beaucoup d'autres cas, j'avais suivi à la lettre les préceptes de Lister, mais je n'ai jamais vu une plaie guérir sans suppuration lorsque sa réunion par première intention avait échoué. Il y a, au contraire, du pus en assez grande quantité; il est probable que la même chose est arrivée à d'autres.

très-petite, fut recouverte d'un emplâtre opiacé. A partir du 7 décembre, l'aspect changea notablement, la fièvre disparut, et il est actuellement bien portant; je vous l'aurais présenté aujourd'hui si le temps n'eût été d'une rigueur exceptionnelle.

J'attribue le résultat inespéré que j'ai obtenu dans ce cas à la bonne constitution du malade et à la méthode de Lister. Je me range parmi ses partisans convaincus, car, depuis trois ans que je l'emploie, j'ai réussi souvent à prévenir sans difficulté des gangrènes, des érysipèles ou d'autres complications tout aussi graves des plaies. Dans tout le cours de 1877, je n'ai eu dans ce service qu'un érysipèle insignifiant, et vous savez tous que, les années précédentes, de trop nombreux opérés succombaient aux accidents en question.

Je dois vous dire en terminant que j'ai fait l'ischémie artificielle avec la bande d'Esmarch, que j'ai lié les vaisseaux artériels ou veineux avec le catgut. Je ne saurais trop vous recommander ces deux procédés qui feront époque dans l'histoire chirurgicale des temps modernes. Jamais vous n'aurez d'accidents avec la bande d'Esmarch si vous avez soin de ne serrer que juste assez pour éviter l'arrivée du sang dans le membre à amputer. La ligature de catgut est, comme l'a remarqué Schultze, la meilleure de toutes; elle laisse loin derrière elle les fils de soie, l'acupressure et la torsion.

(*Allegemeine Wiener med. Zeitung*, n°s 6, 7 et 8, 1878.)

VARIÉTÉS.

LA VALEUR SÉMIOTIQUE DE L'ÉCRITURE (1).

Par le docteur Ad. Nicolas.

II

Comment trancher les questions d'identité s'il est vrai que l'écriture se modifie avec l'âge ?

En effet, rien n'est plus vrai ; mais la méthode y trouve une confirmation, en ce sens qu'elle rend compte de ces modifications et, au besoin, les ferait pressentir. L'écriture se modifie avec l'âge, et non-seulement avec l'âge, mais avec la position sociale, à ce point qu'un député qui devient ministre n'écrit plus de la même manière huit jours après avoir été mis en possession du portefeuille. Comme le geste et la démarche, l'écriture subit les influences du milieu ; mais, sous ces transformations, les linéaments caractéristiques de l'individualité demeurent, pour la plupart, fortement reconnaissables.

Les aliénés n'échappent pas à cette loi. Et je dirai, à ce propos, que l'on se tromperait singulièrement si l'on s'attendait à trouver cette écriture totalement différente de la nôtre, incohérente, désordonnée, extravagante, ou caractérisée, par exemple, par une absence de logique évidente à première vue. On se rappellera que les aliénés ont, au contraire, une logique à eux ; que, chez certains d'entre eux, cette logique est rigoureuse, inflexible, et que le désordre de leur pensée porte bien plutôt sur le point de départ du raisonnement, sur les principes, sur l'idée fixe du moment qui est extravagante.

Quoi qu'il en soit, la personnalité de l'aliéné reparaît au travers des transformations que la folie a déterminées dans son écriture, même dans le cas où son caractère paraît absolument modifié sous l'influence du délire habituel. Démêler les linéaments caractéristiques des instincts personnels au milieu des manifestations délirantes; suivre les transformations de celles-ci par la constatation des modifications de ceux-là ; combiner entre eux ces signes, de manière à définir les rapports de la passion ou de la folie avec le caractère, la gravité du mal, la profondeur et la ténacité de la lésion organique ou fonctionnelle, les chances de curabilité, tel est le programme de la graphologie médicale, en ce qui concerne l'aliénation.

Dans l'exercice banal de la médecine légale, qui ne voit l'importance de démêler la personnalité dans les documents écrits soumis à l'examen ? On peut dire que l'identité sera facile à établir, dans toutes ces circonstances, pour quiconque se sera donné la peine d'analyser les éléments graphiques de l'écriture ordinaire. Il n'y a pas de simulateur qui puisse déguiser son écriture au point de donner le change.

Que faut-il donc penser de cette objection : qu'il est facile de déguiser son écriture ?

Il est clair que l'examen d'un document graphique sera d'autant plus fructueux que l'écriture sera plus spontanée et plus naturelle. Mais il serait bien facile de démontrer que chacun déguise son écriture, en suivant encore certaines tendances qui lui sont spéciales. L'écriture déguisée n'est pas l'écriture habituelle, mais c'est l'écriture du même individu; et si la personnalité se trahit réellement ainsi, ce fait du déguisement n'en est que plus grave et plus accusateur. On sait le parti que tirent les experts, en justice, de ces écritures déguisées; mais, s'il en est parmi eux qui ont su découvrir, à la suite d'une longue pratique, ces indices de la personnalité, aucun n'en fait un emploi méthodique; et, ce qui devrait être de notoriété banale pour tout le monde est absolument resté dans l'ombre, quand il pourrait être l'objet d'un enseignement utile à la plupart des hommes dans la vie ordinaire.

Si l'écriture est, comme l'a définie M. Lenoir, « le geste de l'intelligence et de la passion en travail », il n'est pas surprenant qu'elle varie, dans de certaines limites, selon l'humeur du moment. Ces variations trahissent déjà la mobilité d'humeur, l'impressionnabilité, et sont, par elles-mêmes, une révélation. L'écriture des fous est intéressante à consulter, sous ce rapport : on y suit toutes les phases de leurs élucubrations maladives ; beaucoup d'entre eux joignent à une impressionnabilité excessive une franchise absolue, et l'on discerne, à la fois, dans les allures des mots, dans leurs proportions variables, l'exaltation de l'esprit et la souffrance physique ou morale.

Mais, dans tous les cas, le fond du caractère se révèle sous ces variations multiples, à ce point que M. Michon a pu faire de la fixité des lignes graphiques l'une des bases de son système.

Chacun peut constater le fait, dans les modèles de calligraphie exposés au coin des rues, où l'élève calligraphe aime à placer le spécimen de son ancienne écriture à côté de l'écriture transformée. Toujours on retrouve, sous les perfectionnements méthodiques, les tendances natives : l'ampleur des courbes, la vigueur ou la mollesse du trait, les retours ou les arrêts de la plume, etc.

Sans doute la nature de la plume ou du papier est pour beaucoup dans la forme générale, habituelle ou passagère, de l'écriture; mais comment se fait-il que les espèces de plumes ou de papiers étant, en somme, relativement peu nombreuses, les écritures n'aient pas entre elles plus de points de ressemblance ? Comment se fait-il qu'un négociant, tout en se servant de la même plume, n'écrive pas de la même manière une lettre ou une facture ?

Nous avons tous eu les mêmes modèles, et cependant nos écritures se sont individualisées de telle sorte qu'il n'y en a pas deux absolument identiques. C'est que nous avons modifié les habitudes imposées, suivant nos tendances et nos dispositions d'esprit respectives ; et nous les modifions, chaque jour, suivant les accidents de notre carrière et nos changements de position sociale.

Les races mêmes se distinguent sous ce rapport. Ne serait-ce pas un travail curieux que de rechercher la relation qui existe, sans doute, entre la manière d'écrire des Anglais ou des Allemands et le caractère de ces peuples ? Pourquoi reconnaît-on, à première vue, une écriture de femme ? D'ailleurs, il est constaté que les Arabes, les Chinois ou autres, accusent leurs tendances morales de la même manière que nous quand ils emploient notre système d'écriture.

Tout le monde a pu être frappé encore de la ressemblance des écritures de personnes d'une même famille. Cet « air de famille » qui frappe à l'inspection des traits du visage et dans lequel les jeux de physionomie entrent d'ailleurs pour une grande part, cet air de famille, dis-je, se retrouve dans les écritures. Mais là encore se trahit nettement l'individualité. L'imitation a aussi sa part dans ces

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 29 octobre 1878.

analogies. La distinction que je signale n'avait pas échappé à M. Delestre, qui, dans son traité de la *Physiognomonie* (p. 400), la fait ressortir dans le parallèle de trois spécimens d'écriture de petites filles élevées dans la même école.

III

Mais il est temps de faire connaître au lecteur ce que l'expérience a confirmé de ces données qui paraissent purement conjecturales.

C'est faute d'avoir étudié de près le mécanisme de l'écriture, de l'avoir, pour ainsi dire, disséquée méthodiquement, que ce point de la science dite physiognomonique est resté dans l'ombre. Ce travail, c'est le mérite particulier de M. J. Michon de l'avoir entrepris et mené à bonne fin. Je ne puis ici qu'en donner un aperçu sommaire, et je renvoie le lecteur au *système de graphologie* qui en contient l'exposé détaillé.

L'expertise doit porter tout d'abord sur l'ensemble. Comment sont organisées les lignes et les alinéas sur la page blanche? Comment sont disposées les marges? Tantôt elles seront régulièrement tracées, tantôt elles iront en s'élargissant, tantôt en s'amincissant, de haut en bas. Les intervalles des lignes et des mots, l'espace laissé en blanc, la régularité générale du tracé graphique, les enchevêtrements des jambages, des mots et des lignes; la souplesse, la courbure ou l'angularité des caractères... sont des signes qui apparaissent tout d'abord et dont chacun a sa signification.

Après cet examen d'ensemble, on étudie la ligne. Elle est droite, d'une rectitude parfaite, ou plus ou moins sinueuse ou ondulée. Il est rare, par exemple, qu'un maniaque incohérent ne se trahisse pas par les irrégularités de la ligne graphique, qui tantôt s'abaisse et tantôt s'élève. Au contraire, les fous qui délirent sous l'empire d'une idée fixe auront une écriture serrée, menue, appliquée, dans laquelle les lignes conserveront leurs intervalles. Un brouillon, qui n'est pas fou, n'en a pas moins une écriture enchevêtrée, dans laquelle les jambages d'en haut empiètent sur la ligne d'en bas. Et s'il s'y mêle un peu d'excentricité, ces enchevêtrements produiront un effet bizarre qui frappe à première vue.

Les mots reproduisent en partie cette expression. Au lieu d'être d'égale hauteur, ils sont grossissants ou atténués à leur terminaison; ils peuvent être tassés, bizarrement joints, onduleux, ou bien régulièrement tracés, régulièrement espacés et de hauteur égale.

Les lettres sont plus ou moins étalées ou amincies, de hauteur égale ou inégale, régulièrement ou irrégulièrement formées, achevées et fermées par le haut, ou bien ouvertes et comme inachevées; fines ou plus ou moins grossies, liées ou disjointes et souvent arbitrairement espacées; droites et raides ou plus ou moins inclinées. Les jambages en seront nets ou tremblés, sobres ou extravagants. Les finales se terminent brusquement ou s'allongent par un trait plus ou moins vif ou arrondi. On attache une importance justifiée à l'abus des majuscules, des fioritures, à l'emploi des caractères typographiques, des crochets qui forment un retour de la plume, soit pour barrer l'*f* ou le *t*, soit à la fin du jambage de certaines majuscules, soit à la fin des mots eux-mêmes. La barre du *t* mérite un examen attentif, au point de vue de sa forme, de son omission, de la hauteur qu'elle occupe sur le jambage principal. L'une des découvertes les plus inattendues de la graphognomonie a été que les personnes d'esprit despotique barrent leurs *t* au-dessus du jambage qui n'est même pas atteint par la barre. Ces barres seront encore ascendantes ou descendantes, ou droites ou crochues, etc.

Le trait de plume est lui-même vif ou mou; léger ou épais, pâteux; égal dans toute son étendue ou renflé, aminci, grossissant; nettement horizontal ou ascendant, descendant, onduleux. On attache une certaine importance au trait *en massue*, c'est-à-dire terminé par un fort coup de la plume, qui s'est arrêtée brusquement.

L'abus ou l'omission de tel ou tel élément de la ponctuation, les points suspensifs, les points d'exclamation, les points d'interrogation et la forme qu'on leur donne, l'emploi fréquent d'un tiret, la multiplicité des alinéas, les mots soulignés fournissent de précieux indices.

Enfin la signature réclame toute une étude et le paraphe une langue spéciale. L'absence de paraphe, le paraphe en point, en virgule, en trait horizontal, en « glaive », en « colimaçon », tel que celui qui enveloppe le nom dans un cercle plus ou moins complet; en « yatagan », en massue, en zigzag, en « harpon » (trait horizontal terminé en croc sous la signature), en « lasso », marqué par un retour de la plume sur elle-même après un premier trait; enfin le paraphe « arachnéide » ou en pattes d'araignée des négociants, toutes ces nuances distinguent des catégories tranchées de tendances passionnelles ou maladives.

IV

Quelle sera la signification et quel parti peut-on tirer de l'étude de ces nuances?

Jusqu'à présent l'écriture des fous avait seule été soumise à un examen méthodique, et encore cet examen a-t-il été absolument stérile faute de méthode. « Chez les monomaniaques, dit M. Legrand du Saulle, dans son *Traité de médecine légale*, — où l'on trouve l'étude la plus attentive et la plus complète du style et des expressions dans les divers genres de folie, — chez les monomaniaques, le corps de l'écriture reste à peu près normal et n'accuse simplement que la rapidité. » On est frappé, en effet, de l'apparence de lucidité de ces écritures. Reste à savoir si la *dissection* attentive des lignes, des mots et des caractères ne révélera rien de plus.

« Dans la paralysie générale, dit Marcé, à mesure que les troubles intellectuels et les troubles musculaires font des progrès, l'écriture s'altère visiblement. Elle perd sa précision et sa régularité et *prend le caractère enfantin*; les lignes deviennent divergentes, irrégulières, les linéaments sont tremblés, surtout aux jambages; les lettres sont mal dessinées, et leur ensemble offre à peine quelques traits lointains de ressemblance avec l'écriture du sujet avant qu'il tombât malade. En même temps, les phrases sont mal construites, irrégulières, la ponctuation manque; on trouve des mots passés, des syllabes omises, des fautes d'orthographe inusitées, des erreurs de date grossières. Alors même qu'on ne rencontre l'énonciation d'aucune idée délirante, l'aspect de l'écriture d'un paralytique, comparé à l'écriture des mêmes individus en état de santé, est véritablement frappant, et suffit, à lui seul, pour établir l'état du sujet au moment où le document a été écrit. »

M. Legrand du Saulle confirme cette description et fait ressortir l'importance de ce moyen d'appréciation « lorsqu'on soupçonne une captation, par exemple, et que le testament d'un paralytique est attaqué. On n'a pas jusqu'à présent, ajoute-t-il, fait une suffisante attention au caractère en quelque sorte *spécifique* que présente le corps de l'écriture chez les paralytiques; c'est un tort, et nous ne pouvons qu'appeler les recherches de ce côté. »

« Au point de vue de la forme, dit M. A. Tardieu, dans son *Étude médico-légale sur la Folie*, les écrits des aliénés ne sont pas moins intéressants à étudier et n'ont pas moins de valeur pour le médecin expert. Le dessin graphique des lettres et l'agencement des lignes ont parfois un caractère tout à fait particulier. J'ai dit que le papier était souvent couvert dans tous les sens de lignes qui s'entre-croisent comme si les idées s'y pressaient, sur cette page dont l'aliéné ne veut pas perdre le plus petit coin. Il en résulte le plus souvent que l'écriture est horriblement confuse, que les mots, les lignes, empiètent les uns sur les autres et s'enchevêtrent si bien qu'il y a dans les écrits des fous autant d'incohérence que dans leur esprit. L'écriture est souvent tremblée, les lettres mal dessinées; des ratures sans nombre, des mots soulignés ou écrits en gros caractères et précédés de majuscules; l'absence totale ou l'abus de la ponctuation; des chiffres ou des assemblages de lettres incompréhensibles; des taches d'encre répandues à profusion, se voient dans le plus grand nombre des écrits des aliénés. Quelquefois les caractères ordinaires sont remplacés par des signes inconnus, des espèces d'hiéroglyphes, qui n'ont de sens que pour le cerveau malade de l'aliéné. Un des traits les plus constants et les plus significatifs qu'offre dans certaines formes de la folie l'agencement de

l'écriture, c'est l'omission fréquente de quelques syllabes ou de mots entiers, qui donne à des hommes très-lettrés et les moins suspects à cet endroit l'orthographe la plus défectueuse. C'est là, on peut le dire, l'un des signes précurseurs les plus habituels de la folie paralytique. Je ne crois pas que l'on puisse trouver une lettre de dix lignes écrite par une personne au début de la paralysie générale, dans laquelle il n'y ait un et souvent plusieurs mots incomplets ou passés. Aucun médecin familier avec l'observation des fous ne me démentira sur ce point. »

J'ai tenu à faire cette citation tout entière, parce qu'on y verra la justification de certains points des études graphognomoniques entreprises au point de vue purement passionnel, et aussi pour montrer où en est la science aliéniste sur ce sujet et les difficultés qui résultent pour son étude du défaut absolu de méthode.

J'ajoute aux conseils donnés par tous les aliénistes, de comparer l'écriture actuelle à l'écriture antérieure, celui de s'exercer sur des écritures où les dominantes passionnelles sont fortement accusées. Nous ne dépassons pas, en général, une honnête médiocrité; la nature morale, chez la plupart, est assez bien équilibrée pour le train habituel de la vie sociale. Les individualités où quelque passion s'accuse au-delà d'une certaine intensité, les Bismarck, les ducs de Brunswick, les Chateaubriand, les Guizot, les Victor Hugo, les Louis XIV, les Napoléon Ier, les Tropmann, — je cite par ordre alphabétique, — sont plutôt rares. En revanche, les spécimens de leur écriture sont les plus répandus et l'on peut facilement y rechercher les particularités que l'on connaît des caractères de ces hommes, non pas tant celles que rappelle l'histoire, que celles qui ont été révélées par l'anecdote. Le caractère véritable, on le sait, se trahit plutôt dans la vie privée que dans la vie publique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 24 octobre 1878, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. Bourel-Roncière.

Au grade de médecin principal : M. Coste.

— Par décret en date du 26 octobre 1878, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Mutel.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Barberet.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Longet et Madamet.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Fournier et Kopf.

— Le consul de France à Lisbonne vient de transmettre au ministre de la marine un télégramme du gouverneur du Sénégal qui donne des nouvelles de cette colonie jusqu'au 26 octobre.

La fièvre jaune, après avoir sévi cruellement à Dakar et à Gorée, a envahi, comme on pouvait le craindre, le premier arrondissement de la ville de Saint-Louis, où elle exerce ses ravages tant sur la population blanche que sur celle de couleur. Le médecin en chef Bourgarel, les médecins Cotrel et Gouffé, les pharmaciens Desprez et Boyer, l'abbé Aubry et quatre sœurs de charité sont au nombre des victimes.

Les troupes, qui tiennent ordinairement garnison à Saint-Louis, ont été disséminées dans des baraquements disposés à l'avance.

Le *Cygne* et le *Dakar* sont, jusqu'à présent, préservés.

Dans le deuxième arrondissement, il y a une légère amélioration, et l'on compte sur les grandes brises du nord qui ne surviennent, en général, qu'en novembre ou, au plus tard, en décembre, pour faire cesser l'épidémie.

Le gouverneur, le lieutenant-colonel Canard, commandant l'arrondissement de Gorée, les membres du corps médical, les sœurs de charité, les aumôniers attachés aux hôpitaux, les infirmiers, tous ceux enfin auxquels incombe le périlleux devoir de visiter et de soigner les malades, font preuve d'un zèle et d'une abnégation au-dessus de tout éloge.

M. le médecin en chef Bourgarel, qui vient de succomber aux atteintes du fléau, était parti pour le Sénégal récemment, bien que sa santé ne fût pas complètement rétablie du long séjour qu'il avait fait dans cette colonie. Il est mort victime de son noble dévouement.

— M. le docteur Duplay, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine, recommencera ses cliniques chirurgicales le jeudi 7 novembre, et les continuera les jeudis suivants. — Conférence clinique à neuf heures. Opérations à dix heures.

— M. le professeur Charcot recommencera ses conférences cliniques, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 10 novembre, à neuf heures et demie.

— M. le docteur Brochard commencera un cours sur l'hygiène et les maladies des nourrissons le mercredi 13 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance, mercredi 13 novembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre. Ordre du jour : 1° Constitution médicale du mois d'octobre. Policlinique. — 2° Présentation d'un nouveau divulseur rendant certaine l'introduction d'une sonde à demeure, par M. Moreau-Wolff. — 3° Les tribunaux et la policlinique, par M. Berrut. — 4° Note sur le traitement du hoquet simple, par M. Grellety.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la fièvre jaune à la Martinique (Antilles françaises). Étude faite dans les hôpitaux de la colonie, par L. Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Guide annuaire de l'étudiant en médecine et en pharmacie, par le docteur J.-A. Fort, professeur libre d'anatomie, etc. 7e édition, 1 vol. in-32. — Prix : 2 francs. — Paris, V. A. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'ovariotomie qui, il y a quelques années, suscitait des orages au sein de l'Académie toutes les fois qu'elle y faisait une apparition, y est accueillie aujourd'hui avec un intérêt croissant, que justifient suffisamment, du reste, les succès de plus en plus nombreux qu'elle obtient et qui sont dus à la fois et à la connaissance plus approfondie des conditions qui en réclament l'application et au perfectionnement des méthodes opératoires et des procédés de pansement. Dans la précédente séance l'Académie écoutait avec une attention bienveillante l'exposé des indications et des contre-indications de l'opération que faisait devant elle M. Duplay. Hier, elle a prêté la même attention à la relation que M. Le Dentu a faite d'une opération d'ovariotomie pratiquée avec succès, à l'hôpital Saint-Antoine, et aux quelques considérations dont il l'a fait suivre sur le péritonisme envisagé comme indication opératoire. Nous enregistrons volontiers ce nouveau cas de succès obtenu dans un milieu et dans des conditions considérés généralement jusqu'ici comme peu favorables à la réussite. Quant aux considérations relatives au péritonisme, il nous serait difficile, sur une simple audition, d'en apprécier la valeur. Nous les soumettrons prochainement au jugement de nos lecteurs.

M. J. Rochard a fait, dans cette séance, un court et substantiel rapport sur une relation d'épidémie de peste observée à Bagdad, en 1875 et 1876, par M. le docteur Spiridion Lavitzjanos. Si cette relation, qui ne fait que confirmer ce que l'on sait depuis longtemps sur la symptomatologie, la marche et les principaux caractères propres de la maladie, n'ajoute rien aux notions scientifiques encore beaucoup trop restreintes que l'on possède à son égard, elle montre du moins, ce dont l'auteur n'a nullement cherché à se prévaloir et ce qu'il a même négligé d'indiquer, tout ce qu'il lui a fallu de courage, d'abnégation et de dévouement pour lutter contre un pareil fléau, et, à défaut d'une thérapeutique absolument impuissante, ce que peut une hygiène préventive appliquée avec intelligence et fermeté. M. J. Rochard a saisi cette occasion pour appeler l'attention des médecins qui peuvent être à même, à l'avenir, d'observer de semblables épidémies, sur les nombreux *desiderata* de la science à l'égard de la peste, et pour provoquer de leur part des études scientifiques sérieuses, faites d'après tous les procédés modernes d'exploration, afin d'arriver un jour à dégager de cette grande inconnue du cadre nosologique, pour nous servir de ses propres expressions, ce qui la constitue encore pour nous à l'état d'énigme et à amener son étude au point où en sont les autres maladies. Tout le monde applaudira à cet appel.

La séance a été terminée par une communication faite par un jeune médecin de la marine, M. le docteur Brondel, relative à une modification très-ingénieuse qu'il a introduite dans le sphygmographe de M. Marey. On en trouvera la description dans le compte-rendu. Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Contracture spasmodique des mâchoires (1).

II

J'arrive maintenant à vous parler d'un sujet très-intéressant dans l'histoire de la constriction des mâchoires, et d'autant plus important qu'il est la source des indications thérapeutiques et des divers modes de traitement que l'on emploie dans les différentes espèces de cette maladie. Je veux parler de l'étiologie.

En effet, la constriction des mâchoires ne survient pas toujours sous la même influence. Le plus ordinairement, c'est lorsque les malades ont été pris de refroidissement, lorsqu'ils se sont exposés à l'action d'un courant d'air, à l'humidité, que l'on voit se développer, au bout de quelques heures, quelquefois un jour après l'impression du froid, les phénomènes initiaux de l'affection qui nous occupe. Dans la thèse de M. Sarrazin, vous trouverez rapportés deux cas parfaitement avérés de contracture idiopathique survenue dans ces conditions. Le premier est le fait d'un militaire qui, étant resté pendant deux heures d'une nuit froide en faction dans une guérite présentant des ouvertures latérales, fut pris, en rentrant au poste, d'une impossibilité complète d'ouvrir la bouche, ainsi que d'une contracture particulière des muscles du cou.

La seconde observation a été relevée par M. Sarrazin à l'hôpital de la Pitié. Elle est relative à un jeune garçon qui avait fait une chute d'un endroit assez élevé et présentait, en

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 octobre 1878.

même temps qu'une fracture des os du bassin, des phénomènes de commotion cérébrale. Pour combattre ces derniers, on lui avait appliqué pendant une dizaine de jours de la glace sur la tête. L'intelligence avait reparu, et l'on avait cru devoir continuer l'usage de la glace, quand un matin on constata que le malade ne pouvait plus ouvrir la bouche, en un mot qu'il avait une contracture spasmodique des mâchoires. Dans ce cas, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Sarrazin, il est très-probable que c'est le contact de l'eau provenant de la fonte de la glace maintenue d'une manière permanente sur la tête, avec les muscles de la mâchoire, qui avait déterminé la maladie. On ne saurait voir là, en effet, un simple phénomène de cause cérébrale, puisqu'il survenait alors que tous les autres symptômes avaient disparu et que le malade était entré depuis quelques jours déjà dans la période de convalescence confirmée. Cette contracture idiopathique se termina par la guérison, après avoir persisté pendant quelques jours.

Voilà donc, évidemment, deux cas dans lesquels la maladie est survenue sous l'influence d'une contracture musculaire, de la même nature absolument que celle que l'on observe aux membres inférieurs, aux doigts, aux orteils, et que les auteurs ont décrite sous le nom de tétanie des extrémités.

J'ajouterai que, dans ces cas de contracture rhumatismale, il existe ordinairement une rigidité spéciale des muscles atteints, lesquels sont indurés et forment une saillie qu'il est facile de sentir avec le doigt.

A côté de ce fait, il en est d'autres dans lesquels, quoique ce soit encore l'action du froid qui détermine la maladie, les choses ne se passent pas d'une manière aussi simple. En effet, entre l'impression du froid et son action sur les muscles de la mâchoire, il y a quelquefois une maladie qui est ordinairement une angine gutturale. Vous savez que dans cette affection, soit qu'elle ait de la tendance à se terminer par un abcès des piliers du voile du palais ou des amygdales, ou par résolution, il existe fréquemment une contracture imparfaite des mâchoires, qui fait que, lorsqu'on cherche, par exemple, à examiner la gorge des malades, ceux-ci n'ouvrent la bouche que d'une manière incomplète. Eh bien, dans un certain nombre de cas, cette gêne qu'éprouvent les malades à écarter les mâchoires peut aller plus loin, c'est-à-dire jusqu'à la contraction spasmodique, par le fait de la propagation de l'inflammation des parties malades aux muscles voisins, et notamment au ptérygoïdien interne. C'est ce qui est arrivé pour notre malade, chez laquelle vous avez vu qu'il existait une angine gutturale parfaitement caractérisée par de la rougeur et du gonflement au niveau de la luette, des piliers du voile du palais et des amygdales.

Ce que je viens de vous dire pour la gorge est vrai également pour la bouche. Dans certaines stomatites, et particulièrement dans la stomatite mercurielle, on voit quelquefois survenir de la contracture des mâchoires. Mais, dans ces cas, il faut établir deux catégories distinctes. Il y a, en effet, des observations dans lesquelles la constriction est due à la formation de petites brides cicatricielles consécutives à des ulcérations profondes développées sur la muqueuse ou les gencives. Mais, d'autres fois, ces brides n'existent pas, et néanmoins on voit les malades qui présentent de la stomatite mercurielle ne pas pouvoir, à un certain moment, écarter les mâchoires.

Je vous citerai, à l'appui de ces faits, une observation d'un médecin anglais, de Little, dans laquelle il cite le cas d'une femme qui, à la suite d'une stomatite mercurielle, présenta pendant trois années une contracture des mâchoires telle qu'il lui était absolument impossible d'ouvrir la bouche, en dehors de toute espèce de bride, de cicatrice, de gêne mécanique quelconque s'opposant à l'abaissement des mâchoires. Mais, chez cette femme, il existait une contracture bien manifeste du masséter gauche. Voyant que tout moyen échouait contre ce phénomène, Little eut l'idée de pratiquer la section de ce muscle; il le coupa d'une manière incomplète, et, à la suite de cette opération, le malade put ouvrir la bouche et guérir complètement.

D'autres fois, la maladie est consécutive à des phlegmons, à des abcès survenant dans la région parotidienne, au cou, etc. Dans un cas même on a vu la constriction des mâchoires survenir à la suite de brûlures siégeant dans le voisinage de la région mastoïdienne. Mais, dans ces conditions, elle arrive consécutivement, par suite de l'extension de l'inflammation aux muscles qui tiennent sous leur dépendance les mouvements de la mâchoire.

Ailleurs la maladie a son point de départ dans une cause toute particulière, toute spéciale, dans l'inflammation de l'articulation temporo-maxillaire. Cette arthrite est assez rare : cependant, on la trouve signalée dans quelques recueils de médecine et en particulier dans le livre de M. Bouillaud sur le rhumatisme. En dehors de ces quelques exceptions, l'inflammation rhumatismale de l'articulation temporo-maxillaire est à peine indiquée. C'est un tort. Pour ma part, j'ai observé plusieurs fois cette arthrite rhumatismale, soit d'une manière primitive, soit, le plus ordinairement, à la suite d'inflammation développée sous l'influence du rhumatisme articulaire aigu dans d'autres articulations. Dans certains cas même j'ai vu cette arthrite exister seule, les malades étant pris, à la suite d'un refroidissement, de douleurs tellement vives dans l'articulation temporo-maxillaire, qu'il leur était absolument impossible d'ouvrir la bouche.

Cette arthrite n'est ordinairement que passagère; cependant il est des cas dans lesquels, la maladie ayant pris un caractère chronique, on observe une contracture permanente des mâchoires par suite de l'établissement d'une ankylose vraie ou fausse de l'articulation. Dans son atlas d'anatomie pathologique, Cruveilhier en cite un exemple. C'est celui d'un individu qui ne pouvait ouvrir la bouche et chez lequel on constata, à l'autopsie, une ankylose complète d'une des articulations temporo-maxillaires, ankylose qui formait un obstacle mécanique à l'écartement des mâchoires. Ce cas rentre, à la vérité, dans les cas chirurgicaux, mais il n'en est pas moins vrai que c'est là un des modes de terminaison de la maladie en question. Mais, j'ai hâte de le dire, le plus ordinairement la contracture qui résulte de la cause que je viens de vous dire n'est pas passagère, elle dure quelque temps, puis, quand l'articulation se dégage, la bouche recouvre ses mouvements.

Une autre variété de constriction de la mâchoire que l'on observe assez communément et que je signale d'une façon toute particulière à votre attention, c'est celle qui est consécutive à l'évolution des dents de sagesse. J'ai observé ce fait d'une manière très-positive chez certains sujets au moment de la sortie de ces organes et notamment des dents de la mâchoire inférieure. Quelquefois les choses se bornent à de la douleur et à un peu de gêne dans l'abaissement du maxillaire; mais dans d'autres circonstances ces phénomènes peuvent être extrêmement marqués, et alors la contracture est telle que les malades ne peuvent plus du tout ouvrir la bouche.

Cette contracture, résultant de l'évolution des dents de

sagesse, est peut-être celle que l'on observe le plus communément. Mais, dans ce cas, il peut arriver deux choses : tantôt les gencives restent saines et les phénomènes qui accompagnent la sortie de la dent consistent simplement dans de la douleur et du gonflement; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, par suite de la difficulté de la molaire à venir faire saillie à l'extérieur, il survient soit des ulcérations, soit des abcès qui sont eux-mêmes une cause de constriction.

Les observations de ce genre sont nombreuses dans la science. Jourdain, dans son *Traité des accidents chirurgicaux de la bouche*, en rapporte des exemples, et Toirac, dans son ouvrage sur les *accidents qui accompagnent le développement de la dent de sagesse*, cite également l'observation de deux malades qui lui avaient été envoyés par Velpeau avec une contracture de la bouche d'origine dentaire.

Dans ce cas, la contracture cesse spontanément quand la cause qui l'avait fait naître a elle-même disparu, c'est-à-dire quand la dent a fini son évolution, ou bien après l'arrachement de cette dernière si elle donnait lieu à des abcès qui à eux seuls étaient cause de la maladie. Ce mode de terminaison prouve donc bien la relation de cause à effet qui existe entre ces deux faits.

Ce rapport est, je le répète, si fréquent, qu'il ne serait pas étonnant que notre malade fût dans ce cas, et que ces trois causes, évolution de la dent de sagesse, impression du froid, angine gutturale, intervinssent chacune pour leur part dans la maladie dont elle est atteinte.

De même, il n'est pas rare de voir la contracture des mâchoires survenir d'une manière symptomatique à l'occasion d'un traumatisme, d'une plaie par arme à feu, d'une blessure à la face, etc.; mais nous n'avons pas à nous occuper de ces faits qui rentrent dans le domaine de la chirurgie.

Mais ce n'est pas tout, et, en dehors de toutes les causes que je viens de vous énumérer, on voit quelquefois la contracture spasmodique des mâchoires apparaître sans raison apparente, sans qu'on puisse invoquer une influence quelconque. Cela s'observe surtout chez les femmes hystériques, chez celles ayant eu antérieurement des attaques d'hystérie et qui, en même temps que l'impossibilité d'ouvrir la bouche, présentent également quelques autres phénomènes de nature hystérique. J'ai, pour ma part, vu à plusieurs reprises des jeunes femmes présenter pendant plusieurs jours de la constriction des mâchoires, sans que celle-ci pût être mise sur le compte de toute autre cause qu'un état nerveux tout particulier.

Duchenne (de Boulogne) en a rapporté également des exemples. C'est ainsi que, dans son livre sur l'*Électrisation localisée*, il cite le cas d'une femme de trente à quarante ans, hystérique, qui, pendant six mois, présentait une contracture des mâchoires telle qu'il lui était impossible d'ouvrir la bouche. Duchenne eut l'idée de traiter cette femme par les courants intermittents. Après la première séance, la malade ouvrit la bouche, mais cette amélioration ne fut que momentanée. Le lendemain, on fit une nouvelle séance d'électrisation; cette fois les mâchoires s'écartèrent définitivement et la malade fut guérie.

Le traitement de la contracture de la mâchoire varie suivant la cause à laquelle elle se rattache. S'agit-il de cas dans lesquels ce phénomène arrive à la suite de l'impression du froid, de ces cas de contracture musculaire idiopathique où elle constitue à elle seule toute la maladie, alors on devra employer tous les moyens à l'aide desquels on combat ordinairement les affections rhumatismales, la chaleur, l'application de cataplasmes chauds, l'enveloppement du cou dans l'ouate, etc.

Quand la maladie dure déjà depuis un certain temps, on aura recours à l'usage des bains de vapeur dont M. Sarrazin s'est toujours parfaitement trouvé et qui agissent alors comme dans le cas de contracture musculaire.

Enfin, quand il y a de la fièvre, des douleurs, on se trouvera bien d'une application de sangsues ou de ventouses scarifiées à l'angle de la mâchoire, à l'apophyse mastoïde, etc.

Le traitement sera le même pour les cas dans lesquels la contracture est la conséquence d'une angine simple, d'un état inflammatoire de la bouche. Ici, comme précédemment, l'usage des émollients, l'application de cataplasmes chauds sur le cou, de saignées, de révulsifs, des onctions avec de l'huile additionnée de chloroforme, etc., suffiront parfaitement à eux seuls pour amener la guérison.

Lorsque la contracture est la conséquence d'une inflammation de l'articulation temporo-maxillaire, le traitement de la maladie devient alors celui du rhumatisme. Si l'arthrite a affecté la forme aiguë, s'il y a de la fièvre, des phénomènes généraux, on aura recours à l'administration des boissons nitrées, on prescrira du sulfate de quinine, du salicylate de soude, etc. Au contraire, la maladie a-t-elle un caractère chronique, on se trouvera bien de l'emploi des révulsifs, des vésicatoires, appliqués dans le voisinage de l'articulation.

Dans les cas où la contracture de la mâchoire est liée à l'évolution de la dent de sagesse, il y a une indication toute spéciale à remplir. On combattra l'inflammation de la muqueuse gingivale qui accompagne la sortie de la dernière molaire, au moyen de collutoires émollients, de gargarismes au chlorate de potasse, etc. Enfin, si, malgré ces moyens, la maladie persiste, on ne devra pas hésiter à conseiller l'extraction de la dent, cause de la maladie. Grâce à ce moyen, on verra cesser subitement la contracture des mâchoires.

Mais, outre ce traitement qui s'adresse à la maladie en général, il en est un autre local qui doit être dirigé spécialement contre la constriction des mâchoires.

Je vous citerai en premier lieu l'emploi du chloroforme qui donne quelquefois un résultat instantané, surtout dans les cas où la contracture est d'origine nerveuse, hystérique, quelquefois même lorsqu'elle est la conséquence de la propagation de l'inflammation des parties voisines aux muscles de la mâchoire.

Malheureusement ce moyen n'est pas toujours très-bon, et il arrive même, le plus ordinairement, lorsque les malades ne sont plus sous l'influence du sommeil anesthésique, quand ils reviennent à eux, que la contracture reparaît, exactement aussi intense qu'avant la chloroformisation.

C'est néanmoins un excellent moyen pour établir le diagnostic différentiel entre la contracture hystérique et celle qui résulte de l'inflammation par propagation des parties voisines aux muscles de la mâchoire.

En effet, si l'on veut déterminer s'il s'agit d'un simple phénomène vital, indépendant de toute lésion, de toute altération anatomique, ou bien si l'on a affaire à une contracture permanente causée par un obstacle matériel, mécanique, il suffit de plonger le sujet dans le sommeil anesthésique. S'il est atteint de contracture spasmodique, l'ouverture de la bouche peut avoir lieu; au contraire, existe-t-il des brides cicatricielles, une altération des muscles, une ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, la cause mécanique persistant, la bouche reste invariablement fermée.

Enfin, un des modes de traitement le plus ordinairement

employés, c'est celui qui consiste dans l'usage des moyens mécaniques. En effet, il faut avant tout chercher à ouvrir la bouche, non-seulement pour l'explorer, mais aussi pour alimenter les malades. Dans ce cas, on se sert d'un morceau de bois taillé en biseau à l'une de ses extrémités et que l'on introduit par sa partie la plus ténue et progressivement entre les arcades dentaires, de façon à rendre de plus en plus grande l'ouverture de la bouche. En substituant ainsi chaque jour à un instrument plus petit un instrument plus volumineux, on arrive en quelques jours à vaincre la contracture et à guérir les malades.

A côté de cet instrument très-simple, il en est un autre dont on obtient également de bons résultats : je veux parler du cône à vis dont on fait pénétrer l'extrémité effilée soit entre les arcades dentaires, soit à l'aide d'une brèche faite à la mâchoire par l'absence d'une dent, soit simplement en l'introduisant de bas en haut entre les dents. Il suffit alors de tourner une vis dont l'instrument est muni pour obtenir un écartement des mâchoires complet.

D'autres instruments ont été construits dans le même but. Je vous citerai entre autres celui que vous avez sous les yeux, et qui, comme vous pouvez le voir, se compose de deux petites plaques métalliques glissant sur une tige et pouvant, à volonté, à l'aide d'une vis, s'écarter ou se rapprocher l'un de l'autre. On fait pénétrer ces plaques entre les arcades dentaires, puis, tournant la vis, on augmente autant que l'on veut l'écartement des mâchoires.

Aux divers moyens que je viens de vous énumérer, j'ajouterai encore l'emploi de l'électricité, et particulièrement des courants intermittents. Grâce à ce moyen, il n'est pas rare d'obtenir, après une seule séance, dans les cas de contracture hystérique, la guérison complète des malades. Je vous en ai cité plus haut un exemple intéressant.

Enfin, dans les cas où la maladie persiste et alors que tous les moyens ont échoué, je vous signalerai comme une dernière ressource la ténotomie et surtout la section des masséters et des ptérygoïdiens. Ce moyen, qui a été employé pour la première fois en Angleterre par Little, a donné en France de très-bons résultats entre les mains de M. J. Guérin.

Quant à la constriction des mâchoires qui résulte d'un obstacle mécanique, d'une cause matérielle, son traitement rentre dans le domaine des procédés chirurgicaux.

INVAGINATION INTESTINALE

AVEC SORTIE D'UN MÈTRE ENVIRON D'INTESTIN GRÊLE, CHEZ UNE ENFANT DE HUIT ANS, SUIVIE DE GUÉRISON (1).

Par le Dr DEBROU (d'Orléans).

II.

I. — Dans ce cas d'invagination, les trois signes principaux de la maladie se trouvent réunis, savoir : la tuméfaction formée par le nœud intestinal, et elle était ici placée à gauche, comme cela a lieu le plus souvent ; la sortie du sang par les selles ; l'expulsion, par l'anus, de la partie intestinale invaginée et mortifiée. Cette expulsion s'est faite le 11e jour, et arrive souvent plus tôt, quoiqu'on l'ait vue aussi plus tard.

II. — Il a fallu bien du temps pour obtenir la guérison, plus d'un an ; et encore la petite malade ne peut pas manger et digérer tous les aliments. La cause de ces difficultés ne peut être que dans un reste de l'inflammation qui persiste autour du nœud intestinal, surtout dans la susceptibilité à s'irriter qu'a conservée le péritoine autour de l'anneau. Quand l'invagination s'est faite dans le gros intestin, le résidu des matières alimentaires étant volumineux, compacte, éprouve une gêne mécanique à franchir la portion rétrécie qui existe à l'anneau invaginé. Dans le cas actuel, cette difficulté ne devait pas avoir lieu, puisque l'intestin invaginé était le grêle, et que les résidus de la digestion y sont à l'état liquide. On ne peut donc expliquer, chez ma malade, la lenteur des suites et les difficultés persistantes de la digestion, que par la longueur du travail de soudure définitive autour de la partie invaginée et étranglée, travail qui s'accomplit par les adhérences du péritoine, et qui provoque des douleurs et des vomissements même, pendant un temps variable, mais toujours long. Afin de lutter contre ce point d'irritation intestinale ou péritonéale, je crois que le meilleur moyen consiste dans un cautère maintenu à demeure sur le ventre. J'ai la certitude que, chez ma petite malade, l'exutoire a donné une marche plus rapide à la convalescence et à la guérison.

III. — Le danger est extrême dans la 1re période de l'invagination, à cause de la péritonite, qui est inévitable au niveau du nœud intestinal, et qui tend, à tout instant, à s'étendre et à se généraliser. Pourtant, le chiffre des guérisons, dans une telle maladie, est encore assez considérable. Dans un mémoire intéressant (1), le docteur Gaultier de Claubry a réuni un grand nombre de cas d'invagination, et l'on voit, par le relevé qu'il donne, que sur 20 cas il y a eu 11 guérisons. Une fois, la mort eut lieu deux mois après l'invagination, par la séparation des bouts d'intestin réunis (2). A la vérité, dans la plupart de ces cas, les malades étaient des adultes ; et il paraît que, chez eux, l'invagination est moins funeste que chez les enfants. Il est certain aussi, d'après MM. Rilliet et Barthez, Bouchut, que, plus les enfants sont jeunes, plus chez eux la mortalité est grande. C'est pour ce motif qu'on a décrit séparément l'invagination de la première enfance et celle de la deuxième.

IV. — Après la guérison, ce qui étonne le plus dans une telle maladie, c'est la possibilité, pour les malades, de se nourrir, lorsqu'une notable portion de l'*intestin grêle* a été sphacélée et expulsée. En ne mentionnant que des invaginations d'intestin grêle, suivies de guérison, on peut citer la quatrième observation de M. Rilliet dans son mémoire original. L'enfant, âgée de six ans, perdit 35 pouces (97 centimètres) d'intestin grêle, et vivait encore après deux ans. Sobaux (3) a vu 23 pouces du colon expulsés. Salguer en a vu 20 pouces ; Bouniol et Rigal, 30 pouces, avec portion du mésentère. Une femme de trente-huit ans (4), ayant rendu 36 pouces (1 mètre) d'intestin grêle avec 6 pouces de mésentère, n'était pas morte après sept mois, mais était extrêmement maigre et condamnée à périr, d'après l'avis du médecin. — Il suffit de citer ces exemples que l'on pourrait multiplier.

Toutefois, et l'on peut reprocher aux observateurs de n'avoir pas mis ceci assez en évidence, la digestion est insuffi-

(1) Fin. — Voir le no du 31 octobre.

(1) In *Journal universel et hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1833, tome XII, page 373.

(2) Cas de Guérin de Montpellier, inséré dans *Archiv. génér. de médecine*, tome XXII, page 552.

(3) Mémoire d'Hévin : *Sur la gastrotomie*, etc. Academ. de chirurgie, tome 4.

(4) Extrait de *Il filatro del Sebesio*, in *Archiv. génér. de médecine*, tome 40, page 368.

sante et la convalescence est lente, dure des mois, un an et plus. Même lorsque toute inflammation a disparu, la réparation des forces ne se fait pas, et la digestion ne s'opère que sur des aliments lactés, très-légers, dépourvus de fibrine. Les malades restent pâles, maigres, anémiques d'une vraie anémie. Ils ont toujours soif et faim, sans doute parce que la réparation alimentaire n'est pas suffisante : c'est un cri du corps qui dépérit et s'absorbe lui-même, comme disait Bretonneau.

En même temps que les parties alibiles ne sont pas suffisamment absorbées dans l'intestin pour réparer les forces, le résidu de la digestion, le détritus, est abondant, trop abondant. Les selles sont en disproportion avec ce qui est mangé. Souvent il m'a semblé, chez ma malade, qu'elles étaient plus abondantes et plus copieuses que les aliments pris. Il faudrait peser exactement tout ce qui est ingéré, en solides et en liquides, et le comparer avec les selles et les urines. Je n'ai pas pu le faire. Je l'ai demandé instamment aux parents ; cela n'a pas été fait. Mais il est évident que cette recherche serait intéressante et utile.

Quant à la décoloration des selles, à peu près comme dans l'ictère, je crois qu'elle tient surtout à la grande quantité de bile perdue par les vomissements, et à l'alimentation privée de fibrine.

A part ces défaillances de la digestion et cette nécessité d'un très-long temps pour refaire des forces, la digestion intestinale elle-même peut se faire et la vie se maintenir. Comment donc, alors, a lieu le transport des sucs digestifs et nutritifs du tube intestinal dans le canal thoracique et la veine sous-clavière ?

Si l'on estime à 7 mètres la longueur de l'intestin grêle chez l'adulte, et à quatre mètres la même longueur chez une enfant de huit à dix ans, il ne reste plus, après la perte de 1 mètre, par invagination, chez l'enfant, que les trois quarts de ses vaisseaux chylifères, et cette suppression du quart des chylifères a eu lieu brusquement et pour toujours.

L'anatomie et la physiologie permettent d'entrevoir ce qui se passe dans de telles circonstances. D'abord, les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'intestin, qui sont des lymphatiques généraux, s'anastomosent avec des vaisseaux chylifères. En outre, l'on sait que le liquide qui remplit le canal thoracique, résultat de la chylification, est de couleur blanche, laiteuse, et contient surtout de la graisse, émulsionnée par son mélange avec le suc pancréatique. Or, Claude Bernard, en injectant de la graisse émulsionnée par le suc pancréatique, soit dans le rectum, soit même dans le tissu cellulaire du membre d'un chien, a retrouvé un liquide blanc, laiteux dans les vaisseaux lymphatiques, provenant du rectum ou du membre. Voici une autre expérience. Après avoir purgé un chien, avec de l'huile de croton tiglium, et l'avoir tenu à une abstinence complète pendant deux jours, on a injecté par le rectum, à plusieurs reprises, 120 grammes de lait. Le chien ayant été tué après la dernière injection, on a trouvé les lymphatiques du gros intestin distendus par un liquide blanchâtre, lactescent ; les ganglions mésentériques en étaient pénétrés, et le liquide du canal thoracique était d'un blanc mat.

Beaucoup de physiologistes pensent que les éléments nutritifs qui n'ont pas été pris par les chylifères dans l'intestin grêle sont absorbés par les lymphatiques du reste de l'intestin, notamment par le cœcum et le rectum. Longet croit que le *suc intestinal* émulsionne la graisse à la manière du suc pancréatique.

La guérison et l'entretien de la vie, après élimination d'une notable partie de l'intestin grêle, est une chose certaine, démontrée cliniquement. Si, au premier abord, un tel résultat semble difficile à expliquer, cependant l'anatomie et la physiologie peuvent, on vient de le voir, le faire comprendre et en fournir une certaine explication.

Néanmoins il y aurait un grand intérêt à connaître, après plusieurs années, l'état exact des personnes qui ont subi, par invagination et sphacèle, ces pertes irréparables de l'intestin et ces déchets dans la digestion. Je crois pouvoir promettre de reparler un jour de ma petite malade.

ÉTUDE

SUR LA CYSTITE TUBERCULEUSE (1),

Par le Dr A. Guébhard.

Conclusions. — La cystite tuberculeuse, principale manifestation de la tuberculose urinaire, se rencontre dans deux circonstances principales. — *a.*) Tantôt elle est primitive, et ne paraît pas précédée par des symptômes diathésiques dans d'autres appareils ; elle peut alors rester longtemps localisée à la vessie, sans retentir sur l'état général. — *b.*) Tantôt elle est secondaire ; c'est alors un épiphénomène, une complication de la tuberculose pulmonaire ou de la tuberculose génitale, dont elle hâte la terminaison funeste.

Elle est caractérisée par des symptômes qui, tout en n'étant pas pathognomoniques, constituent par leur réunion un ensemble suffisant pour permettre le diagnostic dans la majorité des cas.

Elle s'accompagne de lésions, parfois assez profondes, débutant toujours, dans la vessie, par le col et la région prostatique de l'urèthre, pour s'étendre de là souvent à toute la muqueuse urinaire. Alors même qu'elle est secondaire, les lésions paraissant suivre une marche descendante des reins aux uretères et à la vessie, c'est encore au voisinage du col que se trouvent les désordres les plus accusés.

Elle peut être améliorée quelquefois par les instillations de nitrate d'argent, le plus souvent par un traitement général.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 novembre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux d'Audinac (Ariège) (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Oré (de Bordeaux) qui se porte candidat au titre de membre correspondant dans la section d'anatomie et de pathologie ; 2° une lettre de M. le docteur Wintrebert (de Lille) accompagnant l'envoi d'un mémoire sur l'hygiène des enfants du premier âge dans la ville de Lille ; 3° une note de M. le docteur G. Bouchard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saumur, sur une épidémie de fièvre typhoïde observée en juin, juillet, août et septembre, dans les maisons adossées au coteau de Saumur.

PRÉSENTATIONS

M. Bernutz présente, au nom de M. le docteur Puech, une brochure intitulée : *De la grossesse de l'ovaire.*

M. Tarnier, au nom de M. le docteur Pinard, présente un volume intitulé : *Du palper abdominal et de la version par manœuvres externes.*

M. Chauffard, de la part de M. le docteur Grasset, professeur

(1) In-8° ; prix, 2 fr. 50. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

agrégé à la Faculté de Montpellier, présente le second volume du *Traité des maladies du système nerveux.*

L'année dernière, dit M. Chauffard, en présentant le premier volume de cet ouvrage, je disais qu'il était destiné à rendre de vrais services dans l'enseignement de nos écoles. Je crois que le sentiment que j'exprimais a été unanimement partagé, et ce nouveau volume ne fera que le confirmer et l'accroître. La publication de cet important ouvrage témoigne de l'activité scientifique qui règne non-seulement à Paris, mais aussi dans nos Facultés de province, et, en particulier, dans l'antique et célèbre école de Montpellier, toujours digne de son vieux renom.

M. Chauffard dépose, en outre, sur le bureau, plusieurs autres publications du même auteur pour être soumises au concours pour le prix Godard.

M. BAILLARGER offre en hommage l'éloge de Ferrus, par M. le docteur Mottet.

— M. COLIN, à l'occasion du procès-verbal, demande à rectifier certaines erreurs contenues, suivant lui, dans la communication de M. Krishaber relativement au manuel opératoire actuellement usité en chirurgie vétérinaire pour l'opération de la trachéotomie sur le cheval.

Sur l'observation de M. Bouley et de M. le Président que le règlement s'oppose à ce que le travail d'un membre étranger à l'Académie soit discuté en séance publique, M. Colin renonce à la parole, mais non sans protester et en se réservant de présenter ses observations lors de la lecture du rapport dont le travail de M. Krisaber devra être l'objet.

RAPPORTS

M. LEFORT, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Peste de Bagdad. — M. J. ROCHARD, au nom d'une commission composée de MM. Briquet, Leroy de Méricourt et Rochard, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Spiridion Lavitzjanos sur la peste de Bagdad, lu en séance le 20 novembre 1877.

Le travail de M. Lavitzjanos, dit M. le rapporteur, n'est qu'une simple note dans laquelle l'auteur n'a pas eu d'autre but que celui de faire part à l'Académie des remarques qu'il a pu faire en Mésopotamie, dans le cours des deux épidémies de peste qui ont ravagé le pays en 1875 et 1876. La description qu'il en donne est conforme à ce que nous savions déjà de cette maladie et peut se résumer en quelques mots : début brusque, sans prodromes, par les symptômes ordinaires de la première période; apparition constante du bubon caractéristique; charbon plus rare et ne s'étant montré seulement que dans les cas mortels; absence de pétéchies, etc.

L'auteur a reconnu, comme tous les médecins qui ont été appelés avant lui à traiter des pestiférés, la complète impuissance de la thérapeutique. Mais il n'en a pas été de même des mesures hygiéniques, séquestration des malades, désinfection des maisons, lotions à l'eau de chaux, soins de propreté, etc., qui lui ont souvent permis de localiser ou d'éteindre la maladie au milieu des familles qui y étaient exposées.

M. le rapporteur termine son rapport en proposant de remercier M. Spiridion Lavitzjanos et de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie.

Il est impossible, ajoute M. le rapporteur, de passer à côté de la peste sans s'arrêter un instant sur cette grande individualité pathologique qui fut la terreur des siècles passés et qui est demeurée une énigme pour le nôtre. C'est la grande inconnue du cadre nosologique. Elle nous apparaît à travers un double prisme : le temps, l'éloignement. Elle n'est pas de notre époque, elle n'est pas de nos contrées, et c'est pour cela sans doute qu'elle exerce sur nos esprits une attraction si vive que pour ma part je regretterai toujours de ne pas l'avoir rencontrée sur mon chemin. C'est aussi pour cela que son étude clinique est si peu avancée. De toutes les maladies qui déciment les populations, c'est la seule qui n'ait pas encore été étudiée avec toute la rigueur, avec toute la précision que les méthodes modernes ont mises à la disposition de la médecine. Nous possédons aujourd'hui, par exemple, sur la fièvre jaune, des observations sans nombre recueillies avec tout le luxe de renseignements qu'ont pu fournir les méthodes dont nous disposons actuellement. Mais rien de semblable n'a encore été fait pour la peste. Il est donc bien à désirer que les médecins qui seront appelés à l'étudier désormais ne se bornent pas à en décrire les symptômes d'une façon sommaire, mais qu'ils s'entourent de tous les moyens d'investigation que notre époque réclame pour amener l'étude de cette maladie au point où en sont les autres.

Après un échange de courtes observations entre M. Bouillaud et M. J. Rochard, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

Ovariotomie. — M. LE DENTU lit un travail intitulé : Observation d'ovariotomie pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine et suivie de guérison; quelques considérations sur le péritonisme envisagé comme indication opératoire. (Comm. MM. Trélat, Verneuil.)

Sphygmographe modifié. — M. BRONDEL, médecin de la marine, fait la communication suivante sur des modifications qu'il a apportées au sphygmographe de Marey, dans le but de le rendre plus simple et plus pratique. L'instrument primitif, dit l'auteur, était sujet à plusieurs causes d'erreur, dont la principale résidait dans le curseur. En effet, la première condition à remplir est d'avoir une pression constante sur l'artère pendant toute la durée de la marche, afin d'obtenir un tracé exact dans toute son étendue. Or, lorsque, l'instrument posé sur l'artère, on appliquait le curseur, la pression variait aussitôt, ce que l'on voyait à la chute de la plume. De plus, pendant la marche du curseur, cette pièce pesait d'abord de tout son poids sur l'arrière du sphygmographe, puis au milieu, puis enfin sur l'avant, et l'on voyait alors la plume s'élever, et le tracé aller en diminuant d'amplitude. Un autre inconvénient était la faible longueur du tracé obtenu, inconvénient sensible surtout lorsqu'on avait à rechercher des irrégularités du pouls, des faux pas du cœur. Enfin la plume, telle qu'elle existait, donnait des tracés excessivement peu déliés, et l'on était obligé, pour avoir des traits assez fins, de recourir à tous les embarras des papiers noircis à la fumée. Tels sont les inconvénients que je crois avoir évités avec le nouvel instrument que j'ai l'honneur de vous présenter. — J'ai complètement supprimé le curseur, et je l'ai remplacé par deux cylindres verticaux, dont l'un est animé d'un mouvement de rotation constant et déterminé, et dont l'autre, mobile, peut être rapproché ou éloigné du premier, afin de pouvoir employer des papiers d'épaisseur différente. Ces cylindres en tournant entraînent une bande de papier sur laquelle la plume vient écrire; ils donnent un tour par seconde, chaque tour déroule 1 centimètre de papier, et, le mouvement durant quarante-trois secondes, il passe donc 43 centimètres de bande. Cette longueur permet de saisir toutes les modifications produites sur le pouls par l'exercice, une émotion, le travail de l'accouchement, etc., et de reproduire facilement les irrégularités du pouls, les faux pas du cœur. L'autre modification a porté sur la plume : j'ai remplacé la légère bande d'acier par un véritable tire-ligne qui me permet d'obtenir des traits extrêmement nets et fins, et d'employer une encre quelconque. En outre, devant le cylindre où passe le papier, se trouve un montant en cuivre qui maintient exactement la bande au moyen d'une coulisse, et offre au bec de la plume un plan résistant. En résumé, j'ai évité les changements de pression sur l'artère pendant l'application de l'instrument ; j'obtiens des tracés aussi longs que je le désire, et je puis, avec toute sorte d'encre, avoir des traits extrêmement réguliers.

Telles sont, énumérées rapidement, les modifications que j'ai apportées au sphygmographe actuel. Mon instrument, construit à Brest, a fonctionné pendant trois mois à l'hôpital de cette ville, et je possède assez de tracés pour être sûr de l'exactitude des résultats obtenus. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Marey et Moreau.)

La séance est levée à 5 heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

301. Picou. — Du traitement des goîtres.

302. Apostoloff. — Des fistules urinaires chez l'homme considérées au point de vue de leur développement.

303. Moret. — Des complications péri-utérines de la blennorrhagie.

304. Dodé. — Question d'hygiène publique, altération et insalubrité de la Seine par les eaux d'égout, épuration et utilisation de ces eaux, de leur innocuité par les irrigations sur le sol.

305. Navault. — Observations cliniques sur les effets physiologiques de l'acide arsénieux.

306. Bloch. — Du jaborandi, son emploi thérapeutique, en particulier du mal de Bright.

307. Santos. — De l'état mental chez certains diabétiques.

308. Sabadini. — Contribution à l'étude pathogénique et au traitement des tumeurs et des fistules du sac lacrymal.

309. Marcou. — De la dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse.

310. Dupouy. — De quelques préjugés et abus populaires concernant l'hygiène de la première enfance et des dangers de la plupart d'entre eux.

311. Vergnes. — De l'adipose sous-cutanée dans ses rapports avec les atrophies musculaires; valeur séméiologique de ce signe.

312. Alvarez de Linéra. — De l'ichthyose.

313. Étienne. — Essai sur les troubles médullaires que peuvent entraîner les lésions traumatiques.

314. Coronado. — Annotations sur les quinquinas des États-Unis de Colombie et sur l'emploi thérapeutique de la cinchonitine.

315. Patey. — Étude d'ensemble sur les fractures spontanées considérées spécialement au point de vue de leurs causes, leur pronostic et leur traitement.

316. Peton. — De l'action physiologique et thérapeutique de l'ergot de seigle, étude expérimentale et clinique.

317. Morisset. — Étude sur la pression intra-labyrinthique.

318. Dimitrieff. — Traitement des plaies sans pansements, méhode d'aération.

319. Simon. — Étude sur le psoriasis buccal.

320. Labache. — De la blépharo-conjonctivite.

321. Dubief. — De l'inflammation chronique des follicules clos (glande de Luschka) de l'arrière-cavité des fosses nasales et de son traitement par la douche naso-pharyngienne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La nouvelle loi sur les pensions de retraite des officiers a dû faire modifier les tableaux de tarifs de solde. On lira avec intérêt la situation financière faite à nos confrères de l'armée.

Le médecin et le pharmacien aide-major de 2e classe ont une solde nette, par an, de 2.477.75, soit par mois 206.48, ou 6.88 par jour.

Le médecin et le pharmacien aide-major de 1re classe ont une solde nette, par an, de 2.547.55, soit, par mois, de 212.30, ou 7.08 par jour.

Le médecin et le pharmacien-major de 2e classe ont une solde nette, par an, de 3.594.49, soit, par mois, 299.54, ou, par jour, 9.98.

Le médecin et le pharmacien de 1re classe ont une solde nette, par an, de 5.967.55, soit, par mois, 497.30, ou, par jour, 16.58.

Le médecin et le pharmacien principal de 2e classe ont une solde nette, par an, de 7,084.28, soit, par mois, 590.36, ou, par jour, 19.68.

Le médecin et le pharmacien principal de 1re classe ont une solde nette, par an, de 8.619.80, soit, par mois, 718.32, ou, par jour, 23.94.

Enfin, les médecins et les pharmaciens inspecteurs ont une solde nette de 12.563.27, soit, par mois, 1.046.94, ou, par jour, 34.90.

— MM. Duret, Henriet et Schwartz feront un cours complet de pathologie externe, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique de la Faculté de médecine, tous les jours, de huit heures à neuf heures du soir. — La première leçon aura lieu le lundi 11 novembre.

— M. le docteur Quinquaud, médecin des hôpitaux, commencera son cours de pathologie interne à l'École pratique, le mardi 12 novembre, à sept heures du soir.

— M. le docteur Delefosse commencera, le mardi 12 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, son cours sur la chirurgie des voies urinaires; il le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

Un cours pratique et gratuit sur l'analyse des urines, pour les médecins seuls, a lieu à sa clinique, 37, rue Saint-André-des-Arts, tous les dimanches à dix heures, à partir du 17 novembre.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud
A LA CRÉOSOTE VRAIE
et à **l'Huile de Foie de Morue,**

Formule des docteurs BOUCHARD et GIMBERT. (*Gazette hebd. de médecine et de chirurgie* 1877.)

BOURGEAUD, pharmacien, fournisseur des hôpitaux, 20, rue de Rambuteau, à Paris.

Ces capsules, à *enveloppe très-soluble, d'odeur agréable, à saveur sucrée,* contiennent, les petites, que nous délivrons toujours à moins d'indication contraire, 2 centigr. de *créosote vraie* du goudron de hêtre et 50 centigr. d'huile de foie de morue. Les grosses, 5 centigrammes de *créosote vraie* et 2 grammes d'huile de foie de morue

Dose : 5 à 10 *petites capsules* et 2 à 4 *grosses capsules* matin et soir, ou avant le repas, suivant l'avis du médecin. — LA BOITE, 4 FRANCS.

VIN et HUILES CRÉOSOTÉS. La Bllе 5 fr.

Bière de Goudron
BREVETÉ S. G. D. G.

DÉPOT CENTRAL à l'Établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, r. de Provence, Paris.

Constipation guérie *sans purger* par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes. — Il guérit radicalement en peu de jours les constipations habituelles les plus opiniâtres.

Prix : 3 fr. — GROS : 79, rue du Cherche-Midi. DÉTAIL : 97, rue de Rennes et dans les pharmacies.

Anti-goutteux à l'iodure de LITHIUM FERRUGINEUX du Dr Ate LACOTE

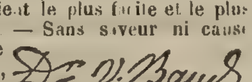
Dragées contenant chacune 0,10 centigrammes de principe actif. — Brochure explicative.

Vente en gros : HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple, Paris.

Vente en détail : dans toutes les bonnes pharm

Fer-Diastasé assimilable
du Dr V. BAUD

Sous la forme de granules bien dosés, un sel de FER combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, devient le plus facile et le plus actif des *ferrugineux.* — Sans saveur ni cause d'irritation, il se trouve indiqué contre l'*anémie*, la *chlorose*, etc.



Paris, 22 et 19 r. Drouot.

Bourboule, SOURCE Choussy,

La plus arsenicale des eaux minérales connues. C'est avec l'eau de la *Bourboule-Choussy* qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris par MM. J. Guéneau de Mussy, Bazin, etc , les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule. Dépôt : chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté
AU LACTATE DE FER.

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Les véritables DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTE ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

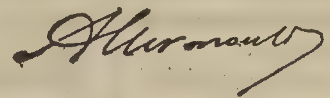
Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Sirop reconstituant
D'Arséniate de fer soluble
de A. CLERMONT

Licenciés sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'emploi de ce produit, d'une absorption sûre et régulière, est indiqué dans les diverses formes de l'anémie, la cachexie paludéenne, la phthisie, les maladies de la peau, les névralgies, le diabète, etc. Prendre de une à quatre cuillerées à café avant les deux principaux repas. Chaque cuillerée à cafe représente 1 milligr. d'arséniate de fer soluble.

2 fr. 50 le flaçon portant la signature ci-contre :



Détail : 25, rue de Grammont, Paris et toutes Phies. Gros : Grillon, 27, rue de Rambuteau, Paris.

Sirop du docteur Demesse, diurétique (Codex n° 380) et sédatif, *à la cissampeline.*

Heureuse modification des formules diurétiques du codex (cissampelos caapeba, associé à la digitale, à la scille, etc.).

Vingt années d'expériences comparatives prouvent la supériorité incontestable de cette préparation dans les *hydropysies, œdèmes rebelles, pleurésies et bronchites chroniques, albuminuries,* et dans tous les cas où les *diurétiques* et les *sédatifs* sont indiqués.

Dépôt général chez M. Legras, pharmacien-préparateur, 222, faub. St-Denis, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies. Prix : 5 fr. le flacon.

Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, r. Montmartre.

Fumouze—Albespeyres
FOURNISSEUR DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les produits sont préparés sous la surveillance de MM. FUMOUZE, docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe

Vésicatoire d'Albespeyres.

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action prompte et régulière. — Exiger sur le côté du vésicatoire la signature d'*Albespeyres.*

Papier ÉPISPATIQUE d'Albespeyres

LE SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Action sûre et régulière. — Préparation la plus commode pour entretenir les vésicatoires avec une extrême propreté.

La boîte porte la signature *Fumouze-Albespeyres.*

Capsules de Raquin

AU COPAHU, AU GOUDRON, A LA TÉRÉBENTHINE,
Approuvées par l'Académie de médecine.

Les Capsules Raquin à enveloppes de gluten constituent le meilleur moyen d'administrer le *Copahu*, le *Goudron*, la *Térébenthine.* — Elles sont parfaitement tolérées par l'estomac.

Exiger sur l'enveloppe la signature *Raquin.*

Papier et Cigares ANTI-ASTHMATIQUES de Bin BARRAL.

Ils contiennent les mêmes substances que le carton anti-asthmatique du Codex, associées au *Cannabis indica.*

Cataplasme Jouanique

en feuilles minces, légères, souples, inaltérables. Sa souplesse et sa légèreté permettent de l'appliquer sur toutes les parties du corps, et dans tous les cas où le poids d'un cataplasme est difficilement supporté par les malades.

Pulvérisateur Marinier,
admis dans les hôpitaux.

Il est facile à nettoyer et s'applique sur tous les flacons ; — la pulvérisation peut être graduée, l'obstruction est évitée, les trous n'étant pas capillaires.

DÉPÔT à Paris, pharmacie d'ALBESPEYRES, 80, faub. Saint-Denis ; vente des pulvérisations chez FUMOUZE frères, 78, faubourg Saint-Denis.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure,

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs de reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

NÉVRALGIES, MIGRAINES, MAUX DE DENTS
Guéries par les préparations de

Gelsemium sempervirens

PILULES ANTINÉVRALGIQUES
Une à cinq au maximum en vingt-quatre heures.

ELIXIR ANTINÉVRALGIQUE
Une à cinq cuillerées à café au maximum en vingt-quatre heures.

TEINTURE DE GELSEMIUM
En petits flacons pour l'usage de MM. les médecins. Exiger la signature du **Dr FOURNIER**, *pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux.*

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Névroses. — Sirop Collas au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

Capsules et saccharure
A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical* ; le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

N° 130. — SAMEDI 9 NOVEMBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 9 NOVEMBRE 1878. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la fièvre typhoïde pendant le dernier trimestre.

Dans son rapport sur les maladies régnantes des mois d'avril, mai et juin 1878, fait, à la séance de la Société médicale des hôpitaux du 9 août dernier, M. Besnier constatait que pendant ce deuxième trimestre de l'année la fièvre typhoïde s'était abaissée au point le plus bas de sa courbe annuelle, ainsi que cela a lieu tous les ans à la même époque, suivant une règle invariable, et il annonçait en même temps, avec la même certitude, l'ascension de cette même courbe comme prochaine, lente et oscillante d'abord, puis brusque vers la fin de l'été et le commencement de l'automne.

On aurait pu craindre peut-être qu'à raison de l'encombrement qu'a occasionné dans Paris l'Exposition universelle pendant le troisième trimestre, les prévisions de M. Besnier eussent été trompées, soit sous le rapport de l'échéance qui aurait pu être avancée, soit sous le rapport du nombre et de la gravité des cas. Il n'en a rien été. Malgré cette agglomération énorme de population venant de tous les pays, et dans laquelle il était permis de supposer des prédispositions faciles à mettre en jeu par le fait même de la non-acclimatation, la fièvre typhoïde ne s'est montrée à Paris ni plus tôt, ni en plus grande proportion, ni plus intense que dans la période correspondante des années précédentes.

Ainsi, d'après le dernier rapport sur le troisième trimestre, lu dans la séance du 25 octobre, la mortalité en ville s'est élevée, pour ces trois mois, à 280 : 67 en juillet, 102 en août, 111 en septembre. Dans les hôpitaux, le mouvement pendant ce trimestre a été de 462, et la mortalité de 101 : 20 en juillet, 40 en août et 41 en septembre. Or, si nous nous rappelons le mouvement et la mortalité par fièvre typhoïde pour la période correspondante de l'année dernière, troisième trimestre de 1877, nous trouvons pour le mouvement 488, et pour la mortalité le chiffre de 326, réparti comme il suit : 77 en juillet, 121 en août et 128 en septembre ; c'est-à-dire que les chiffres du mouvement et des décès typhoïdes du troisième trimestre de cette année sont inférieurs à ceux de l'année dernière et à la moyenne des troisièmes trimestres des six années précédentes, qui est de 324 pour la ville et de 116 et une fraction pour les hôpitaux.

Un fait qui n'est pas moins remarquable, c'est l'extrême bénignité générale des cas que nous avons eu l'occasion de voir et l'absence de tout caractère prédominant ou insolite qui eût pu être considéré comme la marque d'une constitution épidémique spéciale. Presque tous les cas observés dans les hôpitaux ont offert la forme commune, sans prédominance accusée d'aucun symptôme. C'est, en effet, ce qui résulte également des renseignements fournis à M. Besnier par ses collègues, ainsi qu'on en pourra juger par les extraits du rapport qui seront publiés plus tard et auxquels nous n'empruntons pour le moment que ce résultat général propre à établir le double fait du nombre relativement restreint des cas de fièvre typhoïde et de leur bénignité.

Une remarque qui nous a été suggérée par plusieurs chefs de service de différents hôpitaux, et qui nous a frappé par sa concordance, c'est la proportion assez notable des cas de fièvre typhoïde chez des sujets âgés ou ayant, du moins, dépassé de beaucoup l'âge moyen des prédispositions, c'est-à-dire chez des sujets âgés de trente à quarante, de quarante à cinquante ans et même au delà.

Ainsi, dans les salles de la clinique de l'Hôtel-Dieu, le chef de clinique, M. Debove, nous a le premier signalé le fait et nous a montré plusieurs malades, les uns en voie d'évolution de la fièvre typhoïde, les autres convalescents, qui avaient de trente à quarante, et quelques-uns même de quarante à cinquante ans. Nous avons retrouvé le même fait, dans des proportions moindres peut-être, dans les salles de la clinique de la Charité, et M. Dieulafoy, alors chargé du service de M. Vulpian dans le même hôpital, nous a fait voir une femme convalescente qui avait de cinquante-cinq à soixante ans. A la même époque, c'est-à-dire dans le courant du mois de septembre, nous venions d'apprendre en ville la mort, par suite d'une fièvre typhoïde, d'un homme de plus de cinquante ans, et un médecin, à qui personne ne contesterait la sûreté du diagnostic si nous le nommions, nous disait avoir tout récemment donné des soins en province à la mère d'un de nos très-distingués confrères, qui a échappé heureusement, à plus de soixante ans, à une fièvre typhoïde bien caractérisée.

Quelque peu frappé de ce rapprochement, nous avons recherché, à cette occasion, quelle était la proportion des cas de décès par fièvre typhoïde, par série d'âges.

Nous avons consulté à cet effet les relevés mortuaires mensuels du Bulletin de statistique municipale de Paris pour les six dernières années, de 1872 à 1877. Voici les chiffres que

nous avons relevés pour ces six années, par séries d'âges :

Sur un total de 6,974 décès par fièvre typhoïde dans cette période : de 0 à 1 an, 23; de 1 à 2 ans, 64 ; de 2 à 3, 114; de 3 à 4, 194; de 4 à 5, 174; de 5 à 10, 601 ; de 10 à 15, 700; de 15 à 20, 1187; de 20 à 25, 1661; de 25 à 30, 817; de 30 à 35, 497; de 35 à 40, 310; de 40 à 45, 222; de 45 à 50, 147; de 50 à 55, 107; de 55 à 60, 66; de 60 à 65, 38; de 65 à 70, 31; de 70 à 75, 10; de 75 à 80, 15; de 80 à 85, 5; de 85 à 90, 1; de 90 à 95, 1; de 95 à 100, 1.

D'où l'on voit que, s'il est bien vrai, comme l'indiquent tous les auteurs classiques, que la fièvre typhoïde a son maximum de fréquence de 15 à 30 ans et plus particulièrement de 20 à 25, elle est loin cependant d'être absolument rare après l'âge de 30 ans, et tout à fait exceptionnelle après celui de 50, comme cela est écrit partout, et que, bien qu'allant toujours en décroissant à partir de 25 ans, elle ne laisse pas encore de faire des victimes à 50 ans et au delà. Nous ne nous dissimulons pas qu'il y a une part à faire à l'erreur dans le mode de détermination des causes de décès qui sert de base à cette statistique; mais, si large qu'on veuille la faire, il n'est pas possible, surtout si l'on rapproche ces chiffres de ceux probablement plus exacts que l'on trouve dans le dernier volume de la *Statistique médicale des hôpitaux de Paris*, pour l'année 1863 (voici ces chiffres : Total des sorties et des décès pour la fièvre typhoïde, 3,103; de 0 à 15 ans, 26; de 16 à 20, 1,016 ; de 21 à 30, 1,593; de 31 à 40, 336; de 41 à 50, 95; de 51 à 60, 26; de 61 à 80, 11), il n'est pas possible, disons-nous, de refuser à ces chiffres une valeur relative encore suffisante pour montrer que l'immunité, par rapport à la fièvre typhoïde, n'est jamais absolue à quelque âge que ce soit.

Hémophilie avec purpura hæmorrhagica.

Nous devons à l'obligeance de M. H. Bastard, interne à l'hôpital Saint-Louis, la communication du fait suivant, recueilli dans le service de son chef M. le docteur E. Guibout, et qui a été l'occasion d'un parallèle intéressant entre l'hémophilie et le purpura.

La malade, couchée actuellement au n° 50 de la salle Henri IV, présente un cas remarquable d'hémophilie avec taches purpuriques abondantes. Au premier abord, l'on pourrait croire que l'on a affaire à un purpura hémorrhagique; mais, à un examen plus attentif, il est aisé de se convaincre que l'on a sous les yeux un cas de diathèse hémophilique. — Ces deux affections, en effet, présentent plusieurs points de ressemblance qui peuvent les faire prendre l'une pour l'autre. Toutes deux sont caractérisées par des hémorrhagies abondantes et répétées, par des pétéchies et des ecchymoses plus ou moins étendues.

Mais ce qui les différencie l'une de l'autre, c'est que le purpura hæmorrhagica survient le plus souvent chez les gens affaiblis par la misère, par une nourriture insuffisante et surtout par l'habitation dans des lieux bas et humides. — L'affection s'accompagne de symptômes fébriles et gastro-intestinaux qui précèdent de quelques jours l'invasion de la maladie. Puis apparaissent seulement les symptômes caractéristiques consistant en taches purpuriques et hémorrhagies.

Enfin, la durée des accidents est relativement courte, et varie de trois semaines à plusieurs mois. En un mot, c'est, comme la définissent les auteurs, une diathèse hémorrhagique *passagère*, se terminant le plus souvent par la guérison; dans quelques cas cependant la mort peut survenir par anémie aiguë.

L'hémophilie, au contraire, est une diathèse hémorrhagique *permanente* et le plus souvent héréditaire. Ici l'affection, alors même qu'il n'y a pas d'hérédité, se développe sans s'accompagner d'aucun symptôme fébrile; les sujets sont en puissance de cette diathèse comme ils seraient sous l'influence de la diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse. La maladie accuse le plus souvent son existence par un léger traumatisme, à la suite duquel survient une hémorrhagie remarquable par son abondance et la difficulté que l'on a à l'arrêter. — Puis viennent les hémorrhagies spontanées par les diverses muqueuses; le moindre choc donne lieu à une ecchymose étendue, enfin il peut exister des pétéchies en plus ou moins grande abondance. — A ces symptômes s'ajoute un état général sérieux, par suite de l'anémie qu'entraînent nécessairement les pertes de sang répétées. — Enfin, comme dans la plupart des diathèses, la durée en est très-longue et la guérison ne s'obtient qu'après un traitement très-prolongé.

Tel est le cas de la jeune fille qui est actuellement dans les salles. — Chez elle la diathèse hémophilique n'est pas héréditaire. — Les parents ont toujours joui d'une excellente santé et n'ont jamais présenté aucun symptôme d'hémophilie.

La maladie a débuté à l'âge de six ans après une bronchite assez prolongée. — C'est alors que l'on s'est aperçu que sa peau était dans toute son étendue couverte de petites taches rouges, de pétéchies. — Cependant antérieurement elle avait déjà une tendance marquée aux hémorrhagies qui survenaient sous l'influence de la plus légère cause. — Pendant sa bronchite, des morsures de sangsues et la surfaee dénudée d'un vésicatoire donnèrent lieu à un écoulement de sang abondant au point de faire craindre pour les jours de la malade.

Plus tard survinrent des épistaxis abondantes et fréquentes se manifestant sans cause apparente. — La malade a été réglée à l'âge de treize ans, et, depuis l'établissement de l'écoulement menstruel, celui-ci a toujours été d'une grande abondance et d'une durée très-prolongée (dix à quinze jours). Mais en même temps les autres hémorrhagies ont totalement cessé.

D'une constitution faible et lymphatique, la malade présente un aspect profondément anémique. Les muqueuses palpébrale et gingivale sont décolorées, et il existe au cœur, à la base, un souffle d'anémie se prolongeant dans le gros vaisseau du cou. — La peau est le siège de pétéchies nombreuses, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, et tranchant par leur coloration foncée sur la pâleur cireuse des téguments. Ces taches, que la pression du doigt ne fait pas disparaître, existent surtout aux bras et aux membres inférieurs où elles sont très-rapprochées. Il y en a également sur le tronc, où, quoique nombreuses, elles sont cependant plus espacées qu'aux membres. Depuis le début de l'affection ces pétéchies ont disparu plusieurs fois, mais momentanément, et au bout de quelques jours elles n'ont pas tardé à réapparaître aussi abondantes qu'auparavant. A côté de cela la peau est le siège de suffusions sanguines étendues, d'ecchymoses situées surtout au niveau des saillies osseuses, et apparaissant sous l'influence du plus léger choc et de la moindre pression.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, la malade a eu ses règles, qui se sont prolongées pendant douze jours malgré le repos au lit et le décubitus dorsal, et ont constitué par leur grande abondance une véritable métrorrhagie.

La malade a été immédiatement soumise, par M. Guibout, à un traitement astringent, tonique, consistant en sirop d'iodure de fer, vin de gentiane, vin de quinquina, et potion contenant 2 grammes 50 de perchlorure de fer.

Actuellement, et après cinq semaines de ce traitement, son état ne s'est pas beaucoup amélioré. Les pétéchies sont toujours en aussi grand nombre, et la dernière époque menstruelle a été aussi abondante et aussi prolongée que les précédentes. — On sait, en effet, que la thérapeutique a peu d'efficacité contre la diathèse hémorrhagique, qui est une affection des plus graves à cause de son opiniâtreté, de ses fréquentes récidives et de sa terminaison le plus souvent fatale. — Le pronostic en est d'autant plus fâcheux que les sujets sont plus jeunes et d'une constitution plus chétive, et, lorsque la guérison a lieu, elle n'arrive guère avant l'âge de trente ou quarante ans.

Quant à la nature de l'affection, les auteurs ne sont pas d'accord là-dessus. Elle a été considérée par les uns comme produite par une diminution de la force de contraction des vaisseaux capillaires; d'autres invoquent un défaut d'innervation des filets nerveux se rendant aux capillaires. — On l'a aussi attribuée à un spasme passager des petites veines, à une altération du sang consistant pour les uns en une défibrination, pour les autres en une diminution des globules rouges et une augmentation des globules blancs. Mais aucune de ces théories n'est bien démontrée, et, pour cette diathèse comme pour beaucoup d'autres, la cause première reste inconnue.

Effets thérapeutiques de la digitale dans les maladies du cœur.

Parmi les questions de médecine pratique et de thérapeutique les plus importantes qui ont été communiquées au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, nous devons une mention spéciale à celle qui a été traitée par M. le professeur Teissier (de Lyon), sur les effets thérapeutiques de la digitale dans les maladies du cœur. Sans s'engager dans l'examen du problème difficile et complexe du mode d'action de la digitale, M. Tessier s'est proposé simplement de faire connaître les résultats auxquels l'a conduit une expérience déjà longue et qui porte sur plusieurs centaines de faits.

Voici en quels termes le savant praticien de Lyon a formulé les applications pratiques de la digitale.

Maladies du cœur gauche. Lésions mitrales. Qu'on ait affaire à un rétrécissement ou à une insuffisance, ou à l'un et l'autre simultanément, ce qui est le cas le plus ordinaire, la digitale trouve une occasion d'emploi très-utile, surtout s'il y a petitesse et irrégularité du pouls, palpitations prononcées, gêne respiratoire, diminution de la sécrétion urinaire, œdème des membres, disposition à la cyanose et aux hydropisies. C'est dans ces cas que les applications de la digitale ont produit leurs effets les plus heureux. Grâce à elle, M. Teissier a vu le pouls se relever et se régulariser, les palpitations et la dyspnée céder avec rapidité, la sécrétion urinaire augmenter, les épanchements séreux disparaître et les malades qui paraissaient proches de leur fin revenir en peu de jours à un état relativement satisfaisant.

Lésions de l'orifice aortique. — Sans se laisser influencer par les théories diverses en vertu desquelles beaucoup de médecins ont condamné l'usage de la digitale dans les lésions de l'orifice aortique, soit qu'ils aient eu en vue de respecter une hypertrophie qu'ils considèrent comme compensatrice, soit qu'ils pensent, au contraire, que, dans les rétrécissements aortiques, il y a ordinairement une augmentation de la tension artérielle qu'il serait dangereux d'accroître, ou bien qu'il peut y avoir ralentissement du pouls et par conséquent danger d'augmenter encore, dans ces conditions, la gêne de l'irrigation sanguine, M. Teissier a observé maintes fois des malades affectés d'insuffisance aortique qui, après avoir éprouvé d'énormes palpitations avec oppression prononcée, engouement et même apoplexie pulmonaire, ressentaient une amélioration considérable à la suite de l'administration de la digitale.

Il a observé également des sujets atteints de rétrécissement aortique avec tension trop considérable du pouls et hypertrophie du ventricule gauche, et qui se sont très-bien trouvés de la digitale administrée à petites doses et d'une manière soutenue.

Toutefois, quand le rétrécissement aortique est très-accentué et qu'il s'accompagne d'une grande lenteur du pouls et de tendance à la syncope, M. Teissier reconnaît volontiers qu'il peut y avoir inconvénient à prescrire la digitale. Dans cette occurrence il ne faut en tenter l'usage qu'avec la plus grande réserve.

Lésions du cœur droit. — Qu'on ait à traiter une hypertrophie avec dilatation du cœur droit et insuffisance tricuspidienne, ou qu'on ait à combattre un rétrécissement de l'orifice pulmonaire, la digitale est très-bien indiquée. L'oppression, la tendance à l'œdème et à la cyanose sont notablement diminuées, surtout si l'on combine la digitale avec des purgatifs tels que le jalap et la scammonée.

En résumé, pour M. Teissier il n'y a pas de maladies du cœur dans lesquelles la digitale soit formellement contre-indiquée. Elle peut rendre de grands services, aussi bien dans les lésions de l'orifice mitral que dans les lésions de l'orifice aortique ou de l'orifice pulmonaire et dans l'hypertrophie avec ou sans dilatation.

Elle agit à la fois comme sédatif et comme tonique des nerfs du cœur et des vaisseaux. Elle tend toujours à ramener le système artériel à un état de tension particulier, qui, dans l'état pathologique, régularise, uniformise la circulation et la rapproche du type physiologique.

En un mot, la digitale, aux yeux de M. Teissier, est un médicament qui s'adapte merveilleusement à tous les états pathologiques du cœur et qui ne lui paraît contre-indiqué que par le ralentissement extrême du pouls, l'intolérance des voies digestives et l'asthénie agonique. Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Ernest Besnier.

De l'éléphantiasis (1).

II

Obs. III. — Un homme de soixante-deux ans, cultivateur, Jean-Baptiste P..., entre le 11 juin 1878 dans ma division à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Léon n° 53, venant de la Maison municipale de santé, d'où il m'a été envoyé par mon savant collègue et ami, le docteur Cruveilhier.

Vigoureux et bien constitué, ne paraissant pas être aussi âgé qu'il l'est réellement, cet homme ne connaît, chez ses ascendants, aucune maladie constitutionnelle : ses parents ont vécu jusqu'à un âge très-avancé; interrogé sur ses antécédents pathologiques, il se rappelle seulement qu'il a eu un ictère simple en 1860, la variole en 1870, et des *fièvres intermittentes* marémmatiques dans son enfance et sa jeunesse, jusqu'à l'âge de vingt ans (marais de Vernois en Bourgogne).

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 novembre.

Le *début* de l'affection qui l'a amené dans les hôpitaux remonte à « plusieurs années » pendant lesquelles le malade aurait fréquemment éprouvé des douleurs profondes dans la continuité de la cuisse droite; mais c'est seulement depuis dix-huit mois que les accidents ont commencé à prendre l'aspect qu'ils offrent aujourd'hui. A cette époque, sans cause appréciable, en même temps qu'une crise de ses douleurs habituelles, il est survenu, dans le pli inguinal « *des glandes douloureuses* » du volume d'une amande: la région s'est tuméfiée ainsi que la portion *supérieure* de la cuisse; puis la tuméfaction s'est étalée *de haut en bas* et a fini par atteindre la jambe, puis le dos du pied; ces phénomènes se seraient produits sans fièvre intense, au rapport du malade, mais non sans un amaigrissement prononcé.

Entré d'abord à la Maison de santé, en septembre 1877, le malade en sortit amélioré au bout de deux mois de séjour, après avoir été soumis à la compression, aux applications résolutives, et à l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur; toutefois il ne put pas reprendre ses occupations de cultivateur, et fut presque toujours retenu à la chambre,

Au mois de février 1878, nouvelle crise de douleurs lancinantes ayant leur siège toujours au même point, la région inguinale droite, s'accompagnant, comme la première fois, de gonflement, lequel atteignit rapidement les dimensions de la première attaque, les dépassa rapidement et ne cessa plus de croître. Bientôt le membre *gauche*, jusque-là resté indemne, fut atteint, à son tour, de la même manière et avec la même série de phénomènes que le membre droit; c'est-à-dire tuméfaction et douleur initiales dans la région de l'aine, développement progressif de haut en bas, etc. Une deuxième fois, le malade revint à la Maison municipale de santé, où il entra au mois de mai 1878, dans le service de M. Cruveilhier: l'évolution progressive des accidents continua malgré la médication interne, les applications locales et les bains de vapeur; la peau, qui jusqu'alors n'avait pas présenté dans son aspect extérieur d'altération considérable, devint érythémateuse, squameuse et fendillée par places; une petite eschare se produisit spontanément à la face interne de la jambe gauche, laissa suinter une certaine quantité de sérosité, puis se cicatrisa; un zona intercurrent, d'une grande intensité sous le rapport de l'éruption, mais absolument *indolore*, apparut sur le membre supérieur gauche, où l'on en retrouve encore les traces caractéristiques. C'est alors que le patient, un peu découragé, voyant ses ressources pécuniaires s'épuiser, se décida à entrer dans mon service à l'hôpital Saint-Louis.

État actuel. Le malade est un peu pâle et anémique, mais sans amaigrissement considérable ni teinte cachectique; il est dans le décubitus dorsal; en le découvrant, on constate tout d'abord une augmentation de volume *énorme* des deux membres inférieurs, beaucoup plus considérable à droite qu'à gauche; une tuméfaction de moyenne intensité du scrotum et du pénis et de la partie inférieure et antérieure de l'abdomen; on ne la trouve pas à la région fessière, et elle a complètement disparu à partir de la ligne ombilicale en avant.

Malgré l'inégalité de leur volume, qui est manifeste, les deux membres inférieurs sont symétriquement déformés. Les cuisses, séparées de l'abdomen par un sillon profond, forment deux masses cylindro-coniques dont les dimensions sont les suivantes :

Mensuration.	Membre droit.	Membre gauche.
A la racine de la cuisse dans le fond du pli.	98 centimètres	89 cent.
Au milieu.	74 —	58 —
Au creux poplité.	58 —	51 —
Au cou-de-pied.	30 —	28 —
Au pourtour des malléoles.	37 —	30 —
A la partie moyenne du mollet.	50 —	41 —

La couleur des parties malades n'est pas uniforme : normale à l'abdomen jusque dans les plis profonds inguino-cruraux qui ne présentent pas d'intertrigo; érythémateuse dans la plus grande partie des deux cuisses; blanche autour des genoux; de nouveau érythémateuse sur la jambe, pour reparaître encore normale au dos du pied et autour des malléoles; livide enfin aux organes génitaux.

Également variable est l'état de la couche cornée; normale dans tous les points où la coloration est naturelle, squameuse ou plutôt légèrement écailleuse au niveau des zones érythémateuses; en aucun point la surface ne cesse d'être lisse; il n'y a ni excoriations, ni ulcérations, ni fissures, ni saillies lichénoïdes ou papillomateuses; aucune lésion de grattage indiquant l'existence d'un prurit de quelque intensité.

La température des parties, mesurée à la main, est sensiblement égale à droite et à gauche; elle est manifestement supérieure à la normale et à la température des parties non atteintes; aucun refroidissement, même aux extrémités.

Aucun trouble de sensibilité appréciable : les diverses sensibilités paraissent intactes dans leurs formes diverses, tact, douleur, sens musculaire, chatouillement, etc.

La consistance est augmentée : palpés à pleine main, les téguments et la totalité des membres malades sont durs, compactes; les divers plans anatomiques ont perdu leur mobilité les uns sur les autres. Toutefois, si cette consistance n'a rien de l'œdème simple et encore moins de l'état normal, elle n'est, en aucune manière, comparable à celle du sclérème, ni de la sclérodermie, ni de la lèpre; elle cède sous la pression du doigt plus ou moins facilement, mais universellement; quel que soit le point où le doigt soit appuyé avec force et durée, on opère une dépression, mais en percevant une résistance élastique assez accentuée, et, aussitôt que cette pression a cessé, on voit, en très-peu d'instants, le niveau se reproduire à la manière d'une poire de caoutchouc qui se remplit de liquide.

Si l'on fait, en différents points des deux membres, des piqûres avec une épingle, une aiguille ou la pointe d'une lancette, on constate également une résistance dermique assez accentuée, mais qui n'indique pas cependant une condensation fibreuse extrêmement serrée des parties traversées; le plus habituellement cette piqûre, si elle est faite avec un instrument non tranchant, donne lieu, quelques secondes après le retrait, à un écoulement de liquide d'apparence aqueuse, mais très-légèrement citrin, qui coule assez abondamment pour qu'on en puisse facilement recueillir une quantité notable dans un tube à expériences. On constate alors avec une grande netteté que ce liquide est alcalin, qu'il se partage par le repos en un coagulum fibrineux et une partie séreuse, laquelle se trouble très-légèrement par la chaleur. C'est donc un liquide légèrement albumineux, fibrinogène, contenant par conséquent les éléments figurés que l'on rencontre dans tous les œdèmes lymphatiques inflammatoires.

Dans un grand nombre de points, la ponction à l'épingle ou à l'aiguille ne donne que de la sérosité simple; quelquefois un petit filet de sang mélangé ou plutôt coulant à côté; d'autres fois, c'est du sang noir qui s'écoule assez vivement pour faire un petit jet perpendiculaire. Mais, même dans ce

cas, la sérosité apparaît bientôt, et continue, seule, à couler pendant plusieurs heures.

Les mouvements des membres sont considérablement gênés par leur énorme tuméfaction, et leur fonctionnement empêché au-delà de quelques instants par l'énormité de leur poids; mais il n'y a aucune paralysie musculaire, et tous les mouvements, même une certaine élévation au-dessus du lit, peuvent être exécutés.

Le système lymphatique-ganglionnaire présente des altérations certaines dans les régions inguinales, malgré la difficulté que l'on éprouve à constater leur existence actuelle, à cause de l'induration et de l'épaisseur des parties tégumentaires, épaisseur considérable au niveau du sillon inguino-crural où ils forment un bourrelet allongé, véritablement calleux.

Au col, rien d'appréciable; mais, dans l'aisselle droite, un ganglion volumineux, indolent.

Un peu de toux et d'expectoration muqueuse, en rapport avec un état catarrhal habituel au malade.

Aucun signe positif de cardiopathie, ni dans les phénomènes d'auscultation, ni dans l'état des divers segments de la circulation; aucune hémorrhagie par aucune voie; urines normales, ne contenant ni sucre ni albumine.

L'appétit est satisfaisant, la digestion gastrique sans accident, les évacuations un peu laborieuses à cause du volume du segment inférieur et de l'impotence du sujet, mais aucune constipation; la rate n'est pas énorme, et il n'y a pas de liquide appréciable dans la cavité de l'abdomen.

Voilà tout ce que nous apprend l'examen attentif et méthodique de notre malade; c'est à l'aide de ces données que nous devons chercher à arriver à la détermination de l'affection qu'il présente, détermination de l'exactitude et de la précision de laquelle dépendent absolument nos conclusions pronostiques et nos indications thérapeutiques.

VARIÉTÉS.

LA VALEUR SÉMIOTIQUE DE L'ÉCRITURE (1).

Par le docteur Ad. Nicolas.

V

M. J.-H. Michon, établissant tout d'abord la fixité des signes graphologiques, formule ainsi la loi fondamentale de son système : « Jamais un signe graphologique ne s'applique à la qualité opposée à celle qu'il représente. » On pourrait ajouter que l'absence d'un signe positif ne saurait prouver que le sujet manque de la qualité ou de la tendance dont il est l'indice. Cette réserve faite, je n'ai plus qu'à résumer le système, — en me bornant à signaler, chemin faisant, les interprétations qu'il me paraîtra comporter.

Le trait s'étudie principalement dans la barre des *t*. « A la pensée molle, faible, hésitante, irrésolue, timide, correspondra toujours le trait mou, léger, tremblotant, indécis... A la pensée forte, vive, hardie, résolue, violente, correspondra toujours le trait ferme, rude, accentué, ayant la rigidité de la barre d'acier qui ne saurait fléchir... » Terminé pesamment, par un coup sec de la plume appuyant fortement sur le papier, il caractérise les natures à volonté forte, résolue, dure, brutale, farouche. C'est le trait *en massue*. Terminé finement, en pointe aiguë, il caractérise les natures à volonté faible.

« Toutes les barres des *t* appartiennent à la manifestation volontaire... et l'on devient rapidement fort en graphologie quand on a étudié avec quelque soin les différentes formes des barres. » L'absence de barre marque l'absence de volonté. La barre extrêmement prolongée trahit la vivacité ; terminée en massue et ne touchant pas la hampe de la lettre, elle est l'expression des mouvements violents.

L'angularité de l'écriture est un signe de rudesse, comme la prédominance de courber est un indice de douceur. Les caractères se nuancent entre ces extrêmes.

L'écriture descendante, soit qu'elle s'affaisse dans la longueur d'un mot, soit qu'elle abaisse la ligne pour un rien, est particulière aux hommes facilement découragés, naturellement tristes ou défiants d'eux-mêmes ; par contre l'ascension des mots et des lignes marque l'ardeur et l'entrain. La ligne droite caractérise les hommes qui vont droit au but ; et, par contre, la ligne sinueuse et « serpentine » trahirait les diplomates.

La disposition des points sur les *i* comporte une série de révélations piquantes. Les méticuleux les mettent exactement à leur place ; ceux dont la pensée va plus vite que la plume les jettent après coup, à côté de la lettre et au hasard ; les étourdis oublient de les placer, aussi bien sur l'*i* qu'à la fin des phrases. L'abus des points dits suspensifs dénote une imagination surexcitée. Mis à la fin d'une signature, sans paraphe, le point marque la défiance. Fortement accentué par un coup dur de la plume, il traduit la hardiesse, la fermeté, la résolution et, s'il est pâteux et pesant, la sensualité. Au contraire, léger, il indique le manque de fermeté, de résolution ou simplement la délicatesse de sentiment. Certains écrivains remplacent le point par une espèce d'accent qui serait propre aux natures vives, impétueuses. Le duc de Brunswick le remplaçait, dans son écriture particulièrement excentrique, par un petit cercle, net et régulier.

Beaucoup de gens terminent par un retour de la plume, formant crochet, certaines majuscules qui s'y prêtent, telles que M, R, T, C. M. Michon accorde une grande signification à ce crochet qui caractériserait l'égoïsme.

Les fioritures, dont les calligraphes usent et abusent, embellissent l'écriture, mais c'est évidemment au détriment de la simplicité. On souscrit volontiers à l'opinion qui les attribue à la coquetterie, au désir de plaire, aux vaniteux.

Les tenaces terminent leur trait par un petit crochet anguleux qui lui donnent la figure d'un harpon.

On sait que les *f* et les *t* minuscules, au lieu d'être barrés par un trait, le sont quelquefois par un retour de la plume formant une boucle. Ce serait, suivant notre auteur, un signe d'obstination d'autant plus prononcé que le trait en retour de la plume finit plus carrément dans son mouvement descendant. Ces retours de la plume sont particuliers, du moins, aux gens soigneux, aimant à parfaire leur travail.

L'inégalité de hauteur des lettres accuse la mobilité d'impression. J'ajoute que l'inégalité de hauteur des mots est commune dans l'écriture de certains aliénés, chez lesquels elle trahit plutôt la mobilité ou plus exactement la versatilité des conceptions. J'ignore si le fait est général dans la manie ; les folies à manifestations tristes présentent plutôt l'inégalité des lettres ; mais, dans tous les cas, ce signe est caractéristique de la mobilité d'humeur. J'insistais, récemment, sur cette expression que je remarquais sur une adresse de lettre, sans me douter que l'adresse avait été écrite par un fou ; et je ne m'en aperçus qu'à l'embarras de sa femme qui me l'avait présentée. Je cite le fait pour montrer combien une étude plus sérieuse du sujet pourrait être fructueuse.

Le degré d'inclinaison des lettres n'a pas une moindre importance. « Plus la personne qui écrit a de sensibilité de cœur, d'impressionnabilité, de sensitivité même, plus ses lettres se couchent. » Le signe est frappant chez les aliénés, où il suffirait à distinguer la folie triste ou, si l'on veut, *plaintive*. Je recommande, à cet égard, le spécimen d'écriture reproduit dans l'*Étude sur la Folie* de M. Tardieu (p. 500), que l'on pourra comparer au journal de Gautrin (p. 555 et suiv.). La froideur et la sécheresse du cœur redressent l'écriture. Toutefois l'inclinaison n'est bien accusée que chez les personnes qui s'abandonnent. Chez presque tous les hommes l'écri-

(1) Fin. — Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 5 novembre 1878.

ture se redresse ; voilà pourquoi M. Michon considère les lettres couchées comme un signe de « fémininité ».

J'ai déjà dit, d'ailleurs, que l'appréciation de la sensibilité, dans ses nuances multiples, est le point délicat et périlleux du système. Suivant M. Michon, « les écritures *aériennes*, extrêmement ténues, délicates et fines, répondent aux natures vivant beaucoup de l'esprit, détachées des plaisirs des sens, et douées d'instincts spiritualistes... Les écritures à lettres épaisses, pâteuses, fortement appuyées dans toute leur étendue, répondent à des âmes qui aiment le côté matériel des jouissances, la table, etc... Les écritures à lettres renflées répondent à des âmes dont les instincts sont sensuels et qui ont l'amour du plaisir. » Nous retiendrons de ces préceptes cette distinction que les natures délicates ont la touche plus légère et que l'épaisseur du trait peut être en raison inverse de la délicatesse du sentiment.

Les *brouillons* ont une écriture enchevêtrée, dans laquelle les mots se tassent, les lignes se confondent, par l'empiétement des jambages et des fioritures dont les lettres sont ornées mal à propos. « Si, à ce signe... le tassement des mots, l'enchevêtrement des lignes, se joint l'écriture inclinée, indiquant toujours la *passion...* cet homme aura non-seulement peu de jugement, mais encore le ugement passionné... Et si à tous ces signes se joint le grand mouvement des lettres en dessus ou en dessous des lignes, qui dit l'*imagination très-excitée*, vous avez encore le signe complet d'un jugement à la fois peu sain, très-passionné, très-exalté. »

Réciproquement « les écritures dans lesquelles les mots sont séparés par un blanc très-distinct, et les lignes assez distantes pour que la lumière circule bien entre les lignes et entre les mots, se trouvent être celles des cerveaux lucides, des esprits qui ont la vue claire des choses... et donnent le signe graphologique de la clarté de l'esprit, du jugement. » L'inclinaison modérée des lettres ou leur nclinaison excessive indiqueront la part qui revient à la passion pour amoindrir ces qualités.

Les marges nulles « indiquent toujours un esprit rangé, ordonné, économe, avec cette nuance que cet esprit a peu de tendances artistiques, gracieuses. » Plus ou moins grande, elle atteste des tendances contraires. « Dans des écritures plus tassées, où il n'y a pas à soupçonner d'instincts dépensiers, la très-grande marge indique des goûts de vie distingués. » La marge irrégulière « dit nettement mobilité, nature vide, irréfléchie, primesautière ; — manque d'ordre, de régularité, certaine insouciance des détails. » A gauche, la marge révélerait un esprit harmonique, des goûts élégants. De très-grandes marges en haut sont un indice de goûts élevés, d'habitude de vie brillante et aristocratique un peu mélangés d'originalité. M. Tardieu, ainsi que nous l'avons vu, a lui-même signalé la parcimonie avec laquelle certains aliénés économisent leur papier blanc. Et, en général, est-il vraisemblable que l'avare gaspillera son papier comme pourra le faire le prodigue ?

Les mots grossissants caractériseraient, suivant M. Michon, l'écriture des enfants, et seraient un signe de franchise et de naïveté. Le fait serait même général : « Les gens francs, dit l'auteur, donnent autant qu'ils peuvent de hauteur égale à leur écriture. » Et réciproquement, les gens rusés se distingueraient par le rapetissement progressif des mots vers leur terminaison, ou, en général : « Les gens peu francs diminuent, par instinct, la hauteur de leurs lettres en finissant leurs mots. »

VI

Après ce travail d'analyse, le lecteur me demanderait, sans doute, d'en faire la contre-partie. Mais il répugnerait peut-être à me suivre dans le domaine passionnel, où cette synthèse ne serait autre que l'exposé méthodique des nuances du caractère humain, exigeant, au préalable, une classification des facultés de l'âme, où chacune d'elles serait placée à la place qui lui convient et où toutes seraient échelonnées dans l'ordre suivant lequel elles se subordonnent dans les actes habituels. Or cette classification n'existe nulle part ; cette synthèse n'est pas faite... du moins n'est-elle pas faite ailleurs que dans l'écriture elle-même, qui la représente dans sa complexité. Là, en effet, la passion dominante apparaît dans toute sa vérité ; c'est elle qui forme le fond du tableau sur lequel la volonté et les fonctions qui en dépendent dessinent des épisodes, nuancés de tons divers par l'impressionnabilité normale ou maladive.

Une tentative analogue ne serait pas moins téméraire sur le terrain de l'aliénation, dans l'état actuel de nos connaissances. Les nuances comme les transformations du délire dans chacune des formes admises de la folie sont encore trop vaguement définies. Si je ne m'abuse, l'étude méthodique de l'écriture des fous serait très-profitable, sinon pour élucider la genèse et la progression du délire, au moins pour en surveiller les modifications. Je ne doute pas que l'écriture d'un maniaque ne signale d'avance les périodes d'exaltation de sa folie ; et ne serait-il pas précieux pour un médecin de pouvoir établir son diagnostic et peut-être son pronostic, à la seule inspection des caractères ou des lignes, dans une de ces lettres interminables que prodiguent les aliénés ?

Je me résume.

On ne saurait contester que l'écriture ne soit, bien plus encore que l'attitude, la démarche ou le geste, l'expression synthétique d'un acte commandé par le cerveau, combiné par les nerfs, exécuté par les doigts de la main, souvent altéré en chemin par les caprices de l'innervation, acte duquel la pensée ne se désintéresse jamais, dans l'état normal, et qu'elle élabore suivant des modes divers, variant avec les individus et, pour chaque individu, avec les dispositions d'esprit du moment où il s'accomplit. L'écriture doit accuser ces dispositions ; et, indépendamment des conditions qui influent sur l'exécution même, nous devons y reconnaître l'intensité de l'effort et le degré d'application qu'elle exige, la somme d'attention que le sujet lui a consacrée, l'énergie de l'impulsion volontaire qui l'a prescrite, enfin la netteté de la conception qui en a combiné le mécanisme. Et cette conception est elle-même hâtive ou réfléchie, sobre ou prolixe, coordonnée ou incohérente, suivant l'état actuel des facultés : mémoire, imagination, abstraction, comparaison, etc., qui ont concouru à son élaboration.

L'intégrité du mouvement se révèle à la netteté du trait, dont la vigueur est en rapport avec l'énergie musculaire, comme sa vivacité est en rapport avec la rapidité de conception. Il est plus mou chez les convalescents ; hésitant chez les névropathiques ; traînant et tremblé chez les paralysés ; nous l'avons vu *chevrotant* et comme *hérissé* par les zigzags du tremblement rhythmique, dans la paralysie agitante. Nous ne savons ce qu'il peut être dans la chorée, l'ataxie locomotrice ou les contractures ; mais, dans celles qui constituent la crampe des écrivains, l'écriture se distingue par des échappées de la plume assez caractéristiques (Charcot).

Chez ceux qui ont la pensée rapide, la plume est parfois trop lente. L'écriture est hâtée ; les points y sont jetés au hasard, les barres n'atteignent pas les jambages des lettres ; et, caractère plus remarquable, les lettres sont disjointes : celles qui doivent être arrondies ne sont plus fermées par le haut ; dans celles qui ont plusieurs jambages, ces jambages ne sont pas liés : et c'est au point que l'on peut distinguer deux catégories bien nettes d'écriture : les écritures à caractères disjoints des rêveurs, et les écritures à caractères liés des logiciens. Les fous sont encore curieux à étudier sous ce rapport ; et le délire *motivé* se distingue du délire incohérent. C'est à la rapidité de leurs conceptions qu'a été attribuée, par quelques manigraphes, la fréquence des omissions et des lacunes dans leurs écrits.

Pour la plupart, nous avons l'écriture sobre et contenue. La réserve du geste se retrouve dans l'expansion modérée du trait de plume ; et, à ne considérer que les barres des *t* et le trait final du mot, on observe tous les degrés, depuis la finale écourtée de l'avare et du diplomate, jusqu'à la finale exubérante de l'enthousiaste et de l'exalté.

Nous avons vu que le degré d'application se révèle à la petitesse des caractères. Elle trahit aussi l'intensité de l'effort chez tous les trembleurs, que le tremblement résulte de la faiblesse sénile, de l'impuissance motrice, ou d'une excitabilité excessive.

L'effort d'attention se reconnaît aussi au rapetissement de l'écriture, dont la régularisation est en rapport avec la précision de l'adaptation mentale qui constitue la présence d'esprit. Quand cette

adaptation s'opère sans effort, l'écriture a des allures plus libres et des formes moins ramassées. Les *absences* se révèlent par les lacunes des lettres, ou des mots eux-mêmes. Comme les fous, les vieillards semblent avoir oublié l'orthographe. Ce sont plutôt les accessoires de l'écriture : accents, ponctuation, points sur l'*i*, barres des *t*, qui manquent chez les étourdis, les distraits, les préoccupés.

J'en ai dit assez sur les rapports qui existent entre les barres des *t* et la vigueur de l'impulsion volontaire.

Chez un grand nombre de personnes, l'écriture se singularise, dans son ensemble ou dans ses détails, dans la forme du trait ou des caractères, dans la disposition, l'abus ou la parcimonie des majuscules. On peut dire qu'il existe peu de gens qui n'aient pas leur dose individuelle d'originalité. Les bizarres se classent en première ligne sous ce rapport. Le sens artistique se révèle à la forme typographique des majuscules, dont les gens vulgaires négligent de faire usage, tandis que les fous atteints de la manie des grandeurs en abusent comme les vaniteux. Il est naturel que la *recherche* qui caractérise ces derniers se retrouve dans leur écriture.

La versatilité, la mobilité d'humeur, se reconnaissent au défaut d'uniformité des lettres et des mots ; et le degré d'impressionnabilité se mesure à leur inclinaison. On trouve, à cet égard, une différence curieuse entre l'expression du délire chagrin et celle du délire craintif ; et, d'une manière générale, entre la lypémanie et l'hypochondrie dont certaines manifestations sont pourtant si voisines. L'hypochondriaque calcule, le lypémaniaque s'abandonne ; l'un et l'autre accusent souvent les mêmes nuances d'égoïsme ou d'esprit personnel.

Je m'arrête pour ne pas abuser davantage de l'attention du lecteur. Le but que je me suis proposé serait atteint si j'avais fait ressortir tout l'attrait de cette étude, si j'avais suffisamment assuré la pratique d'une méthode qui la rendrait fructueuse, et surtout si j'avais réussi à désarmer les préjugés qui la déconsidèrent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — M. le Doyen informe MM. les étudiants que nul ne sera mis en série pour la soutenance de sa thèse, qu'à partir du jour où les exemplaires réglementaires auront été déposés au secrétariat de la Faculté.

Les consignations pour les examens de fin d'année ne seront reçues que jusqu'au samedi 9 novembre inclusivement.

— M. Sappey commencera son cours d'anatomie le lundi 11 novembre, à quatre heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur G. Sée commencera son cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu le lundi 11 novembre. Leçons les lundis et vendredis, à neuf heures précises. Le mercredi, démonstrations histologiques et chimiques. Visite des malades tous les jours à huit heures.

— M. le docteur Auguste Voisin reprendra, à l'Hospice de la Salpêtrière, ses conférences cliniques sur les maladies mentales et affections nerveuses, le jeudi 14 novembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— La Société de médecine légale de France, reconnue comme établissement d'utilité publique, reprendra ses séances le lundi 11 novembre, à trois heures précises, dans la salle d'audience de la 5me chambre du Tribunal civil, au Palais de justice.

Elle rappelle que trois places de membres titulaires et six places de membres correspondants nationaux sont actuellement vacantes, et invite les candidats, qui n'auraient pas encore rempli cette formalité, à faire parvenir sans retard leur demande au secrétaire général.

— Nous recevons le premier numéro du *Journal des sciences médicales de Lille*. Cette revue mensuelle, publiée par un groupe de professeurs de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille, défendra les doctrines spiritualistes en évitant toutefois, autant que possible, les discussions purement doctrinales.

Son premier numéro renferme une « Étude sur les modifications apportées par l'organisme animal aux diverses substances albuminoïdes injectées dans les vaisseaux », par MM. J. Béchamp et E. Baltus. — « Traitement des kystes synoviaux tendineux par l'ignipuncture », par M. A. Jousset. — « Sur la désarticulation de la hanche, revue critique, » par M. D. Damec. — « Notes cliniques, par M. H. Desplats. » — « Académies et Sociétés savantes. » — « Bibliographie. » — « Variétés et nouvelles. »

Grâce à cette publication, nous pourrons suivre le mouvement scientifique d'une Faculté libre de médecine, et nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce mouvement. Nous lui emprunterons aussi les nouvelles qui nous sembleront bonnes à publier. Et nous commençons aujourd'hui par la nouvelle suivante :

— *Faculté libre de médecine de Lille.* — Ont été nommés internes en médecine : MM. Van Oye, Giamboni, Jaffus et Rome. — Internes en pharmacie : MM. Judas et Bousseau. — Aides d'anatomie : MM. Delassus et Vallin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Ernest BESNIER.

De l'éléphantiasis (1).

Caractères cliniques de l'éléphantiasis. — Siège topographique. — L'éléphantiasis peut se développer sur tous les points de la membrane tégumentaire; mais, comme toutes les altérations dans lesquelles la stase des liquides joue un grand rôle, il affecte surtout les parties déclives. Dans l'immense majorité des cas, 95 p. 100, c'est le segment inférieur du corps qui est atteint, à ce point que, toutes les fois que vous verrez un développement hypertrophique s'opérer dans la partie supra-ombilicale du corps, il faudra un examen particulièrement sévère avant de le qualifier d'éléphantiaque. Dans ce segment supérieur, les parties qui ont été trouvées le moins rarement atteintes sont la face, et spécialement sa partie inférieure, et la lèvre inférieure (*leontiasis*), les mamelles, les avant-bras.

Dans le segment inférieur, les parties le plus fréquemment atteintes sont, au premier rang, dans la proportion énorme de 93 p. 100 (2) les membres inférieurs; puis, à un chiffre infiniment au-dessous, le scrotum, le prépuce, le fourreau, chez l'homme; les grandes lèvres, les petites lèvres, le tégument clitoridien et le pénil chez la femme.

Dans les membres inférieurs, là où l'affection a son siège le plus ordinaire et où nous l'étudions particulièrement, l'éléphantiasis, le plus souvent *unilatéral*, est cependant fréquemment encore *bilatéral*.

Lorsque les deux membres inférieurs sont atteints, ils le sont d'ordinaire *successivement*, et l'on constate, de ce fait, presque toujours entre eux une *inégalité* de volume, preuve matérielle de leur inégale ancienneté dans l'état pathologique. On peut cependant les rencontrer parfaitement égaux, comme vous le pouvez voir sur cette pièce moulée (service de M. Guibout, Musée de l'hôpital Saint-Louis). Quand l'altération occupe un seul segment du membre inférieur, c'est presque toujours le tiers inférieur de la jambe, et c'est aussi presque toujours là où elle est à son maximum. La règle n'est renversée que pour certains cas plus rares dans lesquels l'affection procède surtout de dedans en dehors, et marche de haut en bas comme chez notre malade du n° 53, chez qui le maximum des altérations existe à la racine des membres.

La *localisation* des lésions est à ce point dans la nature de l'affection qu'il est très-ordinaire de voir le pied, par exemple, absolument intact au bas d'une jambe énormément hypertrophiée, exactement tel qu'il sortirait d'un pantalon bouffant noué autour des malléoles. Vous l'avez pu constater chez notre malade du n° 55, et vous pouvez le voir sur ce moule en plâtre que j'ai fait exécuter sur nature, l'année dernière, ou bien encore sur le dessin du même cas, et sur les tracés fournis par les auteurs qui ont écrit sur l'éléphantiasis des pays exotiques, de l'Égypte notamment.

Chez le malade de M. Guibout, le pli inguino-crural formait une limite absolue de l'affection : la face plantaire du pied était complètement intacte, tandis que le reste du membre présentait un volume énorme.

L'éléphantiasis, maladie *locale et localisée*, est le plus ordinairement limité à certains départements organiques. Dans chacun d'eux, il reste identique au point de vue de l'étiologie générale, de l'évolution physiologique et des lésions anatomiques; mais, dans chacun d'eux également, il constitue, au point de vue des conditions étiologiques locales, des symptômes, du pronostic et du traitement, des *espèces* nosographiques tout à fait individualisées et qui ont reçu des noms particuliers, soit en raison de cette localisation, soit en raison du pays dans lequel on les observait le plus habituellement. C'est ainsi, par exemple, que l'éléphantiasis du scrotum a été appelé hernie charnue, carnis ad testes, hydrocèle endémique (Kampfer), sarcocèle d'Égypte (Larrey), oschéo-chalasie et oschéo-térastie sarcomateuse (Alibert), tumeur lymphatique des bourses (Richerand), etc. Aujourd'hui, toutes ces dénominations sont remplacées par le terme d'éléphantiasis, auquel on ajoute le nom de l'organe ou de la région atteinte : éléphantiasis du scrotum, du prépuce, de la vulve, etc.; des membres inférieurs, de la cuisse, de la jambe, etc.

Formes anatomiques. — Considéré dans ses caractères objectifs, l'éléphantiasis présente à étudier : 1° une augmentation de volume; 2° une déformation; 3° des altérations de surface.

C'est de la combinaison, en proportions diverses, de ces éléments que résultent les formes anatomiques particulières de l'affection.

1° *Augmentation de volume.* — Cette altération est constante; son degré seul varie, mais dans des proportions

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 novembre.

(2) Voyez les statistiques des docteurs Warin, Day, etc., in Tilbury Fox, Skin Diseases, third ed. London, 1873, p. 361.

sives que l'on observe surtout dans les parties détachées et pédiculisables comme le scrotum ou le prépuce, dont l'extension est, pour ainsi dire, sans limites, ainsi que vous le voyez sur cette pièce de l'opéré de Woillemier, et sur tous les dessins de sarcocèle d'Égypte dont je vous présente des représentations parfaites. Chez l'opéré de Woillemier, l'éléphantiasis n'occupait que le prépuce seul; le gland était intact. Lorsque toute cette masse énorme fut enlevée, le malade put reprendre ses fonctions génitales. Sur cette planche d'Alibert que je fais passer sous vos yeux, est représenté un éléphantiasis du scrotum qui constituait une tumeur plus volumineuse que tout le corps de l'individu; le testicule était aussi intact.

2° *Déformation.* — Tantôt, et le moins ordinairement, la déformation est en quelque sorte symétrique, et représentant simplement l'exagération des formes normales, comme chez notre malade du n° 53; mais le plus ordinairement elle consiste dans des conformations nouvelles résultant, non-seulement de ce que des parties normalement rétrécies sont devenues, au contraire, prédominantes, comme cela est si constant aux malléoles et au cou-de-pied, mais encore du fait de l'exagération excessive des plis normaux, dont vous voyez sur ces pièces et sur ces dessins de si étranges spécimens. Dans tous ces cas, l'enveloppe tégumentaire est devenue beaucoup *trop grande* pour le *degré de hauteur* des parties qu'elle recouvre, et le membre semble enveloppé d'un vêtement bouffant et plissé qui affecte, selon les cas, les formes les plus bizarres. Vous voyez cette disposition exagérée au dernier degré dans ce dessin d'un cas d'éléphantiasis où le membre supérieur atteint est plus gros que le tronc.

3° *Altérations des surfaces.* — Il est un certain nombre de cas dans lesquels la surface des parties atteintes conserve un épiderme corné transparent et sensiblement intact; la peau est alors d'une couleur blanc mat, cireuse ou éburnée, comme chez notre malade du n° 54. Ces cas répondent à l'éléphantiasis simple (éléphantiasis lisse, *eleph. glabra* des auteurs). D'autres fois, la peau ayant conservé sensiblement son épiderme corné normal, il y a des altérations de couleur plus accentuées; la peau est rouge, érythémateuse ou livide, comme chez notre malade du n° 53 (*eleph. rubra* ou *livida*), ou bien encore pigmentée, colorée en gris-noirâtre sordide, comme chez le sujet du n° 54 (*eleph. fusca vel nigricans*).

Dans une autre série de cas, les couches épidermiques et la zone papillaire présentent au contraire des altérations dont la connaissance a une importance réelle au point de vue de la distinction des espèces et des variétés.

Dans une première catégorie, nous rangerons les faits dans lesquels on trouve à la surface du tégument des altérations qui *ont été* la *cause directe* du développement de la maladie chez les sujets prédisposés : altérations variqueuses et ulcérations (éléphantiasis ulcéreux); eczéma chronique ou altérations mixtes du lichen agrius, ainsi que dans ce bel exemple de lichen agrius éléphantiasique dont j'ai fait exécuter le moule pour le musée de l'hôpital Saint-Louis. D'autres fois, des lésions analogues sont, au contraire, consécutives ou accidentelles; eczéma fendillé et fissuré, état ichthyosique ou saurodermique dépendant des altérations de la couche cornée par les *applicata* de tout ordre, ainsi qu'on l'observe surtout au milieu des populations misérables, dépourvues de vêtements et de chaussures, privées de tous soins, etc. Dans certaines catégories, au contraire, il se développe en diffé-[illegible] points des parties éléphantiaques, des *altérations papillo-*[illegible] extrêmement remarquables, très-communes, même dans l'éphantiasis nostras, dont le malade du n° 54 nous a offert un bel exemple, et dont toutes les pièces que vous avez sous les yeux ou ces divers dessins vous fournissent des modèles caractéristiques.

Tantôt c'est un *chevelu* fin de papilles développées surtout dans leur couche cornée, véritable tapis velvétique papillaire qu'on observe surtout dans la région péri-malléolaire, autour des plis digitaux et dans la totalité du sillon unguéal où ses éléments soulèvent l'ongle d'une manière si remarquable.

D'autres fois, les papilles se débarrassent de leur étui corné, et *bourgeonnent* avec le corps muqueux de manière à former toutes les variétés de papilles correspondant aux formes connues des papillômes; les unes, allongées, transparentes comme des grains de grenade, laissent apercevoir leur bouquet vasculaire central; les autres s'arrondissent et forment des tubercules ou des mamelons perlés de toutes les couleurs, de toutes les formes et de toutes les dimensions. Le plus habituellement, quel que soit leur développement, ces papillômes ne forment pas de tumeur pédiculée, mais s'étalent à la surface de divers points de la partie malade : c'est leur considération attentive qui avait fait donner par M. Hardy à cette variété d'éléphantiasis le nom de *lichen hypertrophique;* c'est celle que les auteurs ont spécifiée sous la dénomination d'éléphantiasis *papillaris*, seu *verrucosa.*

Enfin, nous aurons déterminé toutes les formes élémentaires extérieures que peut revêtir l'éléphantiasis des membres inférieurs en ajoutant que, dans certains cas exceptionnels, on peut trouver comme lésions considérables d'un membre éléphantiaque des hypertrophies dermiques globuleuses sous forme de gros tubercules, comme dans le magnifique dessin de l'affection décrite par Alibert sous le nom de *lèpre tuberculeuse éléphantine*, ou encore dans ce cas, dont voici la reproduction exacte, et où de grosses papilles mûriformes se sont accumulées aux régions inférieures de la jambe et du pied (*éléph. framboesioïdes*).

Évolution. — Début. — Ce n'est ni d'une manière brusque, ni d'une manière latente, que l'altération éléphantiasique atteint, d'ordinaire, son développement complet : le fait essentiel, capital, caractéristique au point de vue de l'évolution, dans toutes les formes, espèces et variétés de l'affection, c'est son *processus intermittent, ou paroxystique.*

L'oedème hypertrophique est toujours le résultat d'une série plus ou moins nombreuse de crises, le plus ordinairement fébriles, fièvre de l'éléphantiasis, *synochus lymphaticus*, constituant de véritables *accès* éléphantiasiques. Le début en est brusque, le plus souvent imprévu, paraissant quelquefois en rapport avec un incident matériel ou moral, un refroidissement, une fatigue, une commotion morale. Couché dans son lit d'hôpital, le malade a le faciès altéré, et fait savoir qu'il a été saisi, dans la nuit ou le matin, d'un *frisson* souvent violent, intense, prolongé; en examinant le membre malade, on le trouve chaud, tuméfié, érythémateux dans toute son étendue, ou offrant seulement des marbrures lymphangitiques, soit à la périphérie de la lésion déjà réalisée, soit à son centre, soit en un point quelconque s'il s'agit d'un premier accès.

D'autres fois, ce sera une poussée eczémateuse, quelquefois une lymphodermite assez cohérente et assez compacte pour mériter le nom d'érysipèle, ou même simuler un phlegmon; ailleurs ce sera une périphlébite variqueuse, ou encore une dermite diffuse émanée d'un ulcère, ou encore quelque traumatisme, même le plus léger, tel que la piqûre d'épingle ou d'aiguille faite par le médecin dans un but d'exploration. C'est là ce que j'ai constaté directement dans les nombreux

cas d'*éléphantiasis nostras* que j'ai observés. Rarement vous rencontrerez, dans nos climats, les adénopathies inguinales *intenses*, les cordes lymphatiques saillantes ou même les traînées rubanées de la dermolymphangite lacunaire qui signalent d'une manière si remarquable les accès éléphantiaques dans d'autres contrées où l'affection s'observe à un degré plus intense. Vous constaterez aisément, toutefois, et assez fréquemment l'existence des adénopathies à la racine des membres atteints d'éléphantiasis, soit avant toute crise déclarée, soit au début de celle-ci, et vous trouverez si ordinairement la douleur inguinale, au début de toutes les crises, que vous comprendrez bien comment Hendy, observant dans une contrée où les altérations du système lymphatique sont prédominantes, et frappé de la constance de l'adénopathie inguinale douloureuse du début, a été amené à désigner l'affection éléphantiaque sous le nom de *mal glandulaire*.

L'accès fébrile éléphantiasique est *pseudo-continu*, rémittent, ou intermittent; à type tierce ou double tierce, et sujet à varier selon toutes les circonstances de conditions *individuelles* et *locales* qui peuvent influencer le mode fébrile; il peut s'accompagner aussi d'un cortège variable de tous les symptômes de *fièvre éphémère*, vomissements, délire, etc., et revêtir parfois un haut caractère de gravité apparente. Sa terminaison est cependant toujours favorable, à moins de complications exceptionnelles ou imprévues. Sa durée ne dépasse guère un septénaire ou deux, et, dans notre climat au moins, au bout de très-peu de jours, tout est, d'ordinaire, non toujours, rentré dans l'ordre, phénomènes locaux et généraux.

Les *phénomènes locaux*, observés au cours des accès, sont, en général, bornés à ceux que nous avons indiqués; les eschares (*éléph. gangréneux*) et le phlegmon ou les abcès (*éléph. phlegmoneux*) ne sont observés qu'à titre exceptionnel.

Le nombre de ces accès est très variable; l'intervalle qui les sépare, quelquefois très-court, d'autres fois, au contraire, considérable. L'un des malades que vous avez vus a de nombreux accès chaque année; l'autre compte, entre chaque accès, des intervalles de plusieurs années, etc.

Ces accès, inégaux et irréguliers chez les différents sujets, présentent également les plus grandes variétés chez un même malade : tantôt, et plus rarement, c'est l'inverse qui se produit. Chez le malade du n° 53, les accès augmentent de violence ou sont tous égaux; chez cet autre, qui est soumis depuis longtemps à notre observation, au n° 54, les accès ont été très-variables; quelques-uns nous ont inspiré les plus vives craintes, quelques autres auraient passé non signalés par le malade s'ils n'avaient été relevés par la vigilance de la religieuse du service.

Pendant les accès, les souffrances des malades sont parfois assez vives, céphalée, malaise fébrile, état nauséeux, vomissements, chaleur sèche d'abord et sueurs consécutives, douleur inguinale, chaleur, tension, battements dans les régions envahies; mais tout cela s'évanouit assez rapidement, et ceux-là même chez qui les accès se répètent fréquemment, comme notre malade du n° 54, n'en conservent aucun état maladif dans l'intervalle des accès.

On peut constater également, dans l'intervalle des accès, que, sauf la gêne fonctionnelle dépendant du poids du membre, sauf quelques localisations douloureuses, les malades se plaignent peu; quelques-uns reprennent leurs occupations habituelles; ceux qui sont à l'hôpital suivent la règle de l'établissement en toutes choses; ceux même qu'un volume excessif et un poids énorme des membres retiennent au lit, comme notre malade du n° 53, peuvent cependant toujours descendre, faire quelques pas, aller à la garde-robe, se mouvoir dans leur lit, et même, ce qui est un sujet d'étonnement pour les assistants, soulever assez allègrement leurs membres énormes au-dessus du plan horizontal du matelas. Toutes les grandes fonctions s'exécutent normalement, et la durée de la vie ne paraît pas être notablement abrégée.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Mollière.

De l'emploi du drainage par le crin, dans les kystes du creux poplité.

(Observation recueillie par M. Charles Nodet, interne des hôpitaux de Lyon.)

Rosalie V..., âgée de treize ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans le service de M. Mollière, le 9 août 1878, pour une tumeur du creux poplité.

Cette jeune fille, grande, lymphatique, réglée depuis six mois, a toujours joui d'une bonne santé. Cependant elle a éprouvé, il y a deux ans, quelques douleurs dans le genou gauche; ces douleurs ne disparurent qu'après l'application de plusieurs vésicatoires.

Depuis elle n'a plus souffert; mais, il y a huit mois, la malade constata la présence d'une tumeur grosse comme une noix au niveau du condyle externe du fémur gauche. Restée longtemps stationnaire, cette tumeur a augmenté considérablement de volume depuis un mois.

A l'entrée de la malade dans le service, on observe une vaste tumeur remplissant le creux poplité et formant une énorme saillie sur les parties externes et antérieures du genou gauche; elle lui forme une espèce de manchon interrompu seulement en dedans. La fluctuation est nette, le liquide ne communique pas avec l'articulation; la marche est gênée, mais non douloureuse.

M. Mollière posa le diagnostic de kyste; en effet, une ponction exploratrice donna issue à un liquide jaune citrin, très-visqueux.

Du 19 au 25 août, les trois trocarts de l'appareil de M. Potain furent employés pour vider le kyste; mais, malgré le volume des trocarts et malgré l'aspiration, l'on ne put jamais, avec beaucoup de patience, obtenir plus de 40 à 60 grammes de liquide chaque fois.

C'est alors que M. Mollière, convaincu de l'inutilité des ponctions et de l'aspiration, eut l'idée d'introduire dans le trocart lui-même mis en place six ou huit crins repliés sur eux-mêmes. Le liquide kystique se mit à couler aussitôt. Le tout fut laissé en place pendant deux heures environ; la poche revenue sur elle-même avait fourni plus de 500 grammes de liquide. Le trocart fut alors retiré, tout en laissant les crins, et la jambe fut enveloppée dans une couche épaisse de coton. Le liquide continuant à s'écouler goutte à goutte, le coton dut être changé plusieurs fois pendant les jours suivants.

Au bout de huit jours, le genou avait repris sa forme normale, et l'état général de la malade était excellent, si bien que celle-ci crut pouvoir, malgré les recommandations contraires, se lever et marcher un peu. Cette imprudence causa une hémorrhagie dans le kyste; on vit en effet les crins rougis par le sang. De là, inflammation, et le matin, à la visite, des gaz furent constatés dans la poche. Ces gaz ne purent être chassés par des pressions faites avec la main; le drain fut alors enlevé, et l'on constata un dépôt fibrineux sur le petit faisceau de crins. Après avoir complètement vidé et lavé la poche, un nouveau drain fut introduit dans le trajet de l'ancien. Mais, le lendemain, des gaz s'étaient reformés; une hémorrhagie s'était reproduite, et une odeur fétide s'échappait du pansement. Une large ouverture était indiquée; elle fut faite sans hésitation, mais alors la poche, distendue par les gaz, n'atteignait pas le tiers du volume qu'elle offrait à l'entrée de la malade.

La cicatrisation a marché rapidement, et la malade est sortie en très-bon état, le 25 octobre.

Depuis longtemps M. Mollière a érigé en méthode générale, dans son service, le traitement des tumeurs liquides (kystes et abcès froids) par le drainage par les crins. Tantôt ce traitement est *curatif*, comme dans le cas d'hygroma, tantôt il est seulement *préparatoire*. L'observation que nous publions aujourd'hui rentre dans ce dernier cas. Elle est intéressante à plusieurs points de vue.

Le kyste était tellement volumineux que l'intervention immédiate par le bistouri était impossible. On devait tout d'abord songer à évacuer le liquide, à diminuer la poche par des ponctions successives. Or la méthode ordinaire, ponction et aspiration, a été insuffisante, comme nous l'avons vu, tandis que le drainage par le crin a rempli très-facilement cette indication. D'autre part les ponctions n'ont qu'un effet passager, et le plus souvent le liquide, rapidement reformé, distend de nouveau la poche ; au contraire, quand on emploie le crin, qui peut être laissé sans inconvénient longtemps à demeure, le liquide s'écoule lentement, mais d'une manière continue, et nécessairement la poche revient sur elle-même.

Remarquons encore qu'une seule ouverture a été nécessaire pour vider cette immense poche kystique, et que cette ouverture a été très-petite : avantage sérieux qui n'aurait pu être obtenu si l'on avait employé un tube de caoutchouc.

Il ressort aussi de cette observation que pendant huit jours, malgré les mouvements de la malade nécessités par les pansements, aucune bulle de gaz n'a apparu dans cette grande poche kystique. Les gaz fétides, qui ont été constatés plus tard, n'ont pris naissance qu'après une hémorrhagie dans le kyste, hémorrhagie causée par l'imprudence de la malade. L'impossibilité de faire sortir ces gaz par une pression assez forte, le dépôt fibrineux constaté sur le premier faisceau de crins indiquent nettement que ces gaz se sont formés dans le kyste lui-même aux dépens du sang. *L'air extérieur n'a pas pénétré la poche.* S'il était bien établi par des expériences et des observations suffisantes que l'air ne peut passer à travers un faisceau de crins servant de drain, l'application de cette méthode devrait être bien plus généralisée; elle pourrait peut-être rendre de grands services dans l'opération de l'empyème.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 novembre 1878. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce que la commission du prix Godard se compose de MM. Houel, Laborde, Pouchet, Landouzy et Moreau. Le prix sera de 1,000 francs pour cette année.

Du liquide céphalo-rachidien. — M. BOCHEFONTAINE, continuant ses recherches sur le liquide céphalo-rachidien, a constaté que, chez l'animal vivant (chien), ce liquide n'a pas une existence constante. Souvent il n'existe à l'état de collection liquide, formant quelques gouttes, qu'à la partie supérieure du canal rachidien, en arrière du cervelet et du plancher du quatrième ventricule. Dans ces cas, les ventricules encéphaliques ont leurs parois, lubréfiées seulement par le liquide céphalo-rachidien, adossées les unes contre les autres. Dans deux expériences particulièrement, M. Bochefontaine a pu constater, sur l'animal vivant, que le liquide céphalo-rachidien était réduit à quelques gouttes. Une de ces expériences avait pour but la mesure de la pression du liquide céphalo-rachidien : le tube, fixé sur la membrane occipito-atloïdienne et communiquant avec l'espace sous-arachnoïdien correspondant, resta à peu près vide de liquide. On retira le tube et on s'assura que le canal céphalo-rachidien contenait quelques gouttes seulement de liquide. Le même fait a été constaté sur un animal chez lequel on recherchait la présence de l'acide salicylique dans le liquide céphalo-rachidien.

On a dit depuis longtemps que ce liquide peut disparaître rapidement de l'économie. Faut-il admettre qu'il en a été ainsi dans les cas en question? M. Bochefontaine ne le pense pas, parce que l'encéphale et la moelle étaient si étroitement enserrés dans la dure-mère qu'il n'y avait pas place entre celle-ci et les centres nerveux pour une mince couche de liquide.

Des courants dérivés. — M. BOCHEFONTAINE complète la communication qu'il a faite récemment à la Société de biologie relativement à la production de courants électriques, *sensibles au toucher* dans toute l'étendue de l'économie, chez des chiens dont un point très-limité du corps était excité au moyen d'un courant faradique interrompu.

Les courants employés sont ceux qui sont journellement en usage dans les laboratoires pour exciter les nerfs, le cerveau, etc., et que certains expérimentateurs appellent improprement *courants faibles*. Ces courants, en effet, produisent chez l'homme la contraction des muscles à travers la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; ils sont absolument insupportables pour beaucoup de personnes, bien que différents expérimentateurs puissent les appliquer sur leur langue sans en être incommodés.

Peut-on, avec des courants de cette nature, appliqués sur le bout céphalique du nerf pneumo-gastrique, déterminer toujours, chez le chien, la production de courants sensibles à la main de l'homme placée sur les muscles de la cuisse? Non. La propagation des courants douloureux pour l'expérimentateur, à travers l'économie animale, si manifeste dans certains cas, est douteuse dans d'autres cas. Il y a donc lieu de rechercher, de préciser, les conditions expérimentales nécessaires pour la production constante des phénomènes signalés par M. Bochefontaine.

Quelle est la nature des courants électriques qui se répandent à travers l'économie animale avec une intensité telle que la main de l'homme les endure difficilement? M. Becquerel pense que ce sont des *courants dérivés* du même genre que ceux qui se produisent dans toute l'étendue du corps de la torpille, alors qu'une décharge a lieu entre les appareils électriques de cet animal.

Indépendance relative des circulations locales par rapport à la circulation générale. — M. FRANCK fait une communication sur ce sujet. Il rappelle que Claude Bernard a insisté sur l'indépendance des circulations locales et sur le mécanisme de cette indépendance, qui est due à l'influence de l'innervation vaso-motrice.

M. Franck a étudié les variations de la circulation en appliquant au bout périphérique de plusieurs artères un manomètre enregistreur. Il a constaté que les variations de la circulation périphérique d'une carotide étaient d'ordinaire de même sens que les variations de la pression générale, mais présentaient une amplification souvent énorme de ces variations, ce qui implique l'intervention active du bouquet carotidien.

Il a de plus comparé l'une à l'autre les circulations périphériques de la carotide et de la vertébrale du même côté. Ces circulations ne varient pas dans le même sens ; chaque bouquet vasculaire entre en action pour son propre compte, et ses rameaux vasculaires changent ainsi de calibre en réglant la circulation à leur intérieur. Ce point peut avoir quelque intérêt, en ce sens qu'il permet d'admettre des congestions et des anémies encéphaliques localisées à des régions différentes.

M. Franck considère comme du même ordre les variations rhythmiques du calibre des vaisseaux : il montre des tracés de ces séries d'expériences.

Dans des recherches complémentaires, il a constaté que les variations indépendantes du calibre des vaisseaux se maintiennent un certain temps après que la totalité des nerfs vasculaires a été sectionnée ; c'est donc à la périphérie, dans les appareils nerveux intra-vasculaires, que résiderait la faculté de réagir indépendamment par rapport à la circulation générale.

Du mode de terminaison des nerfs sensitifs dans les corpuscules du tact. — M. RENAUT fait une communication sur ce sujet. C'est en fixant les éléments par l'acide osmique que M. Renaut est arrivé à pouvoir déterminer la structure des corpuscules du tact et compléter ainsi les découvertes de M. Ranvier sur ce point. Il existe dans le corpuscule de Meissner une véritable charpente connective de la terminaison des nerfs dont M. Renaut fait connaître exactement les dispositions. Cette charpente qui soutient la terminaison des nerfs présente, d'après M. Renaut, une structure analogue au squelette de la corde dorsale dans le feuillet externe de l'embryon.

De la carie dentaire. — M. MAUREL fait une communication sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de la carie dentaire. C'est surtout, comme M. Magitot, à l'acidité que M. Maurel attribue la production de la carie des dents. Il l'a étudiée chez les différentes races et a pu voir que chez les noirs on compte une dent cariée sur quatre, chez les Européens une sur neuf et chez les coolies seulement une sur cinquante-deux. Il faut donc tenir compte de l'influence ethnique sur la production de la carie dentaire. Cela est si vrai que, chez les races métisses, M. Maurel a trouvé des chiffres intermédiaires à ceux des deux races primitives. Enfin, il faut tenir compte également de l'influence des eaux. L'absence de sels dans certaines eaux favorise la production de la carie dentaire.

M. Maurel étudie ensuite l'anatomie pathologique de la carie dentaire, successivement dans l'émail, dans la dentine et dans le cément.

M. PAUL BERT demande à M. Maurel s'il a remarqué chez les coolies quelque chose de particulier, soit chez les individus eux-mêmes, soit dans leur nourriture, qui puisse expliquer la résistance de leurs dents à la carie.

M. MAUREL répond que la nourriture est la même que celle d'autres peuples où la carie est fréquente.

M. BERT ne croit pas que l'acidité soit la cause unique de la carie dentaire. Il faut admettre qu'il y a quelque chose de particulier à l'individu dans la production de cette carie.

Le cheveu, l'œil, l'ongle deviennent malades spontanément ; pourquoi la dent seule ferait-elle exception à cette règle ? A la suite de la fièvre typhoïde, par exemple, on voit bien les cheveux tomber ; pourquoi donc attribuer toujours à l'acidité des liquides la carie dentaire si fréquente dans la convalescence de cette maladie ? *A priori*, la dent étant vivante peut et doit être malade comme toutes les autres parties de l'économie.

M. MAUREL admet l'existence de certaines causes prédisposantes propres à l'individu, mais il pense qu'il ne peut y avoir de carie sans acidité des liquides de la bouche. Toutefois il y a d'autres altérations que la carie, encore inconnues, qui peuvent se produire au début de la réaction chimique résultant de l'acidité.

M. BERT persiste à admettre l'existence d'une carie dentaire, vitale pour ainsi dire.

M. DUMONTPALLIER demande à M. Maurel quel était l'état de la salive chez les malades qu'il a observés.

M. MAUREL répond que la salive joue un rôle tout à fait secondaire dans la production de la carie dentaire.

M. HAMIGUES pense qu'il faut tenir compte, pour la production de la carie, du plus ou moins d'épaisseur de l'émail.

M. LABORDE rappelle l'influence incontestable des affections gastro-intestinales sur les maladies dentaires.

Influence de la lumière rouge sur la vie végétale. — M. PAUL BERT a fait, sur la sensitive et d'autres plantes, une série d'expériences qui l'ont conduit à cette conclusion que la partie rouge du spectre solaire est nécessaire et suffisante à la vie végétale.

Des différences de contractilité électro-musculaire dans la paralysie atrophique de l'enfance. — M. ONIMUS fait une communication sur ce sujet :

On connaît, dit-il, les différences si remarquables de contractilité galvano-musculaire et farado-musculaire, qui existent dans certaines paralysies et dont le type est la paralysie *à frigore* du nerf facial. Tandis que les courants induits ne déterminent aucune contraction même avec une intensité considérable, les courants continus provoquent la contraction idio-musculaire plus facilement que sur des muscles sains.

Dans la paralysie atrophique de l'enfance, nous avons, à notre surprise, nous l'avouons, constaté un certain nombre de fois ces mêmes phénomènes. Ainsi, des muscles de la jambe paralysée, qui ne se contractaient, ni par la volonté, ni par des courants induits intenses et à interruptions rares, arrivèrent à se contracter avec un courant contraire relativement faible.

Lorsqu'on examine, dans cette affection, un membre paralysé depuis plusieurs années, on trouve en général que la contractilité est beaucoup diminuée pour les deux espèces de courants électriques ; il est même quelquefois très-difficile de déterminer une contraction apparente au moyen de l'électricité, même dans les muscles qui parviennent par la volonté à se contracter un peu. Mais, dans les premiers mois surtout, cette différence de contractilité dont nous parlons plus haut s'observe facilement. Nous les avons également retrouvés, après deux ans et demi, mais alors avec moins de netteté, quoique encore suffisamment caractérisés pour qu'ils puissent donner des renseignements utiles sur l'état des muscles et des nerfs.

Ces réactions électro-musculaires, en les comparant à d'autres faits analogues, nous apprennent que les extrémités terminales des nerfs sont atteintes. Ces modifications électro-musculaires pourraient être invoquées en faveur de l'opinion qui veut que la lésion soit primitivement périphérique ; mais nous croyons qu'elles montrent seulement que l'inflammation s'est propagée des centres jusqu'aux extrémités des nerfs, et qu'elle a laissé par place et pendant quelque temps la fibre musculaire indemne.

Réimplantations et transplantations dentaires. — M. DAVID fait une communication qui a pour but de montrer quel est le sort de la pulpe dans les opérations de réimplantation et de transplantation des dents. Il fait voir comment et par suite de quelle disposition anatomique différente, suivant l'âge, cette partie de la dent se mortifie chez les adultes et reprend vie chez les enfants. A l'appui de ce dernier point, il rapporte le fait d'une jeune fille de quatorze ans chez laquelle il a extrait et réimplanté deux fois avec succès une dent pour la redresser.

Dans le cours de la deuxième opération, M. David a pu constater que la pulpe avait parfaitement repris après la première réimplantation.

Voici quelles sont les conclusions de sa communication :

1° Chez l'adulte la greffe dentaire a lieu par le périoste alvéolo-dentaire exclusivement ;

2° Chez l'enfant elle a lieu à la fois par le périoste et par la pulpe ;

3° La pulpe, quand elle existe, se mortifie donc dans le premier cas, et reprend vie dans le second.

La séance est levée à 6 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 octobre 1878. — Présidence de M. LABRIC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Rapport trimestriel sur les maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport sur les maladies régnantes pour les mois de juillet, d'août et de septembre.

Pendant ce trimestre les conditions de l'atmosphère ont présenté ceci de particulier que la température moyenne a été exactement celle de la moyenne thermométrique du trimestre correspondant calculée de 1806 à 1870, et, ce qui en est le corollaire, les écarts de température n'ont eu rien d'excessif.

La mortalité générale a été peu élevée et a à peine dépassé la mortalité moyenne des années précédentes, malgré l'accroissement

de la population en raison de l'Exposition universelle. Constitution médicale extrêmement bénigne par conséquent.

M. Besnier ne se lasse pas, depuis un grand nombre d'années, de montrer par des faits que l'hygiène générale et la prophylaxie des maladies populaires ne peuvent être basées sûrement que sur une connaissance approfondie des lois de l'épidémiologie jusque-là complètement méconnues. C'est ainsi qu'il a démontré qu'il y a des constitutions médicales bénignes et des constitutions malignes déterminées par des conditions telluriques encore obscures mais non douteuses dans leur réalité. Toutes les conditions traditionnelles de la genèse de ces maladies n'occupent, dans le plan étiologique général, qu'un niveau très-inférieur.

La santé publique, ainsi que l'état de l'atmosphère, est soumise à des variations : les unes fixes et immuables, variations saisonnières ; les autres irrégulières, au moins en apparence, mais que l'on peut déjà prévoir et annoncer comme on annonce scientifiquement la marche des orages. Bien que ces propositions soient aujourd'hui des vérités évidentes, elles sont loin d'être connues et appréciées à leur valeur.

M. Besnier donne lecture d'une note de M. Lereboullet, entièrement conforme à cette manière de voir, sur la bénignité et la rareté des maladies observées à la suite des manœuvres d'automne qui viennent d'avoir lieu. On invoque habituellement, [dit M. Lereboullet, pour expliquer la genèse des fièvres typhoïdes, des dysentéries, etc., l'agglomération des troupes, les fatigues du service, etc. Or, cette année, il y a eu un très-petit nombre de malades, et les maladies ont été des fièvres éphémères, des courbatures, des rhumatismes subaigus, des accidents attribués à la fatigue. Si donc l'opinion publique s'est justement émue d'accidents graves observés dans le Midi, il faut attribuer ces accidents à des conditions spéciales exceptionnelles et non pas seulement aux fatigues, aux marches et aux manœuvres. On peut admettre que ces accidents sont imputables à la chaleur excessive, à la marche en colonnes serrées, et peut-être aussi à quelques imprudences commises par les réservistes frappés aussi subitement.

Les *affections des voies respiratoires* ont été peu fréquentes et peu graves. La mortalité offre cependant une légère augmentation sur le trimestre correspondant des années précédentes.

La *diphthérie*, suivant la loi d'évolution annuelle, invariable, dont M. Besnier poursuit la démonstration depuis plusieurs années, a atteint son minimum habituel du troisième trimestre, ainsi que M. Besnier l'avait d'ailleurs annoncé dans le trimestre précédent.

La *variole* n'a fourni que dix-neuf décès ; c'est un fait curieux à constater que l'immunité qu'a présentée la population parisienne pour cette maladie, malgré le nombre immense d'immigrants des campagnes et des pays étrangers dont beaucoup n'ont pas été vaccinés. N'y a-t-il pas, dit M. Besnier, une raison vraisemblablement tellurique s'opposant à la germination variolique ?

La *fièvre typhoïde*, en dépit de la réunion de toutes les conditions classiques de son développement, a présenté une marche exclusivement en rapport avec les lois précises que lui imposent les conditions constantes de la saison et les conditions variables de l'état du sol. C'est là un double fait d'une importance capitale. Tout en restant dans les limites très-modérées que lui assignaient les conditions favorables de l'état tellurique, la fièvre typhoïde, après avoir atteint au printemps le point le plus déclive de sa courbe annuelle, s'est relevée pendant l'été et atteindra son paroxysme d'ici à la fin de l'automne. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, numéro du 9 novembre.)

Les notes fournies à M. Besnier par MM. Lereboullet, Laveran, Champenoir, Bergeron, Archambault, annoncent toutes la réapparition de la fièvre typhoïde.

M. Bonnemaison (de Toulouse) fait remarquer que la constitution médicale est demeurée bonne. L'élément constitutionnel prédominant n'a cessé d'être catarrhal. Quelques cas de croup, quelques cas malheureux de fièvres typhoïdes, en août et septembre, à l'hôpital militaire.

M. James, médecin militaire à Aurillac, fait observer que plusieurs militaires, de passage au retour des grandes manœuvres, ont été atteints de fièvre typhoïde. La présence de ces malades n'a été cause d'aucune contagion, soit dans l'hôpital, soit dans les environs, l'état sanitaire de la cité ne laissant rien à désirer.

M. Leudet, à Rouen, ne signale aucune maladie épidémique ; pas de variole. Quelques cas de fièvre typhoïde assez graves.

M. Lecadre, au Havre, a constaté moins de diarrhées cholériformes chez les jeunes enfants que dans les années précédentes. Par contre, les fièvres typhoïdes y furent nombreuses.

De la coagulation du sang comme cause de mort dans les cachexies. — M. HUCHARD fait une communication sur ce sujet.

ÉLECTIONS

MM. LANDRIEUX, RAYNAUD et TENNESSON sont élus membres titulaires de la Société.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

322. Huette. — Bromure de potassium, étude historique.
323. Guinoiseau. — Traitement par le salicylate de soude du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant.
324. Saint-Lo. — Étude sur les fractures sous-périostées.
325. Lafount. — Essai sur le traitement de la syphilis tertiaire par les eaux minéro-thermales de Barèges.
326. Verriet-Litardière. — De l'anesthésie mixte, ou de l'emploi combiné de la morphine et du chloroforme.
327. Jennings. — Comparaison des effets de divers traitements dans l'hystérie, précédée d'une esquisse historique sur la métallothérapie.
328. Gil. — Recherches expérimentales sur l'insufflation d'air dans l'appareil gastro-intestinal.
329. Picard. — De l'eczéma en général et de ses complications pulmonaires.
330. Drumez. — Essai sur les formes dites similaires ou atténuées de quelques fièvres éruptives.
331. Duché. — De la distribution géographique et géologique de la taille dans les cantons du département de l'Yonne.
332. Bernauer. — De l'hypopyon et de son traitement.
333. Jamin. — Étiologie et prophylaxie des calculs urinaires.
334. Schoofs. — Du sphygmographe, ses rapports avec le rhumatisme articulaire aigu.
335. Petitfour. — De la péricardite dans la fièvre typhoïde.
336. Deschamps. — Contribution à l'étude des éruptions médicamenteuses.
337. Le Noir. — De la nécrose traumatique dans les fractures et dans les amputations et de son traitement par la cautérisation ponctuée.
338. Garaudeaux. — De la tuberculose chez les buveurs et de ses rapports avec la cirrhose.
339. Grisey. — De la cirrhose chez les enfants.
340. Nazair. — Contribution à l'étude de l'ulcère simple de l'estomac.
341. Périer. — Des kystes folliculaires des mâchoires.
342. André. — Du traitement des fistules à l'anus et en particulier du traitement par le thermo-cautère.
343. Redon. — Étude sur la bronchotomie préliminaire et l'écoulement du sang dans les voies aériennes.
344. Delmas Saint-Hilaire. — Contribution au traitement des tumeurs érectiles.
345. Geoffroy. — L'anatomie et la physiologie d'Aristote.
346. De Gislain. — De l'accouchement prématuré artificiel dans le cas de rétrécissement rachitique du bassin.
347. Mercier. — Mélæna et hématémèse des nouveau-nés et leurs rapports avec les gerçures des seins.

348. Obled. — Étude sur les ulcères simples du col de l'utérus exposé nosologique. Traitement.

349. Jobard. — Étude clinique sur l'épilepsie par malformation du crâne.

350. Wilhem. — De l'aspect extérieur du cadavre au point de vue médico-légal.

351. Lebris. — Des différentes formes cliniques des atrophies papillaires.

352. Debroise. — Considérations sur les appareils inamovibles, appareil cartonnés.

353. Bognaud. — Influence de quelques lésions du système nerveux sur la formation du cal.

354. Roumegoux. — Essai sur les plaies et les ruptures de l'œsophage.

355. Lagrolet. — De la compression du cœur dans les épanchements du péricarde. Étude clinique et expérimentale.

356. Morin. — Des maladies, et en particulier des affections pulmonaires, résultant de la suppression brusque des menstrues.

357. Guichard. — Contribution à l'étude des embolies pulmonaires.

358. Chaumier. — Un chapitre de l'histoire des maladies constitutionnelles. La migraine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École pratique. — Les étudiants en médecine n'étant admis à disséquer qu'après avoir subi un examen d'*ostéologie*, M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, les informe qu'il fera tous les jours, à partir de jeudi 14 novembre, un cours public et gratuit d'*ostéologie*, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, à six heures dix minutes.

— M. le professeur Hardy commencera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, le mardi 12 novembre, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants.

— M. le professeur Jaccoud commencera son cours de pathologie médicale le mardi 12 novembre, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Léon Le Fort commencera son cours d'opérations et appareils le mardi 12 novembre, à quatre heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Parrot commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mardi 12 novembre, à cinq heures, et le continuera à la même heure, les jeudis, samedis et mardis suivants.

— M. le professeur Lasègue commencera son cours de clinique médicale le jeudi 14 novembre, à huit heures, à l'hôpital de la Pitié, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Visite des malades, à huit heures et demie, tous les jours.

Lundi, consultation externe. — Mardi, conférence clinique. — Mercredi, conférence d'anatomie pathologique. — Jeudi, leçon à l'amphithéâtre. — Vendredi, conférence de chimie pathologique. — Samedi, leçon à l'amphithéâtre.

— M. le professeur Potain commencera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Necker, le lundi 18 novembre, et les continuera les vendredis et lundis suivants.

— M. le professeur Trélat commencera son cours de pathologie chirurgicale le lundi 18 novembre, à quatre heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Joffroy commencera un cours de pathologie interne à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique le vendredi 15 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Albert Robin commencera un cours de pathologie interne le mardi 19 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique. Le cours aura lieu les mardis, jeudis, samedis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis héréditaire. Athrepsie. Leçons cliniques sur les maladies des nouveau-nés, faites à l'hospice des enfants assistés, par J. Parrot. — Prix : 2 francs. — Paris, 1878, Alexandre Coccoz.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. -- Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide / Arseniate » / Phosphate » / Sulfate » / — de chaux / Chlorure de sodium / Matières organiques	sesqui-oxyde de fer	0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr. à Laroche.

Quina Laroche (*ÉLIXIR vineux*).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de l'*Elixir vineux de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit tient donc à la quantité de principes qu'il contient.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 19, rue Drouot. *Laroche*

Tamar indien Grillon.

(Électuaire lénitif n° 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2 fr. 50

L'Euphorbium

ÉPITHÈME, — RUBÉFIANT, — DÉRIVATIF.

Cette préparation possède une action intermédiaire entre celle des papiers chimiques et autres similaires qui est à peu près nulle, et celle du thapsia qui est trop forte.

Son application est suivie d'une éruption miliaire manifeste, sans être accompagnée des DÉMANGEAISONS insupportables causées par le thapsia. 18 à 24 heures d'application.

Vente en gros : Chez Desnoix et Ce, 17, *rue Vieille-du-Temple, Paris.*

AU DÉTAIL, CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Iode diastasé assimilable

du Dr V. BAUD.

Plus résolutif et plus dépurateur que l'*huile de foie de morue*, l'*Iode diastasé* en granules est indiqué contre la *scrofule, ulcères, tumeurs, maladies osseuses*, etc.

Paris, nos 22 et 19, rue Drouot. *Dr V. Baud*

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

VIN FORESTIER A LA VIANDE.
VIN FORESTIER A LA GLYCÉRINE PURE.
Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de Zinc

A 4 milligrammes
(1/2 milligramme de phosphore actif)

Anémie, Chlorose, Hypochondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhée, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

3 fr. le flacon, dans toutes les pharmacies.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et en rayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt central : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

Bourboule, SOURCE Choussy,

La plus arsenicale des eaux minérales connues. C'est avec l'eau de la *Bourboule-Choussy* qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris par MM. J. Guéneau de Mussy, Bazin, etc, les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule. Dépôt : chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Diathèse urique.

Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Diabète, Albuminurie. Coliques néphrétiques, Coliques hépatiques

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharmacies.

N° 132. — JEUDI 14 NOVEMBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 14 NOVEMBRE 1878. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Des dénudations artérielles. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Trois communications ou lectures intéressantes ont fait les frais de cette séance : une analyse verbale, faite par M. Broca, d'une observation recueillie par M. le docteur Dartigolles (de Villandrant) sur un cas de fracture du crâne, qui présente un très-grand intérêt au point de vue des localisations cérébrales; une lecture de M. Colin sur la diversité des effets produits par les matières septiques suivant leur degré d'altération ; une lecture de M. Laborde sur la physiologie du cœur au moment de sa formation.

Les questions dont M. Laborde a entrepris de rechercher la solution et qui se rattachent à un ensemble d'études sur la physiologie chez l'embryon, sont les suivantes : A quel moment de l'incubation commence la pulsation cardiaque? Par quelle partie de l'organe commence cette pulsation? Comment se fait la succession des battements pendant une révolution cardiaque, et par quelle portion de l'organe commence cette révolution?

Ne considérant que le fonctionnement propre, intrinsèque, du cœur de l'embryon, au moment de sa formation, abstraction faite du liquide qu'il met en mouvement et de diverses autres particularités de la circulation embryonnaire et fœtale, M. Laborde est arrivé à ces résultats : que le cœur de l'embryon se met en mouvement et entre en fonction à peine formé, alors qu'il n'est encore constitué que par un simple tube renflé, et que ses éléments protoplasmiques constitutifs, encore indistincts, n'ont pas revêtu les caractères d'éléments musculaires ni d'éléments nerveux ; en d'autres termes, qu'il fonctionne en même temps qu'il se développe. Ce qui revient encore à dire, sinon rigoureusement comme l'a dit, il y a longtemps M. J. Guérin sous une forme en apparence paradoxale, mais en réalité profondément physiologique : « la fonction fait l'organe », du moins qu'organe et fonction se développent et se forment simultanément.

Un autre fait non moins intéressant, qui ressort de ces recherches, c'est la révélation de l'ordre suivant lequel s'opère la révolution cardiaque, question qui a été si longtemps et si vivement débattue; elles montrent, en effet, que la pulsation cardiaque, dès son début, commence par la portion veineuse du cœur, c'est-à-dire par la partie qui sera plus tard l'oreillette, la première et la dernière en jeu.

La lecture de M. Laborde a été accueillie par des témoignages unanimes de satisfaction. On lira avec intérêt, dans le compte-rendu, le résumé que nous en donnons.

La lecture de M. Colin a donné lieu à un échange de questions et d'observations de la part de MM. Bouley et J. Guérin, qui touchent moins au fond du sujet traité, les expériences de M. Colin n'étant nullement contestées, qu'à des points secondaires. M. Bouley exprime le regret que M. Colin n'ait pas rappelé, à l'occasion de ses expériences, des expériences ou des faits analogues qu'ont fait connaître, dans le temps, MM. Signol et Renault. Nous n'avons pas sous les yeux les éléments nécessaires pour apprécier, en ce moment, ce qu'il peut y avoir d'analogue entre les expériences de M. Signol et celles de M. Colin. Quant aux faits de M. Renault, rappelés par M. Bouley, et qui se rapportent à l'histoire de la gangrène traumatique chez les chevaux, leur similitude avec les expériences de M. Colin nous paraît assez contestable pour que ce savant académicien soit au moins excusable de ne les avoir pas cités. Du reste, nous ne saurions dissimuler, avant de décider si la gangrène traumatique de M. Renault et la septicémie de M. Colin sont une seule et même chose, qu'il reste encore bien des obscurités et des incertitudes à dissiper, sur le fait même de la septicémie. C'est ce qui nous a paru ressortir de plus clair de la petite discussion, un peu confuse, qui a suivi la communication, très-importante d'ailleurs, de M. Colin.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Des dénudations artérielles.

Il arrive souvent au chirurgien de mettre à nu des artères d'un calibre considérable dans le cours d'une opération importante, d'une extirpation de tumeur, etc. Souvent, en effet, des artères sont enveloppées par des néoplasmes, et vous avez tous vu des plaies de ce genre, où les vaisseaux isolés et disséqués avec soin étaient mis à nu au fond de la plaie.

Le pronostic de ces dénudations artérielles est très-variable : les uns ont vu les plaies se refermer par-dessus les vaisseaux, sans le moindre accident : ils ont donc conclu qu'il n'y a aucun danger à disséquer les vaisseaux dans les opérations. Cette opinion était d'autant plus rationnelle que tout le monde sait que les vaisseaux résistent si longtemps aux accidents,

qu'ils restent intacts au milieu des foyers purulents, que les abcès dans les gaînes des vaisseaux ne sont pas accompagnés de perforation de la paroi artérielle, etc.

Mais, à côté de cette opinion optimiste, s'en place une autre beaucoup moins rassurante.

D'autres chirurgiens ont vu des hémorrhagies foudroyantes se manifester dans des plaies où ils avaient mis à nu des artères, bien que, cependant, ils aient complètement respecté non-seulement la tunique externe du vaisseau, mais même le tissu cellulaire qui la recouvre. Qui n'a pas vu aussi des hémorrhagies survenir au milieu des foyers purulents traversés par des vaisseaux ?

Quelle est donc la cause de ces différences si considérables dans les conséquences d'un même fait, la dénudation artérielle? C'est ce que je veux étudier avec les faits cliniques que je vais vous rapporter; je crois qu'ils nous indiqueront nettement la cause et des succès et des revers.

J'ai été consulté en ville par un homme robuste, de haute taille, doué d'une activité et d'une énergie peu communes. I portait depuis plusieurs années une tumeur à la région parotidienne; il n'y fit pas grande attention, et, tout occupé de ses affaires, il la laissa s'accroître progressivement. Depuis un an, la tumeur augmenta considérablement; la peau qui la recouvrait changea de coloration. Il vint me consulter au mois de décembre dernier. A cette époque, la tumeur s'étendait depuis la partie moyenne de la région temporale jusqu'à environ 2 centimètres au-dessous du bord inférieur de la mâchoire; en avant, elle arrivait à la région sus-hyoïdienne. Elle faisait une saillie de 5 ou 6 centimètres. La peau était adhérente à la tumeur et très-vasculaire. On pouvait imprimer des mouvements d'avant en arrière. En introduisant le doigt dans la bouche, dans le pharynx, on ne retrouvait rien de la tumeur dans ces cavités. Elle était à peu près complètement indolore; il n'existait pas de paralysie du facial; pas de gêne dans la circulation encéphalique, pas de vertiges, pas de congestion, qui auraient dénoté des phénomènes de compression des artères par la tumeur. Tout en reconnaissant la gravité du pronostic, je fus d'avis d'enlever cette tumeur. Je fis appel aux lumières de mon collègue M. Richet, qui diagnostiqua un enchondrome ramolli, ayant respecté le nerf facial, et qui conclut à l'opération, en faisant les mêmes restrictions que moi. Sur les instances du malade, nous avons donc fait ensemble cette opération le 10 janvier dernier.

Cependant, avant de me décider à pratiquer l'opération, j'étais quelque peu inquiet au sujet d'une circonstance fâcheuse : quoique le malade eût toutes les apparences de la plus robuste santé, il m'avait raconté, sans y attacher la moindre importance et presque en plaisantant, que récemment il avait consulté un « médecin des urines », et que celui-ci lui avait déclaré qu'il était diabétique. Le médecin prescrivit à son client un traitement reposant surtout sur l'emploi de l'iodure de potassium. Un mois après, mon malade retourne chez son médecin, qui trouve un résultat très-satisfaisant; quinze jours plus tard, le « médecin des urines » déclare qu'il n'y a plus de sucre dans les urines. Cette guérison si rapide m'inspirait quelque défiance : je voulais, d'autre part, être exactement renseigné sur la glycosurie qui pouvait exister, et je demandai qu'on fît faire une nouvelle analyse régulière. Cette analyse fut complètement négative, ce qui me confirma dans mon opinion première; je passai outre.

L'opération fut laborieuse : je ne veux vous en rapporter que les détails les plus saillants. La tumeur fut circonscrite par des incisions superficielles faites avec le thermo-cautère; les incisions ou plutôt les énucléations profondes furent faites avec les doigts. Tout le bouquet carotidien se trouva mis à nu; on voyait les artères battre au fond de la plaie, encore recouvertes, bien entendu, d'une couche assez épaisse de tissu conjonctif. On voyait de même la veine jugulaire dans une grande étendue. Aucun vaisseau important ne fut lésé. Nous n'eûmes à faire que la ligature de l'artère temporale, et d'une branche maxillaire interne. Toute la parotide fut enlevée, de même que la plus grande partie du muscle sterno-mastoïdien. La quantité de sang perdue fut assez considérable, mais le malade supporta parfaitement cette perte, et, quarante-huit heures après, il ne paraissait avoir subi qu'une légère opération. J'employai le pansement ouvert, à plat, et, à son réveil du sommeil anesthésique, l'opéré n'accusa aucune douleur. Il se plaignit seulement de dysphagie et d'une grande salivation, comme cela arrive toujours dans les opérations de cette région. Le soir, la fièvre fut médiocre.

Le lendemain, par mon avis, le médecin ordinaire avait recueilli de l'urine de l'opéré, et il l'examina chimiquement avec la potasse caustique et le sous-nitrate de bismuth; il trouva du glucose. Ce fait se reproduit souvent, une opération chirurgicale réveille la glycosurie dans les cas de diabète intermittent. Je n'en fus pas surpris, mais mes appréhensions primitives me revinrent de nouveau, corroborées encore par un autre phénomène assez significatif. Pendant l'opération, l'hémorrhagie primitive, celle qui succède à la section des tissus, avait été beaucoup plus prolongée que cela n'arrive chez les sujets sains : cette rosée sanguine avait persisté pendant plusieurs heures; le médecin ordinaire l'avait constatée pendant la journée. Nous n'avions, d'ailleurs, pas observé ces hémorrhagies veineuses, comme elles se produisent souvent chez les opérés quand ils se réveillent et qu'ils font quelques efforts.

Le deuxième jour après l'opération, les urines devinrent rougeâtres et boueuses; il n'y avait plus de sucre, mais des urates dans une proportion colossale : c'était la substitution d'un diabète uratique à un diabète glycosique.

Le troisième jour, elles présentaient les mêmes caractères : ensuite, elles devinrent plus abondantes, mais on n'y trouva pas de sucre.

Le quatrième jour, l'opéré éprouva du malaise, qui augmenta le cinquième jour; un érysipèle s'était déclaré, partant des bords de la plaie. On enleva la première mousseline appliquée sur la plaie : un jet de sang artériel très-fin se produisit aussitôt. Il paraissait venir des branches du bouquet carotidien.

Il fut arrêté immédiatement par l'application du doigt, puis avec de l'amadou, puis avec une goutte de perchlorure de fer.

L'érysipèle fit tout le tour de la tête : il fut combattu avec du sulfate de quinine et un purgatif.

Le sixième jour, survint une hémorrhagie; le septième jour, nouvelle hémorrhagie et nécessité de faire des gardes alternatives auprès de l'opéré. A partir du neuvième jour, les hémorrhagies survinrent tous les jours; l'érysipèle avait disparu. Le malade était très-agité, et avait perdu son calme des premiers moments.

Le douzième jour, encore une hémorrhagie, arrêtée par la compression; le treizième, même accident; le sang est arrêté au moyen de feuilles d'amadou entassées sur la plaie. Le lendemain, une nouvelle hémorrhagie étant survenue, je fus appelé en toute hâte : je me décidai à défaire le pansement et à enlever toutes les pièces d'amadou; au moment où j'enlevais

la dernière feuille d'amadou, un jet de sang artériel jaillit de l'artère carotide primitive. Il partait d'une petite perforation existant sur cette artère, au-dessus du bord inférieur de la plaie. J'arrêtai le sang en saisissant l'artère après l'avoir dénudée avec des pinces hémostatiques, l'une placée au-dessus et l'autre au-dessous de la perforation. Le malade pouvait encore parler, mais, pendant cette manœuvre, ayant aussi pratiqué la compression de l'artère carotide sur la colonne vertébrale, je produisais des troubles passagers de la circulation cérébrale. Le malade était donc bien affaibli par cette anémie aiguë. Il resta fort calme ; mais, dans l'après-midi, il succomba.

Pendant toutes ces péripéties, la plaie ne fut jamais nettement rose : elle était rouge et présentait des points diversement colorés, les uns d'un rouge vermillon, les autres d'un blanc aponévrotique. C'est toujours un indice de mauvais augure : vers le huitième jour, une plaie doit être rose, et régulièrement, dans toute son étendue.

De ces nombreuses hémorrhagies, la première était artérielle, et les trois dernières se faisaient vraisemblablement par la perforation de la carotide primitive; n'ayant pas vu le jet, pour les autres, il m'est plus difficile de l'affirmer.

Voilà donc un fait de dénudation artérielle suivie d'accidents formidables.

Dans d'autres cas, j'ai été plus heureux : pour enlever une tumeur de l'aisselle, grosse comme la tête d'un enfant à terme, j'ai dénudé sans danger l'artère axillaire dans une étendue de trois pouces; pour enlever la parotide, j'ai même dénudé la carotide; pour extirper une tumeur du cou, j'ai pu de même découvrir tout le bouquet carotidien sans danger. L'an dernier, en enlevant une tumeur fibro-plastique de la cuisse, j'ai disséqué les vaisseaux fémoraux sur une longueur de 15 centimètres. Tous ces cas se sont terminés heureusement. Après avoir disséqué un lymphadénome du triangle de Scarpa, j'ai eu une terminaison funeste; d'abord petite hémorrhagie par une artère innominée, puis rupture de la fémorale. A l'autopsie, on trouva tous les organes envahis par des noyaux de lymphadénome : l'artère était devenue friable par la même infiltration.

Ensuite, je vous signalerai une observation très-remarquable, publiée par M. Nepveu. Il s'agissait d'une énorme tumeur du cou ; la carotide fut dénudée sur une grande étendue. Un mouvement fébrile survint : on vit apparaître une petite tache blanche sur la carotide : cette eschare céda, une hémorrhagie formidable survint. Dans ce cas encore, on trouva l'affection généralisée : on trouva un petit noyau de lymphosarcome dans le cerveau.

Enfin, faut-il rappeler que souvent des enfants atteints d'abcès anciens du cou ont succombé à des hémorrhagies foudroyantes, toujours survenues à des moments de complications, de fièvre scarlatine ou autre?

Chez les trois malades qui ont succombé, je retrouve aussi cette circonstance que l'hémorrhagie est survenue alors que l'organisme était déjà affaibli, que l'état général était grave, et que la fièvre, la septicémie s'était déjà montrée.

Aussi, de ces faits, je crois pouvoir conclure que le sphacèle et la perforation des artères dénudées ne se produisent que dans ces conditions défavorables, et voici comment j'explique le mécanisme.

Dans les plaies pratiquées chez des individus sains : sur le tissu conjonctif qui recouvre la tunique externe de l'artère, il reste une petite couche de noyaux cellulaires qui prolifèrent, deviennent une surface granuleuse, des bourgeons charnus, qui protègent suffisamment la paroi artérielle. Chez les organismes débilités, au contraire, cette couche granuleuse ne suffit pas à la réparation, elle se sphacèle, elle met à découvert la paroi artérielle, qui se trouve ainsi disséquée. Le tissu conjonctif de cette paroi pourra même former des bourgeons charnus et constituer une nouvelle couche granuleuse ; mais ce tissu conjonctif en voie de prolifération se substitue au tissu résistant de la paroi. Il se passera le même phénomène que celui qui arrive dans les plaies des os : il se fait, à un moment donné, une exfoliation insensible, le tissu osseux étant remplacé par des bourgeons charnus; il y a, en un mot, à un moment donné, une perte de substance, comblée seulement par des bourgeons charnus. Il y a donc affaiblissement de la paroi artérielle. Ajoutez à cette condition défavorable que, dans une plaie qui va mal, il survient rapidement un travail atrophique considérable, et vous vous expliquerez facilement le sphacèle de la paroi artérielle.

C'est donc, à mon avis, sous l'influence des accidents généraux que se produisent ces ulcérations artérielles. C'est à l'état constitutionnel qu'il faut les attribuer, et, s'il existe une diathèse morbide, le chirurgien doit s'attendre à des éventualités défavorables.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 novembre 1878. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, l'eau purgative dite royale hongroise de Buda-Pesth (Hongrie) (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Belhomme (de Neuilly), qui se porte candidat au titre de membre correspondant; 2° un pli cacheté, déposé par M. le docteur Aug. Pinel, sur l'auscultation cérébrale (adopté) ; 3° une lettre du bibliothécaire de l'Académie des sciences de Munich accompagnant l'envoi d'une série d'ouvrages en allemand; 4° une note manuscrite de M. Husson, pharmacien à Toul, intitulée : *Recherches micrographiques sur les cires et les beurres utilisés en pharmacie* (commissaires : MM. Poggiale et Planchon).

M. le Président déclare quatre vacances dans la section d'anatomie et de physiologie, de médecine opératoire, de pharmacie, de physique et de chimie, par suite des décès de MM. Cl. Bernard, Voillemier, Boudet et Gauthier de Claubry.

M. Broca présente, au nom de M. Oré (de Bordeaux), candidat au titre de membre correspondant, une observation recueillie par M. le docteur Dartigolles (de Villandrant), ayant pour titre : *Fracture du crâne. Dépression considérable avec enfoncement de l'occipital au niveau et au-dessous de la suture pariéto-occipitale gauche. La dépression atteint la ligne demi-courbe supérieure de l'occipital. Désordres du mouvement et du langage. Troubles de la vue. Guérison avec retour des facultés perdues, constatée deux ans et deux mois après l'accident.*

Cette observation, ajoute M. Broca, présente un réel intérêt au point de vue des localisations cérébrales. Il s'agit d'un employé de chemin de fer qui, s'étant penché en dehors d'un wagon en marche rapide, se heurta la tête contre un réservoir d'eau; le coup ayant porté à gauche et en arrière, il en résulta une fracture avec enfoncement de l'occipital; le blessé perdit connaissance pendant plusieurs jours, et l'on constata des troubles de la localisation du côté droit; en même temps il avait perdu la parole.

Après quelque temps, il essaya de parler, et parla le patois de sa ville natale; ce ne fut que plus tard qu'il recommença à faire usage du français qu'il parlait d'habitude déjà depuis longtemps; ce n'était donc pas seulement la faculté d'articuler qui, chez ce malade, fit défaut pendant quelque temps, mais il y eut aussi une véritable perte de mémoire. Quoi qu'il en soit, il vit peu à peu disparaître les troubles de la locomotion, la difficulté d'articuler, l'impossibilité de parler une autre langue que celle de sa ville natale, et il ne lui resta qu'une certaine difficulté dans les mouvements de l'œil; en outre, l'acuité visuelle était diminuée. Or c'était précisément au niveau du pli courbe, point qui, d'après les expériences de Féré et d'autres physiologistes, correspond précisément au centre du mouvement des yeux, que se trouvait le fragment enfoncé. Cette observation confirme donc de tous points les idées admises sur les localisations cérébrales.

M. HENRI GUÉNEAU DE MUSSY annonce la fondation, par le Collège royal de Londres, d'un prix de 2,500 francs pour le meilleur mémoire sur la rage.

M. LEFORT, au nom de M. le docteur Truchot, présente un ouvrage intitulé : *Dictionnaire des eaux minérales du Puy-de-Dôme.*

M. TARNIER, au nom de MM. Mathieu et fils, présente de nouveaux pessaires.

M. RICHET, au nom de M. Collin, présente un instrument destiné à extraire les corps étrangers de l'œsophage.

M. LEGOUEST présente, de la part de M. le docteur Reeb, médecin principal, le rapport sur le service médical de l'hôpital de Bourbonne-les-Bains pendant l'année 1878 (commission des eaux minérales).

LECTURES.

Physiologie du cœur au moment de sa formation. — M. LABORDE donne lecture d'un travail sur quelques points de physiologie chez l'embryon et, en particulier, sur la physiologie du cœur au moment de sa formation.

Parmi les questions que M. Laborde a essayé de résoudre, il se borne aujourd'hui aux suivantes :

1° A quel moment de l'incubation commence la pulsation cardiaque?

2° Par quelle partie de l'organe commence cette pulsation?

3° Comment se fait la succession des battements pendant une révolution cardiaque, et par quelle portion de l'organe commence cette révolution?

Dans la présente étude, M. Laborde n'a considéré que le fonctionnement propre, intrinsèque du cœur de l'embryon, abstraction faite du liquide qu'il contient et qu'il met en mouvement, de la formation et du jeu des replis valvulaires, et des autres particularités de la circulation embryonnaire et fœtale. Il a négligé en un mot volontairement, et dans l'intérêt de la clarté de leurs exposés, un certain nombre de points complémentaires de cette étude, qui feront l'objet d'une autre communication.

Il résulte de cette première partie de ses recherches que :

1° Le cœur de l'embryon se met en mouvement et entre en fonction, à peine formé, et alors qu'il n'est encore constitué que par un simple tube renflé.

Dès la vingt-sixième heure d'incubation (et peut-être plus tôt) on peut saisir la pulsation du tube cardiaque.

Seul parmi les organes en formation, le cœur fonctionne en même temps qu'il se développe.

A cette période, les éléments protoplasmiques constitutifs du cœur sont absolument indistincts, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas encore revêtu les caractères d'éléments musculaires, ni d'éléments nerveux.

Cependant la propriété contractile de ces éléments formateurs se révèle par la mise en jeu et la manifestation, dès ce moment, de cette propriété physiologique: ce qui est une preuve nouvelle et topique de l'autonomie fonctionnelle de la propriété de contractilité.

2° La pulsation cardiaque, dès son début, commence par la portion veineuse du cœur; c'est, en conséquence, par la partie qui sera plus tard l'oreillette que commence la pulsation cardiaque; c'est également celle qui cesse de battre la dernière, dans la mort du cœur.

L'*ultimum moriens* est donc en même temps le *primum se movens*.

3° Dans les transformations morphologiques successives, de même que dans son fonctionnement intrinsèque, le cœur de l'embryon, futur animal à sang chaud, représente le cœur d'un animal à sang froid, cœur de poisson d'abord, de batracien ensuite.

La pulsation, comme dans le cœur de ces animaux, s'y fait de la portion veineuse à la portion ventriculaire et artérielle, par une succession rhythmique invariable, représentée par une mesure à trois temps.

4° L'observation de ce qui se passe, au point de vue fonctionnel, chez le cœur embryonnaire, à cette période transitoire, fournit une démonstration nouvelle de ce fait physiologique : que la succession des mouvements, qui constitue une révolution cardiaque, commence par la portion veineuse et auriculaire, pour se continuer et finir à la portion ventriculaire et artérielle. (Comm. MM. Moreau et Marc Sée.)

Diversité des effets produits par les matières septiques, suivant leur degré d'altération. — M. COLIN lit un travail intitulé: *De la diversité des effets produits par les matières septiques, suivant leur degré d'altération.*

En résumé, dit en terminant M. Colin, les matières putrides ont sur l'organisme une action variable, suivant leur quantité et leur degré d'altération.

A haute dose, elles déterminent une intoxication rapide, quelquefois soudaine, foudroyante, toujours mortelle, intoxication réalisée sans altération notable du sang, sauf une tendance à l'incoagulabilité et sans reproduction de proto-organismes.

Dans ce cas, elles ne communiquent aucune espèce de propriété virulente, ni au sang, ni aux autres liquides de l'économie.

A dose moins forte, elles font naître un état fébrile, adynamique, qui s'aggrave et s'atténue suivant le degré de résistance des animaux; si cet état tue, c'est avec les lésions viscérales et les altérations du sang signalées par divers observateurs. La reproduction des proto-organismes a lieu alors au moins dans les parties où les agents putrides ont été déposés, souvent à la fois dans toute la masse du sang,

Certaines matières putrides, dont l'altération n'est pas trop avancée, telles que le sang associé aux produits de la transsudation intestinale, le sang charbonneux en voie de décomposition, la sérosité péritonéale des cadavres ouverts tardivement, etc., peuvent seules, en quantité extrêmement faible, déterminer la septicémie transmissible, par inoculation, à la manière de la plupart des maladies virulentes. Dans celle-ci, il y a toujours virulence des liquides et reproduction des proto-organismes introduits par les matières du dehors.

Des trois groupes d'effets résultant des agents putrides, les deux premiers sont réalisables sur tous les animaux indistinctement; le troisième ne paraît l'être, comme s'il était spécifique, que sur quelques espèces animales.

Les distinctions qui viennent d'être établies ne sont pas des fantaisies d'expérimentateurs; elles s'appliquent probablement aux états que les chirurgiens voient tous les jours.

M. BOULEY regrette de n'avoir pas entendu citer dans la communication de M. Colin le nom d'un vétérinaire, M. Signol, qui a présenté à l'Institut un travail qui se rapporte aux expériences de M. Colin, et surtout celui d'un maître, M. Renault, dont tout le monde connaît les travaux sur la gangrène traumatique, travaux remontant aujourd'hui à plus de vingt-cinq ans et qui dérivaient d'ailleurs des idées soutenues par M. J. Guérin à l'occasion de la méthode sous-cutanée.

M. Renault établit une distinction très-nette entre les épanchements sous-cutanés et les épanchements soumis au contact de l'air. Il regardait, par exemple, les épanchements sanguins, si fréquents chez le cheval, comme innocents tant que la peau à leur niveau restait intacte, et démontra que souvent une simple piqûre dans ces épanchements suffisait pour déterminer des accidents graves

de gangrène traumatique, d'où l'indication qu'il donnait comme clinicien de se bien garder d'ouvrir ces épanchements.

M. J. GUÉRIN rappelle, en effet, que c'est au moment de la discussion sur la méthode sous-cutanée que M. Renault fit paraître ses travaux. Au point de vue des expériences de M. Colin, lorsqu'on introduit une matière toxique quelconque dans l'économie, il faut distinguer les cas où la section d'introduction est profonde de ceux où elle est sous-cutanée, les cas où cette matière réside dans le tissu cellulaire où elle produit un simple écartement des mailles de ce tissu de ceux où elle est absorbée par les veines ou les vaisseaux lymphatiques.

M. COLIN reconnaît que M. Renault a eu le grand mérite de montrer une cause de gangrène, le contact de l'air ; mais la gangrène dont il a parlé et la septicémie qu'étudie M. Colin sont deux choses absolument différentes. Les accidents de l'une n'ont rien de commun avec les accidents de l'autre. M. Colin dans ses expériences produit la septicémie et non la gangrène. Il n'a donc rien pris à M. Renault.

M. BOULEY dit qu'il n'y a pas tant de différence que semble le croire M. Colin entre les phénomènes de la gangrène traumatique et ceux de ce qu'on est convenu d'appeler aujourd'hui la septicémie. On sait, en effet, qu'il suffit d'introduire chez le cheval une petite quantité de matière irritante pour déterminer souvent un gonflement énorme.

M. COLIN dit qu'il faut établir les distinctions entre les animaux suivant qu'ils sont aptes ou non à contracter le septicémie. Le lapin, le cochon d'Inde, les oiseaux contractent facilement la septicémie ; il a toujours été impossible à M. Colin de l'inoculer chez le chien, chez le cheval, chez l'âne ou le mulet. Il a pris du sang de lapins morts de septicémie et l'a inoculé en grande quantité sous la peau du cheval, sous celle de l'oreille de l'âne, etc. ; il n'a jamais pu déterminer ainsi de sérieux accidents, et même cette matière virulente, introduite sous la peau de ces animaux, reprise et réinoculée à des lapins, conservait toute sa virulence. Il y a, suivant M. Colin, dans la septicémie quelque chose de pareil, de spécifique en ce sens qu'elle ne peut se produire que sur certains animaux. Quant à l'homme, il n'est pas prouvé, pour M. Colin, que ce qu'on est convenu d'appeler de ce nom soit véritablement de la septicémie ; il ne l'admettra que lorsqu'on aura pris du sang d'un individu mort de ce que l'on croit être la septicémie, qu'on aura inoculé ce sang à des lapins, et que ceux-ci seront morts de septicémie, expérience bien facile à faire et qui pourtant n'a pas été faite.

La séance est levée à 5 heures.

REVUE DE LA PRESSE.

Splénotomies, par Billroth. — Après quelques explications sommaires sur ce qui a été écrit jusqu'ici sur la splénotomie, le célèbre chirurgien rapporte une nouvelle observation de ce genre. Elle est recueillie dans sa clientèle privée. Il s'agit d'une malade présentant une rate énorme et très-dure. Il y avait une augmentation considérable dans le nombre des globules blancs du sang. Malgré cette complication, Billroth pratiqua l'extirpation de la rate. Elle pesait 2975 grammes. Mais il fallut laisser une ligature profonde au voisinage du pancréas, et, malgré toutes les précautions avec lesquelles elle fut pratiquée, un mouvement brusque de la malade la fit lâcher, d'où une hémorrhagie promptement mortelle peu d'heures après l'opération. Encore un nouveau fait à inscrire au passif de la splénotomie, dont nous comprenons difficilement l'indication quand il y a leucocytose. (*Wiener med. Wochensch.* et *Marseille méd.*)

Plaie pénétrante de l'abdomen par instrument tranchant dans un accès de délire; perte considérable de substance de l'épiploon; guérison. — Le docteur Camille Bancel publie l'observation d'un cas de plaie pénétrante de l'abdomen que se fit un ouvrier, âgé de trente-quatre ans, dans un accès d'hallucination. Ce forcené se coupa, pendant la nuit, deux lambeaux épiploïques, l'un de forme rectangulaire de 18 à 20 centimètres de longueur; l'autre de forme arrondie, d'un diamètre de 12 à 13 cenmètres. Il jeta ces lambeaux dans un coin de la chambre et passa le reste de la nuit dans un accès de délire furieux. Lorsqu'on parvint à se rendre maître de lui, à l'aide d'une douche longtemps prolongée, on constata l'existence de plusieurs plaies dont la principale siégeait au niveau de l'ombilic, en forme de V, et laissait passer un paquet d'anses intestinales et de longs morceaux d'épiploon livides et comme hachés.

La réduction fut faite avec le secours du chloroforme. On fit la section de deux grands lambeaux d'épiploon livides et condamnés à la suppuration. La plaie fut réunie par des points de suture ; une vessie remplie de glace pilée fut appliquée en permanence. La cicatrisation se fit rapidement, l'agitation du malade ayant cessé le lendemain.

Sauf une bouffée inflammatoire, avec météorisme du ventre et sensibilité exagérée qui ne dura que quarante-huit heures, la guérison fut prompte et régulière.

Voilà donc une observation montrant une tolérance remarquable du péritoine : une perte de substance très-considérable de l'épiploon sans réaction inflammatoire consécutive.

Cette guérison serait-elle une preuve de l'immunité spéciale des aliénés à l'égard des traumatismes? M. Bancel, avec M. Christian, n'admet pas cette influence favorable de la folie.

Quant à la cause du délire, elle paraît être une péri-encéphalo-méningite déterminée par l'insolation, avec accès de délire aigu, confondus souvent avec la manie. (*Rev. méd. de l'Est.*)

Théories du diabète. — M. Ernest Labbée résume ainsi les théories relatives à la pathogénie du diabète :

Classe I. — *Théories gastro-entérogènes.* — *Rallo* et *Bouchardat* admettent la production dans l'estomac d'un ferment diastatique plus énergique qui favorise la transformation rapide des aliments saccharigènes en glycose.

Classe II. — *Théories hépatogènes.* — Les plus nombreuses.

1° *Cl. Bernard.* — Désassimilation exagérée ultra-physiologique de la matière glycogène de l'organisme sous l'influence d'un ferment.

2° *Pavy.* — Le foie est devenu incapable de transformer les matières sucrées alimentaires en glycogène, et celles-ci passent dans le sang pour s'éliminer. Dans d'autres cas, la matière glycogène n'est plus changée en graisse, elle passe dans le sang et se convertit en glycose.

3° *Schiff.* — La matière glycogène de l'organisme se désassimile et forme du sucre sous l'influence d'un ferment qui se développe partout où le sang circule mal.

4° *Tommassi.* — Le foie perd la faculté de transformer le glycogène en graisse, et ce glycogène obéit à sa tendance à former du sucre.

5° *Zimmer.* — Le foie paresseux ne peut plus faire de la matière glycogène à l'aide des sucres alimentaires et laisse passer ceux-ci dans le sang.

6° *Foster.* — Le foie se laisse traverser par les matières sucrées, et il peut, en outre, fabriquer du sucre aux dépens des albuminoïdes.

7° *Sénator.* — Le foie fabrique un excès de glycogène, et celui-ci se métamorphose plus activement en glycose. Le sucre de la digestion cesse, en outre, de produire de l'acide lactique dans l'intestin.

Classe III. — *Théories mixtes ou complexes.* — Nous en citons trois seulement.

1° *Cantani.* — Le sucre alimentaire n'est plus utilisé pour les fonctions ou les réparations de l'organisme; il s'élimine comme un poison. Ceci tient à une altération des organes chylopoétiques.

2° *Gubler.* — Les cellules hépatiques, les *gaines trophiques* des muscles cessent de transformer les matières sucrées pour les rendre utiles. Devenues corps étranger à l'organisme, ces matières s'éliminent.

Chez certains diabétiques, le sarcolemme musculaire en arrive à faire du sucre à l'aide des albuminoïdes.

3° *Fleury.* — La circulation capillaire devient plus lente; il se

forme dans le sang stagnant du peroxyde d'hydrogène HO^2, qui joue le rôle de ferment dans le sang et aide vivement à la transformation des aliments glycogéniques en sucre par des principes sulfurés dérivés de la salive et de la bile.

Classe IV. — *Théories névrogènes.* — La plupart s'appliquent à la glycosurie simple. On peut en rapprocher la *théorie de Jaccoud.* Le diabète est une dystrophie provoquant la désassimilation des tissus à glycogène.

Théorie de l'épargne. — Le diabétique perd la faculté d'absorber suffisamment d'oxygène, et il ne peut plus brûler son sucre alimentaire. (*Journ. de Thérap.*)

Occlusion intestinale complète pendant vingt-neuf jours; vomissements fécaloïdes, etc.; guérison. — Le docteur Exchaquet (de Rolle) publie l'observation suivante, qui est très-intéressante en raison de la durée des accidents et en particulier des vomissements fécaloïdes compatibles avec la guérison. Cette durée est évidemment exceptionnelle, surtout dans un cas d'occlusion à début aussi aigu, et complète d'emblée. Une observation d'un auteur anglais, où la guérison était survenue après vingt ou vingt et un jours, parut à cet auteur un fait sans exemple : celle-ci a duré vingt-neuf jours.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, domestique, qui ressentit le 16 décembre 1877, après son dîner, un malaise gastrique mal défini qui augmenta brusquement et l'obligea à se mettre au lit : la douleur était localisée du côté gauche de l'abdomen et assez en arrière. Cette fille avait eu, une année auparavant, une fièvre typhoïde très-grave et de longue durée; le médecin crut à une perforation intestinale avec péritonite suraiguë.

Les vomissements commencèrent le soir: la dysurie se manifesta. Absence de selles. Le siège de l'occlusion devait être très-élevé, car on ne constata pas le moindre ballonnement du ventre pendant tout le cours de la maladie.

Le premier vomissement fécaloïde eut lieu le 18 décembre. Des lombrics furent rendus à plusieurs reprises. La situation de la malade était désespérée. Le 12 janvier, après une crise très-douloureuse, elle eut une selle volumineuse, formant une masse compacte et dure du volume du poing.

Dès lors, les accidents disparurent, et la malade se releva peu à peu : elle sortit de l'hôpital le 1er mars suivant.

L'auteur fait remarquer l'existence à un haut degré de la dysurie, dès le début, et presque de l'anurie. Ce symptôme, souvent négligé, peut certainement, dans les cas obscurs d'étranglement interne, fournir un élément important pour le diagnostic. (*Bullet. de la Société méd. de la Suisse Romande*).

Syphilis vaccinale. — Dans un village de l'Allemagne du Nord eut lieu, le 1er juillet 1877, la revaccination de vingt-six jeunes filles de douze ans. Le vaccin provenait d'un enfant de sept mois, présentant tous les symptômes d'une santé excellente. Mais, au bout de quatre à six semaines, douze des jeunes filles revaccinées présentaient des symptômes non équivoques de syphilis vaccinale : ulcérations syphilitiques à la place d'inoculation, qui furent suivies de symptômes secondaires; exanthèmes syphilitiques, ulcérations de la bouche et du pharynx, condylomes à l'anus, ozène syphilitique, etc. En outre, chez trois autres jeunes filles, il se développa sur la place de vaccination de grandes ulcérations de nature suspecte, mais sans autres symptômes syphilitiques.

Seulement, plus tard, on découvrit que la mère de l'enfant en question était atteinte de syphilis.

Plusieurs membres de la *Société vaudoise de médecine* affirment des faits analogues constatés par eux (1). (*Bullet. de la Société méd. de la Suisse romande.*)

Pansement anesthésique des brûlures. — On sait que le bicarbonate de soude, et d'autres encore, ont été préconisés comme pansement anesthésiant des brûlures superficielles.

Un médecin américain, le docteur Waters de Salem, est tellement convaincu de ces propriétés que, devant une société médicale (*Maryland med. Journal*), il s'est fait une brûlure étendue de l'avant-bras, puis il l'a saupoudrée de poudre de bicarbonate de soude et a mis par-dessus un linge mouillé. Il a pu déclarer alors que, depuis le pansement, les douleurs ont disparu. Le lendemain et les jours suivants, les assistants ont reconnu que la douleur n'était pas vive et que la réparation était rapide. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Traitement des kystes vaginaux. — M. Gosselin commence toujours par faire des ponctions suivies d'injections iodées (un tiers de teinture d'iode et deux tiers d'eau). Si la guérison n'est pas obtenue par ce traitement, si la poche devient le siège d'une suppuration abondante, il se décide à en pratiquer l'excision, jamais l'incision simple, après laquelle la cavité resterait. (*École de méd.*)

Plaie pénétrante de l'abdomen avec issue des viscères chez une femme enceinte et à terme; accouchement; guérison, par M. Richard, interne des hôpitaux. — Le 21 janvier 1878, entre à l'hôpital de Lille une fille publique, âgée de vingt-deux ans; cette femme est tombée dans une cave en tenant des bouteilles vides entre ses bras.

Elle présente une plaie pénétrante de l'abdomen, située à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, à direction oblique en bas, en dedans et à gauche; longueur 8 centimètres.

A travers cette ouverture, dont les bords sont nettement sectionnés, s'échappent le grand épiploon, l'intestin grêle et le colon transverse. La tumeur herniaire a le volume d'une tête d'adulte. Elle fut réduite immédiatement; la plaie fut suturée.

Cette femme était enceinte de neuf mois et primipare. Le 24 janvier elle accouche, après un travail de quatre heures à peine, d'un enfant vivant et bien conformé.

Malgré une plaie pénétrante de l'abdomen au niveau de l'épigastre, ayant livré passage à une masse considérable d'épiploon et d'intestin, malgré le travail de l'accouchement et les complications de métro-péritonite et de pleuro-pneumonie, la blessure des parois abdominales a marché d'une manière régulière vers la cicatrisation, qui était complète vingt jours environ après l'accident.

On constata aussi que le travail de l'accouchement ne produisit ni l'arrachement de la suture entortillée, ni le tiraillement de la cicatrice. Les parois abdominales prirent une part très-minime à l'expulsion du fœtus. Le plus grand effort d'expulsion provient donc de la contraction de l'utérus, et les fibres musculaires de la vie de relation ne paraissent apporter, dans ce grand acte physiologique, qu'un très-faible concours. (*Bulletin méd. du Nord.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

359. Leturc. — Considérations sur la nature et le traitement de la pelade.

360. Linarix. — De l'emploi du myrtol ou essence de myrte principalement dans les maladies des voies respiratoires et génito-urinaires.

361. Mounier. — Du permanganate de potasse et de ses propriétés désinfectantes.

362. Rousseau. — Contribution à l'étude de l'acide chromique, des chromates et de quelques composés du chrome; physiologie, thérapeutique et toxicologie.

363. Bierry. — De la tuberculose primitive des voies urinaires.

364. Masson. — De l'importance de l'alimentation dans la phthisie.

365. — Arguello. — Des stomatites fétides dans les intoxications par le plomb, l'arsenic et le phosphore.

366. Gambier. — Contribution à l'étude des tumeurs cutanées d'origine sudoripare.

---

(1) Pendant l'été dernier, nous avons encore vu, à l'hôpital Saint-Louis, un cas de syphilis vaccinale chez une jeune fille qui s'était fait revacciner à l'Académie de médecine. (Note du réd.)

367. Legroux. — Contribution à l'étude du traitement des fractures compliquées par la méthode de Lister.
368. — Coumétou. — Contribution à l'étude de la strychnine en thérapeutique oculaire.
369. Pasdeloup. — Du mécanisme de la rétention d'urine dans les traumatismes de la cuisse et du bassin.
370. Guébhard. — Étude sur la cystite tuberculeuse.
371. Fraiche. — Du lupus exedens, étude, traitement divers.
372. Hellet. — Essai clinique sur l'hémiplégie syphilitique.
373. Cesbron. — De la congestion et de l'anémie cérébrales dans les maladies du cœur et de l'aorte, déductions thérapeutiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La fièvre jaune du Sénégal a cruellement frappé nos confrères de la marine. On nous communique la liste suivante qui n'est, hélas! que le relevé, aux dernières nouvelles, de ces nobles victimes du devoir et de la profession.

Ont succombé aux atteintes du fléau : MM. Bellom, Legal, Thoraval, Roche, Maissin, Borallo, Briant, Sarrette, Dalmas, Marsola, Bourgarel, Cotrel, Gouffé, Desprez-Bourdon, Boyer, Amouretti, Guillaud et Chevrier.

—Par décret en date du 2 novembre 1878, M. le professeur Gubler est nommé membre de la commission supérieure pour l'aménagement et l'utilisation des eaux.

— Après un brillant concours, M. Edmond Nocard, chef de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort, vient d'être nommé professeur de clinique chirurgicale et obstétricale à la même école.

— M. de Saint-Germain reprendra ses leçons cliniques le jeudi 14 novembre à neuf heures du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Il traitera spécialement cette année de l'anesthésie chez les enfants, du traitement des fractures, du torticolis, des déviations du rachis et du pied-bot.

Tous les jours, à huit heures et demie, visite au lit des malades et consultation. — Le jeudi, leçons cliniques et opérations. Le samedi, la consultation sera consacrée à l'examen des malformations et à l'application des appareils orthopédiques.

— M. le docteur Migon commencera son cours dans l'amphithéâtre nº 2 de l'École pratique, le vendredi 15 novembre, à sept heures du soir, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera l'histoire de l'accouchement naturel et des opérations obstétricales d'urgence.

— M. Alphonse Guérin commencera son cours sur les pansements, à l'Hôtel-Dieu, le samedi 16 novembre, à neuf heures du matin, et le continuera le samedi de chaque semaine.

— M. le docteur Gellé commencera son cours d'otologie le mercredi, 20 courant, à quatre heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre nº 2, et le continuera les mercredis suivants.

— M. le docteur P. Menière (d'Angers) commencera son cours de thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus et annexes, le mercredi 20 novembre, à sept heures, dans l'amphithéâtre nº 3 de l'École pratique.

— M. le docteur Lailler reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 22 novembre, à huit heures et demie du matin, et les continuera tous les vendredis à la même heure.

— M. le docteur Henri Picard commencera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire, le lundi 25 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre nº 3 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Le cours completdurera deux mois.

— M. le docteur Nepveu commencera un cours de pathologie externe, le lundi 25 novembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre nº 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants. Il traitera cette année des maladies des vaisseaux, des muscles et des nerfs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur et en particulier de leurs formes anomales, par le professeur Germain Sée. Leçons recueillies par le docteur Labadie-Lagrave (clinique de la Charité, 1874 à 1876). 1 vol. in-8º. — Prix : 9 francs. — Paris, V. A. Delahaye et Cº.

Étude historique et clinique sur la trépanation du crâne, la trépanation guidée par les localisations cérébrales, par le docteur Just-Lucas Championnière, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. 1 vol. in-8º avec 14 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cº.

Guide administratif du médecin-accoucheur et de la sage-femme, précédé d'une notice historique et comprenant : 1º Des considérations sur toutes les lois, décrets, ordonnances et règlements concernant la pratique des accouchements. — 2º Des conférences sur toutes les questions relatives aux enfants nouveau-nés et notamment sur la surveillance protectrice à exercer à leur égard, par M. Eugène Lovet. 1 vol. in-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Germer-Baillière et Cº.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 133. — SAMEDI 16 NOVEMBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 16 NOVEMBRE 1878. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Une endémie catarrhale dans la vallée de la Touvre (Charente).

A côté des travaux et des recherches qui ont pour objet l'avancement incessamment progressif de nos connaissances anatomo-pathologiques et diagnostiques et pour moyens les procédés perfectionnés de la clinique et du laboratoire, dont nous nous efforçons dans nos Revues hebdomadaires d'être les fidèles échos, nous nous plaisons souvent aussi à rappeler quelques-uns des grands faits d'observation pure dont nous sommes redevables à nos devanciers et qui, pour avoir un caractère moins scientifique, et partant un attrait moins vif pour le gros des travailleurs actuels, n'en ont pas moins une importance pratique journalière. Tels sont, entre autres, les faits relatifs aux maladies régnantes et à certaines endémo-épidémies plus particulièrement propres à nos climats, et dont l'affection catarrhale forme en quelque sorte le fond commun.

Un médecin distingué de la marine, qui, tant qu'il est resté au milieu du foyer scientifique des écoles de médecine navale, partageait volontiers le scepticisme des anatomo-pathologistes à l'égard de cette entité morbide, M. le docteur Henri Bourru, depuis que ses fonctions l'ont appelé à pratiquer dans une contrée dont les habitants sont plus spécialement exposés aux maladies catarrhales, a été amené naturellement à les étudier et à modifier ainsi ses premières impressions sur ce point. Il ne sera pas sans intérêt, à raison même de cette condition particulière à l'observateur, de résumer ici la description très-bien faite de l'endémie catarrhale de la vallée de la Touvre (dans la Charente) qu'il vient de publier, et de rappeler les circonstances qui la lui ont fait reconnaître.

« Un jour, dit M. le docteur Bourru, le service de l'État nous envoya exercer la médecine dans un village de la Charente (fonderie de canons pour la marine de Ruelle-sur-Touvre). Quelques semaines après notre arrivée, nous nous trouvions en face de maladies toutes nouvelles pour nous; c'étaient des fièvres intermittentes qui n'étaient pas paludéennes, des fièvres continues prolongées deux à quatre septénaires qui n'étaient pas des typhoïdes. Le catarrhe qui les accompagnait ne se limitait pas aux bronches, à l'estomac; il s'étalait sur toutes les muqueuses à la fois ou tour à tour, parfois mêlé de névralgies, de fluxions rhumatoïdes, d'éruptions cutanées, et toujours avec un ensemble de phénomènes généraux qui faisait toucher du doigt une pyrexie essentielle. L'identité de nature de toutes ces formes morbides s'imposait à notre esprit, et l'observation pure nous menait ainsi invinciblement à l'idée d'affection unique et de maladie générale. Nous n'en pouvions plus douter : c'était le *catarrhe.* »

Notre confrère crut d'abord à une constitution médicale accidentelle et passagère; mais, pendant qu'il l'observait avec l'intérêt curieux que lui inspirait un objet nouveau pour lui, le catarrhe se déroulait sous ses yeux en un cycle annuel régulier. Ce n'était plus une constitution médicale, mais une *endémie.*

Voici l'énumération la plus succincte possible des formes et des localisations diverses dans lesquelles, d'après M. Bourru, se manifeste cette endémie : catarrhe oculaire, catarrhe des voies aériennes, catarrhe des voies digestives, fièvre muqueuse, catarrhe des voies biliaires, angine; localisations cutanées : érysipèle, zona, érythèmes, urticaire; localisations sur les parenchymes : broncho-pneumonies, néphrite catarrhale, oreillons; formes rhumatismales localisées sur les séreuses articulaires, sur les plèvres, sur l'endocarde, sur le péritoine, sur les muscles, les nerfs.

La marche générale de l'endémie, calculée sur les relevés des malades des cinq dernières années, est figurée par une ligne qui, s'élevant lentement les deux premiers mois de l'année, prend en mars un mouvement ascensionnel plus rapide, atteint son apogée au mois d'août, redescend rapidement les deux mois suivants pour toucher en novembre à son périgée où elle demeure trois ou quatre mois de l'hiver. Elle embrasse ainsi les deux tiers de l'année environ. Dans son point le plus déclive, elle se tient encore notablement au-dessus de zéro, ce qui signifie que, si l'endémie catarrhale a une longue période de moindre activité, elle n'abdique jamais complètement; son règne est permanent.

L'ensemble de cette courbe est interrompu au mois de mai par une profonde scissure qui partage le cycle annuel en deux périodes d'inégale durée : l'une vernale de deux mois environ, l'autre estivale de quatre ou cinq mois. A la pre-

mière correspondent les catarrhes localisés aux voies respiratoires ; à la deuxième, les catarrhes localisés aux voies digestives.

La période des catarrhes respiratoires a son point déclive en juillet, part de là pour s'élever pendant quatre mois, suit alors une sorte de plateau élevé de six mois de durée, atteint son apogée au point extrême de ce plateau en avril, et descend les trois mois suivants.

La période des catarrhes des voies digestives, au contraire, part de son périgée en décembre et janvier, s'élève doucement jusqu'en mai, rapidement en juin et juillet, jusqu'à son apogée du mois d'août, descend alors rapidement les deux mois suivants.

Telle est la marche des catarrhes à forme commune, sans réaction éclatante, formant le fond de la constitution annuelle. Mais à certaines époques viennent se dessiner sur ce fond des maladies à réaction prépondérante ou des maladies spécifiques, annonçant une intensité momentanée exceptionnelle de l'endémie. Ces formes réactives (grippes, bronchopneumonies, fièvres gastriques et muqueuses, exanthèmes), ou ces formes spécifiques (oreillons, coqueluches) ne coïncident pas avec les formes communes ; elles s'y substituent en les absorbant en quelque sorte. Ce sont des formes nouvelles, mais à une plus haute puissance, de la même affection.

Ces maladies, elles aussi, ont deux périodes d'élection : l'une étendue de mars en juillet, l'autre d'août en novembre. Elles correspondent juste à la fin des deux périodes des formes communes.

Quelle est l'origine de cette endémie catarrhale? M. Bourru n'hésite pas à l'attribuer à l'humidité atmosphérique permanente, entretenue dans la vallée de la Touvre par la rivière de ce nom qui la parcourt dans toute sa longueur, et par une nappe d'eau souterraine étendue sous une grande partie de cette contrée. Le nombre des localisations catarrhales sur les voies digestives paraît varier en raison directe de la température. Les catarrhes localisés aux voies respiratoires sont influencés par les abaissements de température, auxquels s'allient d'autres éléments. Les formes réactives et spasmodiques de ces catarrhes subissent l'influence des abaissements de la pression atmosphérique et de ses grandes oscillations.

Le cycle de l'endémie de l'année 1877, par une sorte de dérogation, n'a pas complètement coïncidé avec le cycle moyen des années précédentes. Il a commencé plus tôt; dès le mois de février le nombre des maladies s'est élevé sensiblement; en mars il a atteint non-seulement le sommet de la période vernale, mais son apogée annuel. Cette période vernale s'est prolongée ainsi deux mois. Au mois de juin nouvelle recrudescence dans l'intensité numérique et dans la puissance de l'endémie. En juillet et août, forme commune du catarrhe d'été moins multipliée qu'à l'ordinaire. En septembre, nouvelle explosion de la fièvre catarrhale qui termine la série annuelle. En novembre, les maladies sont revenues aux formes communes des rhumes et des angines catarrhales.

L'endémie de 1877 a été caractérisée par ce retour répété de la fièvre catarrhale et par son intensité exceptionnelle, surtout au printemps, caractérisée par le nombre considérable des catarrhes spécifiques et fébriles, par la violence de ces derniers, la multiplicité inusitée des localisations, la diversité des formes et la durée prolongée des maladies; toutes circonstances qui paraissent trouver leur explication naturelle dans les conditions exceptionnellement rigoureuses de la température au printemps de cette année.

Fracture compliquée de la mâchoire inférieure et de la cavité glénoïde du temporal, suite d'une chute sur le menton.

Les cas de fracture de la cavité glénoïde du temporal ou du rocher lui-même à la suite de violences exercées sur le menton, sans être extrêmement rares, ne sont cependant pas assez communs pour négliger les occasions de les signaler lorsqu'ils viennent à se présenter. Nous avons rapporté dans le temps (en 1858) les observations de MM. les docteurs Morvand et Puech, qui ont contribué à fixer la symptomatologie de cette lésion, symptomatologie dans laquelle l'écoulement de sang par l'oreille à la suite d'une chute ou d'un coup sur le menton joue le principal rôle.

Un fait nouveau de ce genre vient de se présenter dans le service de M. le professeur Gosselin à la Charité, qui en a entretenu ses élèves dans sa première leçon clinique du semestre qui vient de commencer.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, épileptique, qui, dans un accès, étant tombé sur la face, s'était fait au menton une plaie transversale contuse, de 3 centimètres d'étendue environ, au fond de laquelle on sentait avec le stylet une dénudation assez étendue de l'os. On constatait, en outre, une solution de continuité de la muqueuse buccale au niveau de la deuxième incisive, et une irrégularité du niveau des dents, avec mobilité évidente et crépitation, qui ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une fracture complexe de la mâchoire dans le sens vertical. En même temps que cette fracture compliquée, il existait une lésion de l'articulation temporo-maxillaire du même côté (le côté gauche), accusée par un gonflement diffus et par la difficulté d'ouvrir la bouche et de mâcher. Il s'était fait un écoulement de sang par l'oreille; en explorant l'état de l'ouïe, on constatait qu'elle était presque abolie de ce côté.

Tel était l'état de ce malade le 29 octobre, jour de son entrée à l'hôpital. M. Gosselin, bien qu'il n'ait pas pu constater d'une manière certaine s'il existait ou non une perforation de la membrane du tympan, n'a pas hésité à diagnostiquer une fracture de la cavité glénoïde du temporal et à reconnaître une relation manifeste entre cette fracture et celle de la mâchoire, dues l'une et l'autre à la même circonstance, la chute, celle de la mâchoire produite directement, celle de la cavité glénoïde indirectement, par le choc qu'avait probablement communiqué de bas en haut le condyle de la mâchoire sur cette cavité.

Voici dans ce cas quels ont été les phénomènes consécutifs : du côté de la mâchoire il ne s'est développé qu'une inflammation modérée avec peu de gonflement. Point de phénomènes généraux de nature à préoccuper jusqu'à présent; pas de symptômes d'infection purulente ni d'infection putride. On s'est borné jusqu'ici, comme traitement, à immobiliser la mâchoire le plus possible et appliquer sur la plaie un pansement phéniqué.

Ce malade est à suivre.

Deux cas d'occlusion intestinale.

En présence des difficultés qui se présentent si souvent dans la pratique, alors que le médecin, après avoir épuisé toutes les indications et toutes les ressources connues de la thérapeutique rationnelle et empirique, est à bout de ressources, on comprend qu'il s'ingénie de son mieux pour

trouver dans son esprit tel moyen ou tel expédient qui lui semble plus particulièrement adapté à la difficulté qu'il a à vaincre. Quelque bizarres ou singuliers que puissent paraître ces moyens, il est bon de les faire connaître quand ils ont paru réussir, soit pour qu'on les applique à des cas semblables ou qu'ils suggèrent dans le même ordre d'idées des moyens analogues. L'occlusion intestinale, dont il n'est pas toujours facile de déterminer la cause et les conditions pathogéniques, est justement une de ces affections contre lesquelles les moyens empiriques ou les expédients improvisés ont le plus souvent l'occasion de s'exercer. Nous avons rapporté dans l'une de nos précédentes revues (celle du 19 octobre dernier) l'heureux résultat obtenu par M. le docteur Prunac (de Mèze) à l'aide de l'injection rectale d'eau de Seltz, moyen déjà proposé et employé avec succès, notamment par MM. Hetz et Garnier.

M. le docteur Léon Bec, de Mézel (Basses-Alpes), nous communique, à cette occasion, les deux faits suivants où, après avoir eu recours sans résultat aux moyens les plus usuels, il a dû chercher en quelque sorte, dans l'inspiration du moment, un moyen insolite ou qu'il a pu croire tel.

Voici la relation sommaire de ces deux faits dans lesquels l'occlusion était due, suivant toute apparence, ainsi qu'on en pourra juger, à une obstruction fécale, cause la plus commune de ce genre d'accidents.

1° M... tombe malade le 15 novembre 1873, après avoir dîné copieusement la veille. Dans la nuit, des douleurs intestinales se font sentir, principalement dans le flanc gauche; puis des vomissements de matière alimentaire surviennent, comme s'il se fût agi d'une simple indigestion; le soulagement qui les suit n'est pas de longue durée; les douleurs deviennent continues, exacerbantes; le ventre tendu, ballonné; le malade n'a pas un moment de repos; tentatives pour aller à la selle fréquemment réitérées, mais toujours inutiles. C'est dans cet état que M. Bec le trouvait le lendemain 17 novembre. Les vomissements persistaient, bilieux d'abord, plus tard fécaloïdes; le faciès était grippé, le pouls petit, le ventre tellement ballonné qu'il était impossible, par le palper, de se rendre compte du siège de l'étranglement. On avait déjà administré de l'huile de ricin; M. Bec en donna de nouveau, additionné dans la suite de deux gouttes d'huile de croton tiglium; il épuisa toutes les médications usitées en pareil cas; les lavements étaient d'autant plus inutiles que le liquide ne pouvait en aucune quantité pénétrer dans l'intestin, quelques précautions que l'on prît; cette circonstance, jointe aux douleurs du début dans le flanc gauche, engagea notre confrère à pratiquer le cathétérisme de l'intestin.

Le 18 novembre au matin, il introduisit dans le rectum la sonde œsophagienne; cette dernière, arrivée à une profondeur de quinze centimètres, rencontra un obstacle qu'elle ne franchit pas sans quelque peine; immédiatement un flot de matières fécales liquides s'élança par la sonde; puis, l'écoulement s'étant arrêté, il la retira. Les yeux étaient obstrués par des matières excrémentitielles solides. Le cathétérisme ayant été réitéré, le même jet se reproduisit; il fut possible ainsi de détruire peu à peu le bouchon fécal; des lavements laxatifs achevèrent ce qu'avait commencé la sonde; après quelques jours, le malade reprenait le chemin de son village.

Bien que le moyen auquel a eu si heureusement recours notre confrère ne soit pas nouveau et qu'il ait déjà été employé, probablement à son insu, il n'est pas moins intéressant d'en constater une fois de plus les bons effets.

2° Le 26 décembre 1875, M. Bec était demandé auprès du nommé I..., lequel présentait, comme le précédent, des symptômes d'étranglement intestinal, mais survenus d'une manière plus brusque; c'était aussi à la suite d'un excès de table. On avait encore cru tout d'abord à une indigestion, mais la persistance des symptômes après de nombreux vomissements, la violence des douleurs intestinales, les efforts réitérés et toujours sans résultats pour aller à la selle, l'absence de toute expulsion gazeuse par l'anus, le ballonnement considérable du ventre, et en dernier lieu les vomissements en partie composés de matières d'apparence fécale, ne lui laissèrent plus aucun doute sur la nature de la maladie. Tout fut employé, purgatifs huileux, purgatifs salins, lavements excitants, lavements de tabac, onctions belladonées, cathétérisme de l'intestin, mais tout fut inutile; les forces du malade étaient épuisées; le 18 décembre, quoique assez déconcerté, notre confrère voulut encore tenter un moyen; il fit suspendre au plafond une sorte de trapèze, engagea le malade à quitter le lit avec l'aide de ses parents et à venir se suspendre par les mains à ce trapèze. La proposition ne fut pas trop goûtée tout d'abord; plusieurs assistants parurent même scandalisés, considérant la chose comme une plaisanterie. Toutefois, sur l'insistance de notre confrère, le malade se résigna. Tandis qu'il se tenait suspendu par les mains, un aide, placé derrière lui, soulevant les pieds du patient de manière que le corps de ce dernier fût arqué en avant aussi fortement que le permettait le ballonnement de l'abdomen, se mit en mesure de le balancer doucement dans l'espace, position et manœuvre opérant une double traction en sens contraire dans la masse intestinale. Le malade étant bientôt las, il fallut suspendre à plusieurs reprises cette gymnastique passive pour la reprendre un moment après. Enfin il parut éprouver un sentiment de détente, les coliques se calmèrent et lui permirent de regagner son lit avec plus de confiance qu'il ne l'avait quitté. Au bout d'un instant des gaz furent rendus en abondance par l'anus, puis survinrent des garde-robes nombreuses qui assurèrent la guérison.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lasègue.

Névralgie des plexus brachial et cervical simulant, chez un emphysémateux, une angine de poitrine.

Un homme, âgé de soixante-sept ans, ayant des antécédents morbides peu précis, présente actuellement une affection assez intéressante, parce qu'elle simule assez nettement l'angine de poitrine pour qu'on puisse, au premier abord, poser ce diagnostic.

Vers 1861, cet homme aurait eu une dysentérie assez grave qui le laissa indisposé pendant plusieurs années. En 1865, il eut un rhumatisme articulaire aigu, qui le tint au lit pendant quinze jours; depuis, il eut un gonflement des jambes, tantôt disparaissant, tantôt se reproduisant surtout après de longues courses. Alors il est pris de palpitations, et surtout de gêne respiratoire. En 1878, apparaissent des accidents mieux déterminés, et qui nous intéressent.

Cet homme fut pris, au commencement de cette année, d'engourdissement du bras droit, assez intense parfois pour l'obliger d'interrompre son travail. Quelque temps après, les douleurs du côté droit disparurent, pour se reporter sur le côté gauche. Nous constatons encore aujourd'hui au bras gauche cette douleur sourde, avec des irradiations.

Les symptômes observés du côté gauche n'ont pas le même siège ni la même nature que ceux qui ont existé du côté droit : l'engourdissement s'étend depuis le poignet et la main, sur le trajet du nerf cubital, jusqu'à la partie interne du bras. Les douleurs surviennent surtout le matin, avec des exacerbations intermittentes, puis elles disparaissent vers midi. Depuis six mois, au dire du malade, ces accès seraient les mêmes tous les matins.

Les accès sont surtout marqués par une gêne de la respiration, de l'angoisse, avec irradiation douloureuse vers le bras gauche, symptômes qui ont fait songer immédiatement à l'angine de poitrine.

Le thorax est globuleux; la sonorité est exagérée; l'auscultation révèle l'existence d'une bronchite avec emphysème. Au cœur, un souffle existe à la base au premier temps.

Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème assez modéré; aux genoux, il y a un peu d'hydarthrose.

Or l'angine de poitrine est caractérisée par des accès de suffocation, une constriction de la poitrine, une douleur précordiale avec irradiations nerveuses vers le bras gauche. C'est une sensation de compression du thorax qui détermine la suffocation; ce n'est pas la même angoisse que celle de l'asthmatique qui caractérise son accès en disant que, s'il pouvait respirer, il serait sauvé; il cherche l'air de toutes les façons, en se cramponnant aux meubles, etc., pensant en faciliter l'entrée dans le poumon; il ne dit même pas qu'il étouffe, il reste sous le coup d'une sensation terrible.

L'angineux de poitrine éprouve des sensations autres : ce qui domine son accès, c'est la sensation douloureuse de constriction, de compression des parois de la poitrine, puis arrive l'angoisse respiratoire. Chez les uns, c'est la compression qui est le phénomène principal; chez les autres, c'est l'angoisse.

La durée de l'accès est variable. Ordinairement elle est de quelques secondes : l'accès se compose d'une marche ascendante jusqu'à un paroxysme, dont la durée est très-courte, puis d'une marche descendante qui a aussi une certaine durée, comme le processus ascendant. Certains malades s'arrêtent au milieu de cette série de phénomènes; ils n'en parcourent pas nécessairement les trois périodes d'augmentation, de paroxysme et de décroissance. On en voit tous les degrés intermédiaires, c'est ce qui fait la difficulté de donner une description exacte de l'angine de poitrine, parce qu'il n'y a pas, dans cet accès, l'uniformité de symptômes qui se rencontre, par exemple, dans l'épilepsie, qui arrive très-vite à son acmé, et dont le type reste toujours constant.

Ici, nous ne nous faisons, dans notre esprit, le type de l'angine de poitrine que par ces phénomènes : angoisse et compression thoracique avec retentissement douloureux vers le bras gauche.

On a divisé les angines de poitrine en deux groupes, suivant qu'elles sont ou non d'origine cardiaque. Si le cœur est malade, on explique l'angine par un trouble de la circulation nerveuse; si l'angine n'admet pas cette explication, on s'en rend compte par une altération quelconque du pneumogastrique ou d'un autre nerf, l'action réflexe ferait retentir cette lésion sur le fonctionnement du cœur. Ce n'est pas ici le lieu d'étudier cette question; ce que nous devons nous demander, c'est, en un mot, si cet homme est atteint ou non d'angine de poitrine?

Or, c'est là une question importante à résoudre; elle est aussi fatale que celle de savoir si un homme est épileptique ou ne l'est pas, s'il a un tic de la face, ou s'il n'a qu'une névralgie, etc. Le pronostic est très-différent suivant le diagnostic; on sait qu'un homme atteint d'angine de poitrine est prédisposé à la mort subite. Il importe donc de ne le déclarer angineux de poitrine qu'à bon escient.

Ce qu'il y a chez notre malade de particulier, c'est qu'en examinant les points douloureux, on voit que la douleur siège sur des points du trajet du plexus nerveux du côté gauche. Quand on presse sur quelque région innervée par ces filets nerveux, on détermine toujours une sensation douloureuse. Il y a donc une névrite de ces plexus. Rappelons-nous que cet homme a eu, du côté droit, des phénomènes douloureux qui, sans avoir la même intensité, doivent être de même nature; il a eu à droite, une névrite superficielle et légère; il a maintenant, à gauche, une affection réelle, essentielle du plexus brachial et du plexus cervical, qui s'est traduite par des douleurs dans le bras correspondant et par la sensation de compression de la paroi thoracique. Dans le cas particulier, cette compression, qui devrait avoir un rôle restreint, prend une importance considérable en raison de l'état de ce malade; c'est un homme porteur de bronchite et d'emphysème, qui ne respire déjà qu'à demi par le fait seul de son emphysème; il est naturel que, chez lui, la fonction respiratoire, même réduite légèrement, soit gênée considérablement par le simple phénomène de compression résultant de la lésion nerveuse, de la seule douleur de retentissement. Voilà pourquoi les phénomènes sont si accentués de ce côté, et pourquoi ils peuvent donner à supposer le diagnostic d'angine de poitrine. Ici la douleur brachiale n'est pas la résultante, comme elle doit l'être dans l'angine de poitrine; elle est réellement primitive.

D'autres considérations confirment encore cette opinion : en effet, il y a deux espèces d'emphysème, l'un bénin, se rencontrant avec la bronchite et les vieux catarrhes où il n'est qu'accessoire pour ainsi dire; l'autre, emphysème diffus, étalé, généralisé, consistant en une maladie fondamentale, dans lequel l'élasticité pulmonaire est presque détruite, et la respiration absolument défectueuse et insuffisante. Cet emphysème est alors une maladie mortelle. Il peut coexister avec deux ordres d'affections : les affections broncho-tuberculaires et les affections cardiaques.

Or, chez cet homme que nous observons, nous voyons le type des emphysèmes liés aux lésions cardiaques; l'état du cœur a changé les conditions où l'emphysémateux était destiné à vivre. Il serait difficile maintenant de préciser la part de l'un ou de l'autre : l'œdème des extrémités peut aussi bien se rencontrer dans l'emphysème généralisé, alors même qu'il n'y a pas d'affection cardiaque. Cet œdème nous donne l'indication de ce qui se passe dans ces organes.

Notre malade est donc foncièrement emphysémateux; il a cet emphysème généralisé qui nous explique les symptômes observés : malheureusement, cet emphysème était d'origine mécanique; il ne peut être combattu par aucune espèce de médicaments : nous ne pouvons absolument pas rendre au poumon son élasticité perdue.

Cet emphysème n'a aucune relation avec les accidents nerveux qui sont, il faut bien le dire, très-mal déterminés. Il reste à expliquer pourquoi les crises ont lieu tous les matins, et régulièrement? Je pense qu'il doit en être ici, comme dans les cas de paralysie agitante, de rhumatisme fibreux, où, les membres ayant pris, pendant le sommeil, une attitude vicieuse, que le malade ne rectifie pas comme à l'état de veille, où il est averti par la douleur ou par la gêne, c'est le matin que

la douleur se manifeste plus vive. Mais le malade réveillé place bientôt son membre dans les conditions les plus favorables, et la douleur disparaît dans le cours de la journée.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Brochard.

Du rétablissement des tours.

Autrefois les enfants abandonnés sur la voie publique étaient recueillis par les administrations hospitalières, auxquelles on faisait souvent des legs et donations très-considérables pour les aider dans cette œuvre. On appelait les enfants ainsi recueillis les enfants de l'Hôtel-Dieu, les enfants de la Charité. Ils restaient sous la dépendance des commissions des hôpitaux, jusqu'à l'âge de vingt et un ans.

Un ancien décret avait ordonné, dans chacun de ces hôpitaux, l'ouverture d'un «tour» destiné à recevoir tous les enfants abandonnés par leurs parents. Mais bientôt des circulaires enjoignirent de demander l'origine de ces enfants, leurs noms, etc.; certains départements supprimèrent le tour; les régions voisines surchargées en firent autant. Le dernier coup fut porté, vers 1852, à cette utile institution, par un règlement qui fermait tous les tours, au nom de la moralité publique. En admettant que les circulaires ministérielles pussent légalement décider de cette suppression, elles n'avaient, en tous cas, pas le droit de disposer des sommes considérables qui appartenaient aux enfants trouvés, qui leur avaient été données par la générosité publique.

Le 5 mai 1869, une loi enleva aux administrations hospitalières la gestion des affaires des enfants assistés, pour les mettre sous la dépendance de l'administration départementale. Depuis cette époque, les enfants assistés ont perdu pour ainsi dire leur famille; adoptés par ces commissions des hôpitaux, ils en recevaient souvent des dotations importantes. Depuis que leur direction est passée à l'autorité préfectorale, ils n'ont plus rien reçu du public qui leur était si sympathique autrefois. Ainsi, à Lyon, depuis cette loi, les enfants assistés n'ont été l'objet d'aucune donation : un seul legs de mille francs leur a été fait, mais dans des conditions tellement défavorables que l'administration a dû refuser de l'accepter.

En dehors de ces dispositions fondamentales, on a bien laissé aux commissions hospitalières la tutelle des enfants assistés, mais cette mesure mettait ces commissions en relation avec des inspecteurs qui n'étaient plus sous leur dépendance comme autrefois, mais qui ne dépendaient que des préfets ; d'où la source de conflits qui, en définitive, ne portaient préjudice qu'aux enfants assistés. Leur surveillance, comme la gestion de leurs intérêts, était déplorable.

Pour les départements, le service des enfants assistés est dominé par une question unique : celle des économies faites ou à faire.

La plupart des rapports des inspecteurs constatent avec plaisir que tous les ans des économies notables sont réalisées : j'ai vu Lyon économiser ainsi 200,000 francs en deux années. On proclama que le nombre des enfants trouvés diminuait, et on attribua cette diminution à la moralisation du peuple ; on oubliait qu'il y avait deux à trois mille enfants morts de plus que les années précédentes.

On a dit que les tours démoralisaient la société : il y a vingt-cinq ans que les tours sont fermés, les enfants naturels sont venus quand même; les infanticides ont augmenté dans une proportion formidable; les avortements, le nombre des morts-nés sont aussi beaucoup plus considérables. Autrefois on comptait quatre morts-nés sur cent naissances; aujourd'hui la proportion est de vingt-deux pour cent. Les morts-nés ne sont que des infanticides déguisés; aujourd'hui que l'art obstétrical a fait tant de progrès, le nombre des morts-nés devrait diminuer plutôt qu'augmenter. Il est si facile de faire un enfant mort-né ! Au moment de la naissance, avant l'expulsion du reste du corps, ou avant la ligature du cordon, on laisse l'enfant la bouche noyée dans le sang ou les liquides qui baignent le lit, on le laisse ne pas respirer, et c'est tout. Qui ne sait que, dans les grandes villes, certains quartiers, exploités par les mêmes sages-femmes ont cette triste spécialité des morts-nés?

Les naissances illégitimes ont aussi augmenté : où donc est cette moralisation produite par la suppression des tours ? On dit bien qu'il faut moraliser les jeunes filles, les instruire, améliorer les mœurs en supprimant les romans et les gravures obscènes, etc. ; tous ces moyens sont bons, mais, en attendant, ouvrez les tours. C'est, en effet, la vie de l'enfant qui doit dominer la question : or, souvent une femme coupable se trouve placée entre le mystère et le crime; si elle ne peut se défaire de son enfant en le portant au tour, elle s'en débarrasse par le crime : elle l'envoie en nourrice où on le laissera mourir *par ordre*, ou elle le tue. Le tour ne démoralise pas : lorsqu'une jeune fille se laisse séduire, ce n'est pas parce qu'elle pense au tour; elle n'y songe que plus tard, lorsqu'elle est enceinte. Or, si les tours existaient, toute mère décidée à se séparer de son enfant l'y porterait, au lieu de recourir à l'avortement ou à l'infanticide. On a dit que le tour détruit les liens de la famille; mais ces liens n'existent pas encore. On a dit aussi que les enfants légitimes étaient souvent aussi abandonnés dans les tours, et qu'ils perdaient par là leur état civil. Sans doute, ils perdent souvent leur état civil ; cela vaut mieux encore que de perdre la vie,

Dans les villes de l'ouest et du sud-ouest de la France, on voit, aux abords des gares des chemins de fer, des femmes portant des nouveau-nés sur le bras : ces femmes vont se débarrasser de ces enfants, soit en Espagne, où du moins il y a des tours et où ils sont recueillis, soit au milieu des sables des Landes.

On a cru atténuer ces effets déplorables en donnant des secours aux filles-mères. On les invite à allaiter leurs enfants, et on leur distribue des sommes tout à fait dérisoires, 5, 8, 10, 20 francs au plus par mois. Beaucoup d'entre elles ne veulent pas nourrir leur enfant : d'autres ne le peuvent pas.

Ces enfants sont toujours fort mal élevés : sans surveillance, sans visite médicale. La plupart ne sont pas allaités par leur mère, et meurent dans un bref délai. Cette situation est donc encore plus déplorable que celle qui résultait du retard qu'on accuse les tours d'avoir mis à fournir des nourrices aux enfants déposés : en rétablissant les tours, il serait facile de prendre des mesures pour supprimer cet abus, pour faire envoyer ces enfants en nourrice plus tôt et plus vite, et pour leur choisir mieux les nourrices.

On a dit qu'autrefois, quand il y avait des tours, la mortalité était plus grande qu'à l'époque actuelle. Mais il ne faut pas comparer des statistiques faites dans des conditions tout à fait différentes : en effet, l'enfant trouvé était mis au tour *dès sa naissance*, c'est-à-dire que la statistique était faite sur le nombre total de ces enfants, et en y comprenant par conséquent la mortalité très-considérable de la première semaine de la vie. Maintenant, au contraire, l'enfant n'est admis au secours qu'après l'accomplissement de formalités, d'enquêtes, etc., qui durent une quinzaine de jours au minimum. Pendant cette première quinzaine, beaucoup d'enfants meurent ; ils ne sont pas portés sur la statistique parce qu'ils ne sont pas encore des enfants assistés. Dans la statistique actuelle, on ne compte donc pas la première semaine, ou les deux premières semaines, qui sont les plus chargées de décès, et l'on dit que la mortalité est moindre qu'autrefois ! Les enfants sont morts avant d'être des enfants assistés !

D'un autre côté, ces enfants, élevés avec des secours, ne peuvent plus être admis au titre d'enfants assistés, à partir de l'âge de douze ans : or, il arrive souvent que les filles-mères meurent de bonne heure ; ces enfants n'ont désormais plus de famille, car ils ne sont souvent pas recueillis par la famille de leur mère, et la mauvaise éducation qu'ils ont reçue très-généralement porte ses fruits et en fait des vauriens. Le quart des enfants assistés ne sait ni lire ni écrire ; cinquante pour cent ne sont pas vaccinés.

En Russie, depuis Catherine II, c'est-à-dire depuis un siècle, des statuts très-sages règlent la situation des enfants assistés : ils sont recueillis dans les hôpitaux sans qu'on exige le moindre renseignement de ceux qui les apportent, à moins, bien entendu, que ceux-ci

n'offrent spontanément des indications. Ces enfants sont visités tous les mois, les nourrissons sont pesés tous les mois, etc. Pour donner une idée du soin que l'administration met à leur éducation, il me suffira de dire qu'ils arrivent très-souvent aux carrières libérales, et qu'à Moscou il y en a cent soixante-quinze qui suivent les cours de l'École de médecine.

En France, on est loin de constater le même résultat : les enfants assistés deviennent à peine des garçons de ferme, et je ne parle que des plus honnêtes.

Ces questions ont été récemment soumises à nos assemblées délibérantes qui paraissent les avoir bien accueillies ; il faut espérer que nous obtiendrons la réorganisation du service des enfants assistés et le rétablissement des tours. Les inconvénients du service actuel de l'inspection des enfants assistés sont tellement évidents pour tout le monde, qu'il sera impossible de conserver plus longtemps cette organisation servie par des fonctionnaires dont l'incapacité, l'ignorance et l'incompétence absolue ne me paraissent plus désormais justiciables que du ridicule.

HOSPICE D'ANNAPPES. — M. GUERMONPREZ.

Réduction d'une hernie crurale plusieurs heures après deux lavements d'eau de Seltz.

La femme D..., cinquante-huit ans, ménagère, a une constitution ordinaire, affaiblie par des privations et aussi par un ozène qui est le résultat d'un traumatisme sur la base du nez.

Depuis plus de vingt ans, elle a une hernie crurale gauche ; mais elle ne peut en préciser la date du début. Cette hernie se réduit habituellement par le décubitus dorsal, ou encore par le taxis que la femme D... sait faire elle-même.

Il y a quatre ans, elle demeura non réduite pendant quatre jours. Les efforts de taxis, continués par un médecin pendant une heure, n'amenèrent aucun résultat. Une seconde séance de taxis fut suivie d'une réduction complète au bout de trois quarts d'heure. Depuis cette époque, cette femme porte toujours un bandage, dont je puis constater l'état satisfaisant ; elle ne le quitte que la nuit.

Le 23 octobre, vers midi, cette femme se présente à ma consultation *pour la première fois. Sa hernie n'était pas rentrée depuis cinq jours.*

Du volume d'un œuf de poule, cette hernie est mate à la percussion, d'une consistance dure. Sa surface est mamelonnée, son pédicule est nettement appréciable par la partie supérieure et les parties latérales. La peau n'est ni rouge ni excoriée. Il y a de la sensibilité sur la partie supérieure et sur le pédicule de la tumeur. Cette sensibilité doit être attribuée à la pression du brayer que la femme D... avait cru devoir maintenir opiniâtrément.

Ayant déjà l'expérience de la chose, elle avait déjà fait elle-même et pendant longtemps *son taxis. Elle avait pris deux purgatifs*, qui tous deux avaient été vomis. Le second avait été suivi de vomissements bilieux, mais nullement fécaloïdes. Elle avait aussi déjà pris *plusieurs lavements de sel gris.* Et malgré tous ces moyens elle ne parvenait pas à aller à la selle ; elle n'avait pas pu manger depuis cinq jours, avait la bouche sèche et sentait ses forces diminuer avec rapidité.

Le faciès présentait en effet le cachet de la fatigue, la langue était sèche et notablement chargée, le pouls à 100, la chaleur un peu plus élevée et un peu sèche.

Je fis alors deux séances de taxis. Une première séance, durant à peu près trois quarts d'heure, fut mal supportée par la patiente. La fatigue m'avait forcé de l'interrompre : elle n'avait amené qu'un ramollissement de la tumeur, mais aucune réduction. La seconde séance, faite plusieurs heures après la première, ne donne qu'une apparence de réduction : la tumeur, aussitôt lâchée, reprend son volume primitif. La malade est très-fatiguée ; a des nausées et demande une demi-heure de repos. Les autres moyens ordinaires ayant été employés, ne voulant pas, à cause des craintes de la femme D..., parler encore d'opération, je crus devoir lui proposer les lavements d'eau de Seltz, qu'elle accepte aussitôt.

N'ayant sous la main qu'une sonde œsophagienne un peu dure, je n'arrive pas à en faire pénétrer plus de 10 à 12 centimètres. J'ajuste le tube du siphon à l'extrémité ouverte de la sonde et fais couler l'eau de Seltz avec précaution, lentement, et comme en bavant. La malade ne dit rien. J'ouvre un peu plus fort : elle se plaint de coliques ; je m'arrête aussitôt. Après quelques minutes les coliques se calment. Et ainsi plusieurs fois. Alors je vide le siphon assez rapidement pour que la patiente n'ait pas le temps de perdre patience. Et je m'aperçois que, *sans le vouloir*, j'ai ouvert complètement le siphon. La malade se plaint d'une colique plus forte, et je reconnais qu'une partie du liquide s'échappe entre la canule et l'orifice anal. Dans ses efforts, elle arrive même à chasser en partie la sonde œsophagienne. Il me paraît cependant qu'elle a conservé plus du tiers de la quantité d'eau dépensée, mais la hernie n'est pas réduite, ni plus ramollie. Après un certain temps de repos, j'agis de même avec un deuxième siphon ; et je sens distinctement au niveau de la hernie, *dans la hernie* je sens *le gargouillement d'un gaz dans un liquide pendant que je fais pénétrer l'eau gazeuse.* J'interromps l'injection ; je ne sens plus de gargouillement. Je renouvelle l'injection ; je sens de nouveau le même gargouillement ; et ainsi plusieurs fois je tiens à m'assurer que c'est bien au niveau de la hernie, et non pas dans le ventre, que je perçois cette sensation. La malade, encouragée par cette circonstance, dont elle se rend compte elle-même, fait effort et arrive à conserver ce deuxième siphon pendant tout un quart d'heure. La hernie est manifestement ramollie, mais nullement diminuée. Le taxis, tenté de nouveau, même avec précaution, détermine de nouvelles coliques. Il en résulte la nécessité d'un nouveau repos. Un troisième siphon est ensuite donné presque entier, bien qu'une bonne partie soit évacuée entre la sonde et le pourtour de l'anus. La malade éprouve alors des douleurs véritablement atroces, dont l'intensité m'inspire de réelles inquiétudes. Elle est prise de nausées d'abord, puis fait des efforts violents pour vomir, efforts qui n'amènent que quelques vomituritions. Elle devient pâle, s'affaisse épuisée, se refroidit, gémit, n'a presque plus la force de parler. Dans tous ces efforts la totalité de l'eau de Seltz avait été rendue, mais presque propre, à peine teintée par des traces de matières fécales. La hernie a encore le même volume, mais elle est moins dure. La malade ne veut plus supporter le taxis. Je la réchauffe de mon mieux, et elle s'en retourne. Tout cela avait dû se passer dans mon cabinet en raison de circonstances qu'il serait trop long de rapporter. (Repos au lit dans le décubitus dorsal, boissons aussi froides que possible, lavements au miel de mercuriale de deux heures en deux heures.)

Le 24, vers midi, lavement avec deux siphons d'eau de Seltz, comme la veille, mais nécessairement chez elle. Les coliques sont plus fortes encore, et je sens encore distinctement le gargouillement d'un gaz passant dans un liquide au niveau de la hernie. La malade n'en peut cependant supporter autant que la veille. Elle est plus affaiblie, plus impatiente. Les mêmes efforts de vomissement surviennent, n'amenant pas plus que de simples vomituritions ; elle ne conserve absolument rien. L'eau de Seltz est rendue plus propre que celle qui a été rendue la veille. Le ventre est ballonné, un peu sensible. La malade est très-fatiguée, on peut presque dire épuisée. Son faciès exprime la souffrance. Elle a peu de fièvre. Le refroidissement survient plus rapidement et est plus marqué que la veille. Je n'ose même plus songer à un troisième siphon ; je prescris seulement le repos et les boissons froides ; et, constatant que le volume n'était pas encore modifié, je parle d'un de mes confrères avec lequel je discuterai l'opportunité d'une opération.

Le lendemain, 25, dans la matinée, la femme D... se fait transporter chez mon excellent confrère, qui, prévenu directement de ce que j'avais fait, constate qu'il ne restait plus qu'une hernie épiploïque dont le volume ne dépasse pas le volume d'un marron et que le reste s'est réduit spontanément sans taxis et sans coliques, soit pendant la soirée, soit pendant la nuit.

Depuis lors il ne reste qu'un peu de faiblese. La femme D... mange, va à la selle, et a repris la plupart de ses occupations antérieures.

De cette observation, assez complexe, il me paraît juste de conclure :

1° Qu'il y a lieu de tenter plus souvent les lavements d'eau de Seltz, pour *réduire* les hernies, *sans atteindre l'étranglement* ;

2° De ne pas craindre d'employer des quantités un peu considérables, et une certaine violence d'injection ;

3° De ne pas exagérer l'importance des douleurs, qui peuvent être atroces dans ces circonstances ;

4° De prévoir un résultat tardif du traitement.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

374. Perrier. — Étude sur la pleurésie interlobaire suppurée.
375. Barré. — Essai sur qnelques accidents urémiques chroniques liés au rein contracté.
376. Bonnan. — De la pellagre dans les Landes.
377. Graux. — De la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée, paralysie centrale, par lésions du noyau de la sixième paire.
378. — Châteaufort. — Contribution à l'étude de la méningite spinale tuberculeuse.
379. Eschebarne. — Généralités sur la laryngite syphilitique.
380. Duvivier. — Considérations sur l'utilité et le rôle de la méthode en médecine.
381. Peyneau. — De l'auscultation du bruit respiratoire et de la voix.
382. Boudrie. — Étude sur les causes de la folie puerpérale.
383. Jandot dit Danjou. — De la phlegmatia alba dolens dans la chlorose.
384. Collongues. — Contribution à l'étude du tétanos puerpéral, consécutif à l'avortement.
385. Clément. — Étude sur la nature de la folie.
386. Chabrun. — État mental des hystériques.
387. Richard. — Valeur diagnostique de la douleur d'oreille dans les affections de la langue, et principalement le cancer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les travaux du laboratoire d'enseignement de zoologie anatomique, commenceront le lundi 18 novembre, et auront lieu tous les jours, de onze heures à quatre heures, pendant le service d'hiver : ils consisteront en dissection, autres exercices pratiques et conférences. — Le laboratoire des recherches restera ouvert pendant la durée de l'année scolaire. — Les étudiants qui voudraient prendre part à ces travaux devront se faire inscrire de midi à quatre heures, au laboratoire, rue de Buffon, 55.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de *pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire* le mardi 19 novembre, *à huit heures du soir*, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, pour le continuer les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Le cours comprendra : 1° l'étude des néphrites consécutives à tous les troubles de l'émission de l'urine et les diverses formes de l'empoisonnement urineux; 2° l'examen comparatif des diverses méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre; 3° le parallèle de la taille et de la lithotritie.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours, sur les maladies des voies urinaires, le mardi 19 novembre à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'école pratique, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le samedi 16 novembre, à quatre heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même henre.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 134. — MARDI 19 NOVEMBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 19 NOVEMBRE 1878. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement [illegible] du 1er [illegible] chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

De l'otite et du sulfate de quinine dans les névroses mentales et convulsives de l'enfance par lésion de l'oreille.

J'ai déjà eu l'occasion de voir et de publier plusieurs cas de névroses réflexes auriculaires chez l'enfant, tirés de ma pratique de la ville et de l'hôpital. La *Gazette des hôpitaux* de 1877, page 1001, contient à cet égard une leçon clinique où se trouve une observation de délire et de folie par lésion de l'oreille interne chez un garçon et une autre observation toute semblable chez une petite fille.

A cette occasion, mon ami le docteur Menière en a publié un autre exemple, de sorte qu'il est évident que chez les enfants il y a comme chez les adultes des *névroses réflexes auriculaires*. Si ce n'est pas le *vertigo ab aure læsa* qu'on y observe, ce sont des accidents qui, pour n'être pas semblables, n'en sont pas moins de même nature et ayant la même origine. Ce sont les céphalalgies, la folie et les convulsions.

Je ne parle ici que des *névroses réflexes auriculaires de l'enfance*.

Il est bien évident, sans qu'il soit nécessaire d'insister, qu'il n'est pas question ici des accidents nerveux cérébraux, inflammatoires, de méningite, de phlébite des sinus, d'encéphalite, de pachyméningite, causés par la carie du rocher et qu'on observe encore assez souvent.

Eh bien! dans les névroses réflexes auriculaires chez les enfants, on trouve les cas les plus bizarres et les plus variés. J'ai observé la manie aiguë intermittente de courte durée; les vertiges; la parésie musculaire instantanée, ou, si l'on veut, la paralysie incomplète fugitive de quelques secondes; les accidents épileptiformes; la folie; la céphalée permanente ou passagère, etc.

Aujourd'hui, je vais vous montrer un exemple de convulsions, un exemple de vertige avec céphalée et paralysie fugitive générale, et un exemple de crise épileptiforme avec folie.

Otite aiguë. — Convulsions réflexes. — Une fille de cinq ans, à grosse tête, suite de rachitisme guéri, ayant eu des convulsions à l'âge de dix mois et jamais depuis cette époque, tomba malade le 25 février 1878; elle eut une otite aiguë avec fièvre, douleurs violentes à crier et empêchant le sommeil. Cette otite était suite d'une amygdalite. Il n'y eut pas de perforation du tympan ni d'écoulement. Le 28, *trois convulsions violentes* de dix minutes avec perte de connaissance et insensibilité suivies de mouvements convulsifs de tous les membres, puis accablement et sommeil de une heure et demie, fièvre très-vive, pouls fréquent régulier. Mme Broodh..., sa tutrice, me fit appeler. On craignait une méningite. Il n'en fut rien.

Bromure de potassium, 2 grammes.

L'enfant n'eut pas d'autres convulsions, son oreille coula un peu pendant deux heures, et le tout guérit en quelques jours.

J'ai revu et je revois à chaque instant cette petite fille qui n'a rien conservé de ces accidents convulsifs.

Dans ce cas, on avait cru à une méningite. La marche des accidents prouve bien qu'il n'existait rien de pareil. A la suite d'une amygdalite aiguë, l'enfant a eu, comme cela est très-ordinaire, une otite aiguë semblable à toutes les otites aiguës de l'enfance. Mais, sous l'influence de la douleur prolongée, de violentes convulsions, suivies de somnolence, se sont produites. Elles étaient accompagnées de beaucoup de fièvre, et le pouls était très-fréquent et régulier. Ce fut assez pour me permettre d'éloigner l'idée de méningite et d'établir le diagnostic d'otite aiguë avec convulsions réflexes.

Les évènements ont justifié cette prévision.

Vertige auriculaire réflexe chez un enfant. — Parésie générale subite avec chute sur le sol. — Voici un autre fait où il ne s'agit que de céphalalgie, de vertiges avec chute sur le sol sans perte de connaissance par suite d'une parésie subite de tout le système musculaire. Ici, la maladie était chronique et le sujet avait treize ans. Ce sont déjà des accidents qui se rapprochent un peu de ceux qu'on observe chez l'adulte.

X..., garçon de treize ans, pâle, petit, maigre, a des dents d'homme superposées et mal rangées dans une mâchoire qui est celle d'un enfant.

Depuis trois ans, il a un double écoulement d'oreille intermittent et est toujours malade. Il a parfois de la surdité, puis de fréquentes céphalalgies opiniâtres, parfois des vertiges et des chutes sur le sol sans perte de connaissance. Cela revient ainsi plusieurs fois par mois.

Le fond de la gorge est rouge et les amygdales grosses enchatonnées.

Il a en même temps une polydipsie et une polyurie très-prononcées.

Cet enfant, que j'ai vu le 2 juin 1877 à ma consultation pendant un quart d'heure, n'y est revenu qu'une fois. Je lui avais prescrit des injections auriculaires de glycérine et de lait, du sulfate de quinine, 30 centigrammes par jour, le matin à jeun, et de bromure de potassium, 3 grammes en vingt-quatre heures.

A ces faits, je veux en joindre un assez curieux tiré de la presse étrangère et qui est relatif à un enfant de treize ans

qui avait de violentes douleurs dans un côté de la tête et dont la cause avait passé inaperçue.

Hémicrânie terrible sous l'influence d'un corps étranger de l'oreille ayant séjourné neuf ans. — Un enfant de treize ans souffrait de violentes douleurs de tête d'un seul côté, sans que rien ait pu le guérir. Le docteur Heidenrick (de Saint-Pétersbourg), trouvant un corps étranger dans le conduit auditif externe qui y séjournait depuis neuf ans, pensa que ce devait être la cause du mal. Il en fit l'extraction. C'était une graine de tournesol, et la guérison suivit de près l'opération.

Voici l'autre cas tiré de mon service et qui est relatif à une manie aiguë.

Otite. — Accidents nerveux épileptiformes. — Sulfate de quinine. — Guérison. — La nommée B..., âgée de dix ans, entrée le 14 novembre 1877 à l'hôpital des Enfants-Malades, service de M. Bouchut, salle Sainte-Catherine, lit n° 1, est malade depuis trois mois. Elle est atteinte de très-fortes douleurs de l'oreille droite, accompagnées d'un écoulement purulent. Au dire des parents, cette enfant a été prise depuis la même époque d'accidents nerveux qui, rares d'abord, se sont multipliés d'une façon effrayante depuis quelques jours. Dans ces crises (toujours d'après les parents), la malade devient pâle, les yeux restent ouverts. Elle s'agite et crie, mais il n'y a pas de perte de connaissance. Pas d'incontinence de l'urine ou des matières fécales. Bon appétit, jamais de fièvre. Pas de maladies antérieures. L'écoulement d'oreille a disparu.

Dès le lendemain de son arrivée, l'enfant a été prise d'une crise violente qui a duré plus de vingt minutes. Pendant tout ce temps, d'après la religieuse du service, elle a poussé de véritables hurlements, *comme un chien*, cherchant à mordre et à déchirer tout ce qui l'entourait. Il a fallu plusieurs personnes pour la contenir.

Bromure de potassium, 3 grammes par jour.

20 novembre. — Après s'être bien portée depuis cinq jours, l'enfant a été prise d'un nouvel accès, mais incomplet cette fois. La malade s'est tout à coup enfoncée dans son lit, la tête dans son oreiller, poussant quelques plaintes de temps à autre. Lorsqu'on lui parlait, elle s'agitait avec une sorte de fureur, repoussait violemment son interlocuteur, disant qu'on l'*ennuyait*, qu'elle n'*était pas malade*, et qu'elle avait envie de dormir. Elle s'est endormie bientôt, en effet, pour se réveiller bien portante au bout de quelques heures. Elle ne se rappelle pas ce qui s'est passé.

Hydrate de chloral, 3 grammes par jour en une seule fois dans 80 grammes d'eau sucrée.

24 novembre. — L'enfant a été prise d'une crise terrible, semblable à la première, mais d'une durée ayant dépassé une heure. Elle a été très-difficile à maintenir. Elle était, dit la religieuse, comme une *enragée*, voulant mordre, criant, se débattant avec une violence inouïe. A la suite de cet accès, sa raison est restée troublée pendant quelques heures. Elle prononçait des paroles incohérentes, riant et criant sans motif et en proie à un véritable accès de folie.

Hydrate de chloral, 3 grammes en une fois.

25 novembre. — Nouvelle crise, à laquelle nous avons assisté. L'enfant pousse des *rugissements*. Elle projette violemment ses bras à droite et à gauche. Elle bondit, cherche à mordre, et déchire ses draps. Son corps se convulse alternativement en avant, en arrière, ou latéralement. La sensibilité est intacte et les pupilles égales. Il est si difficile de la maintenir à quatre personnes, qui la meurtrissent et lui prennent les cheveux pour empêcher sa tête de frapper sur les fers du lit, que j'ordonne à l'instant de l'endormir par le chloroforme. Une compresse chloroformée placée sous le nez arrête l'accès en une minute. Au bout d'un quart d'heure, la malade se réveille. Elle est calme et, bien qu'un peu étourdie, elle répond très-bien aux questions qu'on lui pose. En dehors des attaques, la santé est bonne, l'appétit excellent et les digestions régulières.

6 décembre. — Les accès se renouvellent de deux à trois fois par semaine. Ils ont toujours le même caractère et on s'en rend toujours facilement maître avec le chloroforme.

10 décembre. — *Sulfate de quinine*, 1 gramme tous les jours.

28 décembre. — Ce que n'ont pu faire le *bromure de potassium* et le *chloral* a été fait par le *sulfate de quinine* à la dose de 1 gramme par jour. Elle en prit 18 grammes en tout. A partir de ce moment, les crises ont diminué, et aujourd'hui l'enfant n'a plus d'accès, ni la moindre menace d'accès. Elle se lève, se promène, mange, boit et joue comme les autres. Elle paraît absolument guérie. Depuis deux jours, l'écoulement de l'oreille a reparu.

J'attends quelques semaines pour voir si la guérison se maintient, et, comme il ne se produit plus de crises, l'enfant est autorisée à sortir de l'hôpital.

Exeat le 10 février 1878. Guérison.

Cette observation est une des plus curieuses et des plus rares qu'il soit donné au médecin d'observer chez une enfant.

Le point de départ des accidents est une otite chronique de l'oreille droite accompagnée d'otorrhée sanieuse purulente.

Cette otite semble remonter à trois mois, mais la date n'est pas bien précise. Toutefois c'est depuis trois mois qu'existe la *névrose réflexe auriculaire* qui a surtout attiré l'attention des parents.

Quel nom donner à cette névrose? Cela est difficile, car elle ne ressemble à aucun type déterminé. C'est un mélange d'accidents nerveux formant un cas individuel au milieu des innombrables types connus de névrose.

En effet, après des douleurs d'oreille qui ont cessé aujourd'hui, l'enfant est prise d'un trouble des facultés intellectuelles, sensoriales et motrices, qui dure une heure et davantage. Ce n'est ni de l'épilepsie, car il n'y a pas perte de connaissance, et ce ne sont pas de véritables convulsions, car l'enfant saute et remue en hurlant. Cela ressemble non à de l'hystérie, mais à une véritable attaque de fureur maniaque. Elle s'agitait, et, en proie à un trouble mental très-prononcé, elle poussait des cris qui n'avaient rien d'humain, elle voulait mordre à droite et à gauche sans avoir conscience de ce qu'elle faisait, et elle semblait insensible aux meurtrissures produites par ses mouvements désordonnés.

Dans ces faits, comme dans les autres que j'ai observés à l'hôpital ou en ville, on voit que chez les enfants comme chez les adultes les maladies de l'oreille et les corps étrangers peuvent produire, en dehors des inflammations du cerveau et des méninges, des *névroses réflexes* de forme variée.

Ce sont des vertiges avec titubation ou résolution paralytique passagère des membres, de la céphalalgie opiniâtre, des convulsions, et enfin des attaques de manie aiguë.

Comme on peut être certain que ces accidents ne dépendent pas d'une inflammation des méninges ou du cerveau, puisqu'ils sont intermittents et qu'ils disparaissent pour laisser plusieurs jours d'intervalle dans lesquels la santé est parfaite, il faut admettre que ce sont des névroses réflexes dues à l'irritation des filets du nerf auditif. Mais comment une irritation périphérique des nerfs agit-elle sur le cerveau? Là est la difficulté d'interprétation. Cette irritation entretient-elle un état d'hyperémie ou d'ischémie capable de troubler les fonctions sensoriales, motrices et intellectuelles? Il est évident que c'est l'un ou l'autre. Lequel? Dans ma pensée, je verrais plutôt dans ces cas des exemples de *névrose réflexe congestive* que des cas de *névrose ischémique*.

L'état du fond de l'œil, constaté avec l'ophthalmoscope, me le fait croire. En effet, on n'y trouve jamais d'ischémie, et ce qu'on y rencontre, c'est l'état normal ou un état congestif très-prononcé de la papille et des veines de la rétine.

Or, comme dans les maladies du système nerveux le fond de l'œil est le miroir du cerveau et représente les troubles de circulation qui s'y trouvent, on peut conclure de l'hyperémie

rétino-choroïdienne à l'hyperémie cérébrale. C'est ce qu'on observe dans toutes les violentes céphalalgies de la seconde enfance dues à l'action réflexe de la seconde dentition.

Ici, ce que j'ai vu à différentes reprises me permet de tirer la même conclusion, et je pense que l'irritation périphérique des filets du nerf auditif peut, dans certains cas d'otorrhée ou de maladies de l'oreille interne, produire des *névroses réflexes congestives*, telles que le vertige, les convulsions, la céphalalgie et la folie observées dans ces circonstances.

Traitement. — Maintenant, quelles sont les *indications thérapeutiques* inspirées par cet état morbide?

Première indication. — Il faut extraire les corps étrangers, s'il y en a, enlever les amas de cérumen et les concrétions calcaires de cérumen endurci, tarir la suppuration de l'oreille moyenne.

L'extraction des corps étrangers se fait par les moyens connus, très-nombreux, que nous avons exposés dans notre *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale* publié avec Després, et qu'il serait trop long d'énumérer ici. Je ne vais parler que des moyens médicaux.

Si cela est possible, il faut faire le cathétérisme de la trompe d'Eustache et rétablir la communication interrompue. En cas de perforation de membrane du tympan, cela permet de chasser le muco-pus de l'oreille moyenne.

Il faut ensuite faire le curage de l'oreille externe avec la curette ou avec des injections tièdes poussées sans violence.

Ces injections seront faites avec :

Lait tiède, un demi-verre.
Glycérine anglaise, une cuillerée à café.

Ou bien avec des injections anti-putrides de :

Eau ordinaire.	1 litre.
Acide thymique.	10 gouttes.

Ou bien avec de l'eau phéniquée au millième, du salicylate de soude 10 grammes par litre, ou enfin avec du salicol dans de l'eau au vingtième.

Je préfère ces solutions aux injections de guimauve et de graine de lin.

Deuxième indication. — Combattre les accidents nerveux sous quelque forme qu'ils se présentent.

Pour arrêter les vertiges, la céphalée, les convulsions et la folie produites par les maladies de l'oreille, on emploie le bromure de potassium à 2 et 3 grammes par jour et davantage; la *teinture de gelsemium sempervirens* à la dose de cinq et dix gouttes matin et soir dans un quart de verre d'eau; les *injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine*, un demi-centigramme à un centigramme; l'*hydrate de chloral*, à la dose de 2 et 3 grammes, selon l'âge des enfants, en une fois; le *chloroforme* en inspiration anesthésique comme je l'ai fait avec succès sur l'une de mes malades; enfin le *sulfate de quinine* à la dose de 50 centigrammes à un gramme par jour. C'est le moyen qui m'a le mieux réussi. Dans plusieurs circonstances, la céphalalgie et les vertiges ont disparu sous son influence. Chez la malade qui a passé trois mois dans une salle et dont vous venez d'entendre l'observation, c'est le seul qui ait donné de bons résultats. C'est à lui que nous devons la guérison de ce cas si grave et dans lequel la réussite était si douteuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(REVUE MENSUELLE)

Le kératocône, par M. PANAS (séance du 5 juin). — Le kératocône, désigné tour à tour sous les noms de *staphylome pellucide*, de *cornée conique*, de *kérectasie conique*, est une affection de la cornée presque toujours acquise. Le malade, qui jusque-là possédait une bonne acuité visuelle, s'aperçoit qu'il ne voit plus aussi bien les objets éloignés, en même temps qu'il se plaint d'être tourmenté par de la polyopie souvent monoculaire et ordinairement réfractaire aux corrections par les verres sphériques ou cylindriques. L'inspection de la cornée vue de profil, en démontrant la conicité de la cornée, donne au diagnostic toute la certitude désirable. Il suffit d'ailleurs de promener devant la cornée la flamme d'une bougie pour s'apercevoir que le spectre cornéal, relativement très-grand sur les parties latérales, se rétrécit et se rapetisse brusquement au centre de la cornée; la cornée prend donc la forme non pas d'un cône, mais plus exactement d'un hyperboloïde.

Presque toujours, au moins à une période avancée du mal, on observe au sommet du kératocône une nébulosité légère et qui parfois devient plus saturée encore; cela indique que la cornée a non-seulement changé de forme, mais qu'elle a souffert dans sa nutrition par suite de la distension de son tissu propre et par le fait de la pression qu'exercent les paupières sur le sommet du cône.

Par suite de tous les défauts optiques de l'œil, les malades atteints de kératocône s'orientent mal et ont presque l'aspect d'amaurotiques. Pour distinguer les objets, ils les rapprochent énormément de l'œil, en même temps qu'ils tournent la tête et qu'ils clignent les paupières, comme pour en faire des fentes sténopéiques. De la sorte, ils obtiennent les images rétiniennes plus grandes sans que les cercles de diffusion croissent en proportion. De plus l'orifice pupillaire se resserre et les images deviennent ainsi plus nettes. Le malade observé, pour lire, plaçait le livre obliquement à deux pouces de l'œil et même moins.

Quelle peut être la nature de cette singulière affection? Il faut d'abord exclure toute idée d'une exagération de la tension intra-oculaire. L'opalescence et la très-grande minceur du sommet de la cornée conique portent à penser qu'il s'agit là d'une altération de nutrition bornée au centre de la cornée. Graefe l'a attribuée à une atrophie essentielle non inflammatoire de la région centrale de la cornée. Plus tard His, et après lui M. Panas, ont reproduit le kérat cône chez le lapin, en raclant, à l'aide d'une aiguille recourbée introduite dans la chambre antérieure, le milieu de la face postérieure de la cornée; au contraire, le raclage, même profond, de la face antérieure de la cornée n'a rien produit de pareil. C'est donc la destruction de l'endothelium du centre de la cornée qui produit le kératocône. Cet endothelium une fois détruit, la portion correspondante du tissu cornéen se laisse imbiber par l'humeur aqueuse au point de se ramollir, devenir opalescent et finalement se laisser distendre à l'excès. Comme alors le reste de la cornée pourvu de son endothelium ne subit aucune altération, la déformation se fait, non pas suivant un sphéroïde ou un ellipsoïde, mais sous la forme d'hyperboloïde de plus en plus accentué.

La pathogénie ainsi établie, par quel traitement combattre le kératocône? Les moyens médicaux et les divers topiques, ainsi que l'occlusion, n'ont fourni jusqu'ici aucun résultat utile. Les moyens chirurgicaux eux-mêmes n'ont donné que des résultats incomplets ou nuls. Instillations d'atropine, paracentèses répétées, iridésis de Bowman, iridectomie supérieure de Graefe, n'avaient rien produit d'avantageux. Graefe alors imagina de modifier la partie centrale du cône en remplaçant le tissu aminci de la cornée en ce point par du tissu dense de cicatrice. Son procédé se résume à faire au sommet de la cornée une perte de substance de 2 à 3 millimètres de long sur 1 à 2 millimètres de hauteur et à cautériser ensuite le fond de cette cupule avec le crayon de nitrate d'argent mitigé (1/2) jusqu'à ce qu'on obtienne une petite ouverture de filtration et consécutivement la formation d'une cicatrice rétractile.

Bader (de Londres) proposa ultérieurement un autre procédé qui consiste à exciser par transfixion un petit lambeau cornéal. C'est à ce procédé que M. Panas a eu recours dans l'observation qu'il communique à la Société. Le résultat, sans être parfait, n'est pas non plus à dédaigner; d'autre part, les injections hypodermiques de morphine faites à la tempe ont dissipé le larmoiement et la photophobie.

L'excision du sommet du cône a été faite au moyen du couteau de Graefe plongé par transfixion ; puis avec des ciseaux courbes et des pinces à griffes, l'excision du lambeau a été terminée.

M. TRÉLAT (séance du 12 juin) donne quelques renseignements sur une opération de kératocône pratiquée en 1873 sur un malade porteur d'un kératocône double. La perte de substance fut faite sur la partie latérale de la cornée ; ce temps de l'opération est difficile, car, lorsqu'on veut faire une section de la cornée de dehors en dedans, on éprouve une résistance assez considérable, mais très-fugace. L'incision de la cornée faite en raclant permit d'enlever ainsi un segment de la cornée en section sphérique ; la plaie fut ensuite cautérisée avec du nitrate d'argent. La cicatrisation fut rapide.

Cas de monstruosité (famille des ectroméliens) recueilli à la ville de Santos (Brésil), par le docteur José Ribeiro de Sousa Fontès (séance du 12 juin). — M. HOUEL, rapporteur. — Au sein même de la Société de chirurgie, Debout (voir *Gazette des hôpitaux*) a étudié l'histoire de l'ectromélie, principalement au point de vue des ressources de la prothèse. Dans le fait particulier, la mécanique est impuissante, mais l'observation du médecin brésilien est très-intéressante au point de vue tératologique. Il s'agit d'un enfant né à Saint-Sébastien (Brésil), le 17 juin 1872, de parents sains, qui n'avaient entre eux aucun lien de parenté. L'enfant, qui, depuis sa naissance, s'est toujours bien porté, présente une tête et un tronc bien conformés ; mais *il est à peu près privé de membres supérieurs et inférieurs ;* la disposition présente, cependant, de notables différences à droite et à gauche.

Au côté droit et supérieur du thorax, on distingue l'omoplate et la clavicule qui ont leur disposition normale. Le membre supérieur y manque complètement. Le membre inférieur manque aussi absolument de ce côté ; il existe ni élévation ni dépression à ce niveau.

Du côté gauche, on trouve un rudiment de bras, constitué par la partie supérieure de l'humérus, dont le moignon ressemble tout à fait à celui d'une amputation du bras dans la partie moyenne. A la hanche du même côté existe un petit appendice dont la forme, assez irrégulière, simule une petite jambe suivie d'un très-petit pied terminé par le gros orteil.

Le tronc ne présente aucune lésion, les organes de la génération (sexe ?) sont bien développés. L'intelligence est assez développée ; tous les sens étaient parfaits. Les photographies avec mensurations, etc., ont été adressées à la Société de chirurgie.

Les anomalies présentées par cet enfant sont intéressantes en ce sens qu'elles appartiennent à la fois à plusieurs genres de la famille des ectroméliens. Ce qui est surtout remarquable, c'est que ces monstruosités ne se produisent point au hasard ; il existe des types principaux et des familles naturelles. Isidore G. Saint-Hilaire a même pu prévoir que certains types qu'il n'avait point sous les yeux, dont il ne connaissait point d'exemples, devraient se rencontrer un jour ; c'est ce qui est arrivé.

L'enfant brésilien dont il s'agit appartient incontestablement, par la nature des anomalies qu'il présente, à la famille des ectroméliens : si l'on examine seulement le côté droit, il appartient au genre ectromèle ; par son côté gauche, il appartient pour le membre supérieur aux hémimiles, puisqu'il possède la moitié supérieure du bras, et par son membre abdominal il présente un rudiment de membre inférieur terminé par un doigt.

M. José Ribeiro conclut que ces anomalies si curieuses sont dues à l'arrêt de développement et non à des amputations spontanées.

M. TRÉLAT fait observer qu'il n'y a pas incompatibilité entre les amputations spontanées et les ectromélies par arrêt de développement ; une bride amniotique, par exemple, peut amener d'un côté un arrêt de développement et de l'autre une amputation spontanée.

ÉLECTION (séance du 12 juin). — M. BERGER est, au premier tour de scrutin, élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

Bec de lièvre double compliqué de saillie des os intermaxillaires ; division médiane et complète de la voûte palatine et du voile du palais. — Opération. — Guérison (séance du 12 juin). — M. LE DENTU fait une lecture sur une opération pratiquée avec succès chez un enfant âgé de deux ans, atteint de la difformité indiquée dans le titre qui précède. Un frère de cet enfant était déjà né avec une petite encoche latérale de la lèvre supérieure.

L'excision du tubercule cartilagineux médian, qui était très-volumineux et très-saillant, fut pratiquée au moyen de pinces spéciales à branches courbes plus longues que celles des pinces de Liston. Quinze jours après, la dissection, l'avivement et les sutures furent faites avec succès ; la réunion réussit dans toute l'étendue de l'affrontement, sauf un petit détail : l'écueil de l'encoche médiane de la lèvre supérieure, malgré le soin pris de tailler les lambeaux longs et épais.

Polype naso-pharyngien présentant un énorme prolongement dans la fosse ptérygo-maxillaire. — Guérison (séance du 12 juin). — M. DENUCÉ a opéré, il y a dix ans, un polype naso-pharyngien présentant cette complication, en faisant trois incisions à la peau pour pénétrer dans les fosses nasales ; puis, cette voie n'étant pas suffisante, on pratiqua une résection partielle du maxillaire supérieur. Pour détruire le prolongement ptérygo-maxillaire, il appliqua l'écraseur linéaire qui laissa écouler une assez grande quantité de sang, et il fit ensuite trois applications successives de flèches de pâte de Canquoin, longues de 8 centimètres ; toute la tumeur tomba. Le pédicule fut détruit avec la pâte de Canquoin et la guérison fut complète.

Voilà donc un excellent résultat obtenu par la voie nasale, mais tous les polypes pharyngiens ne se ressemblent pas : les uns sont dans des fosses nasales et doivent être attaqués par cette voie nasale ; les autres sont dans le pharynx et doivent être attaqués par la voie palatine. C'est ce que fit M. Denucé dans un cas où le polype formait une volumineuse tumeur dans le pharynx. La section du voile du palais mit à nu le polype sur lequel on porta une anse de fil, au moyen du porte-nœud de Hutin. La ligature ne fit tomber que le quart de la masse ; une nouvelle ligature put être glissée jusqu'au pédicule, et le sixième jour le serre-nœud se détacha. En explorant le pharynx avec le miroir, M. Denucé constata, à l'examen laryngoscopique, la présence du pédicule qu'il détruisit par la cautérisation obtenue en y portant, à trois reprises différentes, de la pâte de Canquoin contenue dans une cupule disposée sur une pince qui fut fabriquée spécialement pour cet objet, de façon à appliquer exactement le caustique contre l'apophyse basilaire. Cette cautérisation fut douloureuse, mais radicale.

L'incision du voile du palais se guérit seule sans qu'il fût besoin de faire la suture.

Se fondant sur ces deux observations, M. Denucé conclut que la ligature est un bon procédé, un peu trop oublié, et regarde la cautérisation comme une méthode bien préférable à la rugination que M. Herrgott recommande et dit facile à pratiquer au moyen d'une tige d'acier courbe, plus facile que l'application, surtout prolongée, de la pâte de Canquoin.

Trousse pour le chloroforme. — M. DUPLAY présente, de la part de M. Aubry, cette trousse qui contient : 1° un cornet destiné à entourer les narines ; 2° le flacon à chloroforme ; 3° une bonne pince qui n'a pas le danger d'écorcher la langue.

Calcul vésical formé autour d'une alène de cordonnier. — Cystotomie bilatérale. — Guérison (séance du 19 juin). — M. le docteur FLEURY (de Clermont) adresse l'observation d'un homme, âgé de trente-cinq ans, robuste Auvergnat, qui a travaillé pendant quatre années sur les ports du Mexique. Il y a deux ans, il ressentit des douleurs au bas-ventre, de la chaleur à l'extrémité du gland, des douleurs au périnée, etc. L'urine perdit sa transparence, quelques graviers furent rejetés par l'urèthre ; on reconnut à l'hospice de la Vera-Cruz la présence d'un calcul dans la vessie, et l'on renvoya le malade se faire opérer dans son pays natal. Il revint à l'Hôtel-Dieu de Clermont où, après de nombreuses et délicates explorations, le chirurgien se décide à pratiquer la cystotomie bilatérale pour extraire le calcul étrange qu'on saisit si difficilement. Grande fut la surprise lorsqu'on reconnut une alène de cordonnier

encroûtée de substance saline dans toute son étendue. Les branches du lithotome ne pouvaient s'ouvrir à cause de la forme de la tige métallique. La guérison fut rapide. Restait à s'expliquer la présence de ce nouveau genre de corps étranger de la vessie, l'Auvergnat niant énergiquement l'introduction par le méat urinaire. Il se rappelle enfin, en cherchant dans ses souvenirs, qu'il y a quinze ans, travaillant à Bourges, chez un cordonnier, pendant qu'il dormait la bouche ouverte, ses camarades lui touchèrent le fond du gosier avec un instrument qu'ils laissèrent échapper; il éprouva à l'instant même, en se réveillant, une gêne légère; mais, cette sensation ne s'étant pas prolongée, il n'y fit aucune attention.

Les faits qui survinrent quelques jours après rendirent plus vraisemblable la version du malade. Sept jours après l'opération, il dit que des vents s'échappent par la plaie et par la verge, phénomène qui, d'ailleurs, ne l'étonne guère, car, depuis longtemps, son urine moussait comme de la bière en faisant entendre quelquefois le bruit que détermine en s'échappant le gaz acide carbonique.

Le doigt, introduit dans le rectum, trouve à 8 ou 10 millimètres au-dessus de l'anus une petite ouverture circulaire, déprimée en cul de poule et dont les bords paraissent amincis; nul doute que c'est par cet orifice qu'une communication s'est établie entre le rectum et la vessie. Le liquide d'un lavement est ressorti presque entièrement par la plaie. Le malade n'a pas remarqué antérieurement s'il urinait par l'anus; une fois cependant il rendit, dans un violent effort pour aller à la selle, une petite quantité de pus mêlé aux matières fécales.

La guérison se fit ensuite peu à peu; cependant quelques gaz s'échappaient encore par la verge.

Il est bien extraordinaire qu'une tige métallique de cette nature ait pu parcourir le canal intestinal et pénétrer dans la vessie par la cloison recto-vésicale sans avoir déterminé des accidents. Que serait-elle devenue pendant quinze ans? Ce problème paraît tellement insoluble qu'il serait plus rationnel d'admettre qu'elle a pénétré directement dans les voies urinaires, ulcéré les parois de la vessie et produit la fistule qui existait à l'époque de l'opération.

Opération césarienne chez une femme dont le diamètre sacro-pubien mesurait à peine 5 centimètres. — Détail important de cette opération (séance du 19 juin). — M. LIZÉ (du Mans) communique l'observation d'une femme, primipare, âgée de trente-huit ans, chez laquelle on constata une présentation de la face avec un rétrécissement énorme du bassin; quatre jours après le début du travail, on n'entend plus les battements du cœur du fœtus; le forceps ne peut être engagé. On introduit le céphalotribe de Blot et on peut broyer la tête à la région frontale, mais il est impossible de faire encore descendre le fœtus, tant est rétréci le détroit supérieur. Entre le pubis qui est rentré en dedans et le promontoire qui fait une saillie considérable, la pelvimétrie digitale mesure 5 centimètres à peine. En présence d'un état semblable, les chirurgiens se décident à pratiquer l'hystérotomie sur la ligne blanche. Quand la paroi abdominale fut ouverte, M. Lizé arriva sur un globe recouvert d'une vaste membrane; c'était l'utérus tout entier caché par la vessie très-distendue et complètement vide, car le cathétérisme avait été effectué avant l'opération. La malade succomba trois jours après.

C'est sur la rencontre possible de la vessie que M. Lizé appelle l'attention des chirurgiens; ce fait n'a encore jamais été signalé dans les diverses opérations d'hystérotomie; il importe de le connaître pour ne pas sectionner cette poche en pratiquant l'opération.

Communication sur l'hydarthrose intermittente (séance du 19 juin). — M. PANAS complète la communication qu'il a faite il y a quelques mois à la Société de chirurgie. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1878, n° 104, page 829.)

Depuis ce jour, il a trouvé plusieurs observations de ce genre; deux dans les *Medico-chirurg. Transactions*, 1867, qui appartiennent à Moore; deux dans l'*Art médical*, 1877, du docteur Jousset; six dans la littérature allemande, depuis 1871 à 1877.

En Allemagne comme en France, le plus grand vague règne sur la pathogénie de l'affection. Huetter (de Leipzig) ne l'explique que par un trouble notable de la constitution. Désespéré du peu d'efficacité des moyens employés, solution arsenicale de Fowler, bains de boue sulfureuse, etc., Huetter s'est décidé à la traiter par des injections répétées d'acide phénique dans l'intérieur de l'articulation et dit avoir guéri son malade. Il injecte seize gouttes d'une solution phéniquée à 2 ou 3 p. 100 dans l'intérieur de la synoviale du genou. Il n'a jamais observé d'accidents locaux ni généraux résultant de ce mode de traitement des maladies articulaires. M. Panas a obtenu des guérisons à la suite des injections avec une solution de chlorure de zinc.

M. DESPRÈS proteste vivement contre l'emploi des injections et des ponctions articulaires. Il signale dans son service un malade auquel on a pratiqué deux ponctions aspiratrices; aujourd'hui il a une synovite chronique; les ponctions, si elles n'ont pas été nuisibles, ont été au moins inutiles. L'immobilisation absolue lui a beaucoup mieux réussi que tous les autres modes de traitement.

Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter, au-dessus de l'anneau du troisième adducteur (séance du 19 juin). — M. FARABEUF présente quelques remarques sur la manière dont on fait cette ligature. Contrairement à la pratique ordinaire de la majorité des élèves et des concurrents qui s'exercent dans les amphithéâtres et qui, pour satisfaire les juges des examens ou concours, s'appliquent à porter la cuisse dans l'abduction, *dès le début de l'opération*, M. Farabeuf démontre qu'il ne faut fléchir la jambe et écarter la cuisse pour faire surgir la corde tendineuse qui révélera au doigt la situation de l'artère, qu'après avoir incisé la peau, dénudé, reconnu et récliné le muscle couturier, le membre étant, pour cette première partie de l'opération, simplement allongé, la pointe du pied en dehors.

M. Trélat a appris les mêmes préceptes de ses maîtres et les a toujours enseignés à ses élèves.

M. TILLAUX exprime la même opinion et recommande de rechercher le tendon du troisième adducteur pour faire l'incision juste en dehors. Il ne faut pas confondre le tendon du troisième adducteur avec celui du grêle interne.

Méthode antiseptique, par M. LISTER (séance du 26 juin). — Le but de la méthode antiseptique est d'obtenir la réunion par première intention comme résultat ordinaire et d'obtenir des guérisons dans des conditions où, sans la méthode antiseptique, on ne saurait l'espérer.

Prenons, par exemple, les abcès par congestion. Si on ne les ouvre pas, sauf le volume, il n'y aura pas d'inconvénients. Si on les ouvre avec de petites incisions, il surviendra de la fièvre, des accidents putrides qui entraîneront l'hecticité et la mort.

Si, pour éviter ce danger, on pratique des ponctions avec aspiration, dans la majorité des cas, le pus se reformera, il faudra y revenir souvent et on ne guérira pas le malade.

Mais il en sera tout autrement si on ouvre largement, si, pour obtenir un libre écoulement, on place un tube à drainage, et si, après avoir fait l'opération avec la méthode antiseptique, on fait un bon pansement antiseptique que l'on continuera avec grand soin jusqu'à la guérison complète. Le premier résultat que l'on obtient est de ne pas avoir de fièvre, d'obtenir un écoulement séreux qui devient en quelques jours assez peu abondant, pour ne plus changer ce pansement qu'une fois par semaine. Si, à ce pansement, on ajoute la précaution de faire garder la position horizontale, on peut guérir complètement et radicalement les malades.

Après avoir établi les causes de la suppuration, une première provenant de l'inflammation sans putréfaction, une seconde produite par l'irritation des antiseptiques et une troisième produite par les substances en putréfaction, M. Lister expose quelques détails du pansement antiseptique. Signalons surtout l'emploi du *protective*. Le protective, qui n'est qu'un morceau de tissu verni, n'a pas de propriété antiseptique; son rôle est de mettre la plaie à l'abri de l'irritation de l'antiseptique. Il ne faut pas laisser dépasser le protective en dehors du pansement, il faut que le pansement antiseptique déborde de tout côté le protective, comme si ce protective était la plaie.

M. DESPRÈS déclare n'être nullement partisan de la méthode antiseptique; il faudrait prouver que l'air est un agent de putréfaction. M. Lister ne peut appliquer son pansement aux amputations de langue, aux résections de la mâchoire, et cependant la guérison est la règle. Il attribue à l'immobilisation un rôle autrement efficace que celui des antiseptiques; elle donne des succès, malgré les pansements sales employés.

M. LISTER fait observer que, pour les opérations qui se font sur la bouche, ce sont des cas pour lesquels Syme avait l'habitude de dire que l'on avait toujours un excellent pansement, puisqu'il y a toujours de la salive qui lave la surface de la plaie: c'est presque un pansement antiseptique. Avec le pansement antiseptique, il n'y a pas besoin de l'immobilisation; il suffit d'éviter les causes de putréfaction, par exemple, avec la solution de chlorure de zinc au douzième dont une seule application empêche la putréfaction de la plaie.

M. DESPRÈS (séance du 3 juillet) pense que la salive, en lavant les plaies de la bouche, est si peu antiseptique que, dans une variété de plaies de la bouche, une seule, la fracture multiple de la mâchoire inférieure, les accidents les plus formidables ont été observés. Ces fractures ne guérissent pas et sont compliquées parce qu'il faut une autre condition, une autre immobilisation des lèvres de la plaie. Ces faits démontrent que tout le secret pour obtenir la guérison d'une plaie, ce ne sont ni l'ouate, ni l'acide phénique, ni tous les antiseptiques; c'est assurer une atmosphère humide sur la plaie et maintenir l'immobilité absolue de ses lèvres.

Deux cas de pannus granuleux de la cornée ayant résisté à la péritomie et à tous les topiques préconisés en pareils cas et qui ont été complétement guéris par l'inoculation blennorrhagique, par M. PANAS (séance du 26 juin). — Le traitement du pannus grave de la cornée par l'inoculation blennorrhagique est de date relativement récente. Inventé par F. Jaeger, en 1812, il a été suivi par Piringer de Gratz; Kerst, en Hollande; Dudgeon, en Écosse; Stout, en Amérique; Fallot, Haision, Van Roosbroeck et Warlomont, en Belgique. Mais, en France, il n'a été employé qu'avec timidité; il est donc encore intéressant de publier les faits recueillis dans ce sens.

M. Panas présente une de ses malades, âgée de quarante-quatre ans, qui était absolument aveugle avant le traitement et qui actuellement peut vaquer librement à ses occupations, outre qu'elle a été délivrée des horribles souffrances éprouvées par elle pendant sa longue ophthalmie granuleuse.

L'autre malade est un jeune homme de vingt-sept ans, qui avait déjà subi inutilement toute espèce de traitement, y compris la péritomie. Privé de lumière, et malgré cela sujet à une photophobie atroce, ayant les yeux transformés en deux morceaux de chair rouge, suintants de pus et recouverts par des paupières énormément tuméfiées, cet homme pouvait passer pour incurable. Or, c'est dans ces conditions que l'inoculation blennorrhagique lui a rendu la santé et la vue, et, depuis trois ans, il continue à travailler dans son atelier de mécanicien. Non-seulement la cornée a retrouvé sa transparence, mais la face interne des paupières, jadis recouverte de grosses granulations fongueuses, est redevenue *lisse*. On dirait que le virus blennorrhagique jouit d'un pouvoir résolutif des granulations qui n'est comparable à aucun autre mode de traitement, opposé à ces productions véritablement néoplasiques. Warlomont a déjà fait la même remarque.

Le pus employé a été puisé chez des personnes atteintes de *blennorrhagie uréthrale aiguë;* c'est dire qu'il a été pris aussi actif que possible.

L'inoculation blennorrhagique est absolument contre-indiquée dans les cas relativement légers de pannus de la cornée, alors que cette membrane conserve partiellement sa transparence; les moyens ordinaires de traitement, aidés au besoin de la *péritomie*, suffisent amplement. De même lorsqu'un seul œil est atteint de pannus, l'autre œil restant sain.

Le mode d'inoculation a consisté à déposer une goutte de pus blennorrhagique sur la face conjonctivale de la paupière inférieure primitivement renversée, puis à bander les yeux pour empêcher le pus de se porter en dehors. Dans les deux cas, pour éviter une action trop intense, M. Panas a employé la méthode abortive en touchant les premiers jours seulement la face conjonctivale des paupières à l'aide du crayon de nitrate d'argent mitigé et en y appliquant des compresses glacées; sitôt que le chémosis et la suppuration sont rentrés dans de justes limites, on laisse les choses aller d'elles-mêmes, à part les lavages réitérés et autres moyens de propreté.

On peut s'expliquer un phénomène remarquable, la disparition rapide de la photophobie et des douleurs intra et circum-orbitaires, par cette hypothèse que le travail suppuratif qui se passe à la surface de l'œil et de la conjonctive a pour effet de faire cesser la congestion et la tension intra-oculaire comme le ferait un agent révulsif.

Présentation d'appareils (séance du 26 juin). — M. VERNEUIL présente, au nom de M. Martin, dentiste à Lyon, un *nez artificiel* très-ingénieux.

M. FARABEUF présente, au nom de M. Colin, deux *bras artificiels* terminés par une pince manuelle dont le mécanisme s'obtient au moyen des muscles adducteurs de l'humérus.

Désenclavement du nerf radial (séance du 26 juin). — M. TILLAUX présente un malade auquel il a pratiqué cette opération à la suite d'une fracture qui s'était accompagnée de paralysie (sans douleur) de la main qui était absolument inerte.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

388. Duprat-Bernard. — Contribution à l'étude du traitement des fractures; appareils plâtrés.

389, Garnier. — De l'inflammation aiguë des gaînes synoviales de la paume de la main.

390. Bellon. — Des symptômes de l'étranglement interne dans leurs rapports avec le siège de la lésion.

391. Tizon. — Étude clinique de l'atrophie ou phthisie de l'œil.

392. Marelle. — Contribution à l'étude du cancer laryngé.

393. Pardo. — Recherches sur le chlorure de sodium: quelques mots sur l'albuminurie.

394. Bobowicz. — De la fièvre intermittente symptomatique de la lithiase biliaire.

395. Arango. — Contribution à l'étude de la rage chez l'homme.

396. Pellerin. — De la tuberculose secondaire à quelques états pathologiques.

397. Simard. — Contribution à l'étude de la péricardite chronique chez l'enfant, le traitement excepté.

398. Clermont. — Note pour servir à l'histoire des fluxions.

399. Perrollaz. — Considérations sur quelques anomalies des dents canines.

400. Leguerré. — Étude sur le traitement des contusions et plaies contuses du canal de l'urèthre; suite de chute sur le périnée.

401. Jalabert. — Contribution à l'étude des abcès profonds de la région anale; dans quels cas il faut faire la section de la paroi rectale.

402. Gromo. — Contribution à l'étude des gommes du sein.

403. Leroty. — Hypertrophie de la portion vaginale du col.

404. Lamarque. — De la non-intervention chirurgicale dans le traitement de l'anthrax.

405. Fiot. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des fractures de la rotule.

406. Besson. — Contribution à l'étude de l'embolie pulmonaire non mortelle dans les contusions et les fractures.

407. Bernard. — Contribution à l'étude du rhumatisme articulaire aigu, et de quelques-unes de ses complications.

408. Charrassin. — Contribution à l'étude du croup chez l'adulte.

409. Berthet. — Essai sur l'origine fécale du typhus abdominal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 mars 1878, ont été promus dans les corps de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports le 2 septembre dernier :

Au grade de médecin de première classe, MM. les médecins de deuxième classe : Grall, Bertrand, Fontorbe, Ségard, Duchâteau, Reynaud, Charriez, Daniel, Sollaud, Lèbre, Boudet, Le Texier, Miquel; place réservée à M. Nédelec; Vantalon, Riche, Bayol, Pascalis, Vieuille; place réservée à M. Bœuf; Périnel et Giraud.

Au grade de médecin de deuxième classe, MM. les aides-médecins : Canolle, Brondel, Doury, Palasne de Champeaux, du Mouza, Duplouy, Jabin-Dudognon, Clarac, Brédiam, Bobrie, Mireur, Laurent, Gallay, Raffaëlli, Curet, Mercier, Lussaud, Sibaud, Bouché, Lemarchand, Romanowski, Jeanne, Brouillet, Barrême, Gendron, Buisson, Keisser, Oizan, Motheau, d'Avril (auxiliaire de deuxième classe), Gayet, Long, Ropert, Pagès, Jouet, Portafax, Reynaud, Gentilhomme, Rédarès, Gougaud, Pierre, Minier, Patouillet, Vaucel, Saint-Pierre, Fiolle, Boutin, Espieux, Dupouy (auxiliaire de deuxième classe) et Péthellaz.

Au grade d'aide-médecin, MM. les étudiants en médecine : Tissot, Hervé, L'Honen, Grand-Moursel, du Bois Saint-Sévrin, Deschamps, Castagné, Mittre, Loisel, Dufourcq, Notaris, Millon, Vivien, Drevon, Mangin, Pilven, Lallour, Marestang, Laffont, Labry, Herland, Pouvreau, Preux, Durbec, Phélipon, Antoni, Le Cuziat, Lannuzel, Thamin, Bitschiné, David, Marianelli, Clavel, Michel, Bernard, Puech, Ganivet, Amourette, Aubry, Duhamelet, Palud, Guéguen, Théron, Omnès, Lamolle et Étournaud.

Au grade de pharmacien de deuxième classe, MM. les aides-pharmaciens : Geffroy, Bourdon, Minier, Leroy (auxiliaire de deuxième classe), Bec, Baillet et Baus.

Au grade d'aide-pharmacien, MM. les étudiants en pharmacie : Dequillebecq, Robert, Charropin, Cougoulat, Dautour, Parat, Vignolic et Chalufour.

— Par décret en date du 12 novembre 1878, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef, M. le médecin principal Martialis.

Au grade de médecin principal, MM. les médecins de première classe Vaillant et Forné.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Clément, médecin du Bureau de bienfaisance du IVe arrondissement, et de M. le docteur Véret. Ce dernier, médecin auxiliaire du XIVe arrondissement, a succombé aux atteintes du croup, contracté au lit de deux jeunes enfants.

— Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus constitutifs des animaux, ont lieu tous les jours, de midi à cinq heures, au laboratoire d'histologie zoologique de l'École pratique des hautes études, dirigé par M. le professeur Ch. Robin, et situé boulevard Saint-Germain, 1 4, où les élèves doivent se faire inscrire auprès du directeur-adjoint, M. le docteur G. Pouchet.

— M. Charpentier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chargé d'un cours auxiliaire d'accouchements, commencera ce cours le mardi 19 novembre, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Ce cours comprendra : l'étude complète de la grossesse, de l'accouchement, et les manœuvres obstétricales. Des exercices pratiques auront lieu une fois par semaine.

— M. le docteur de Sinéty commencera son cours sur les maladies des femmes, à l'École pratique, le mercredi 20 novembre à cinq heures, et le continuera les mercredis et samedis à la même heure.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. -- Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le docteur Alfred Fournier a vivement intéressé l'Académie par la lecture d'une observation de phthisie syphilitique simulant la phthisie commune et guérie par un traitement spécifique. C'est bien moins par la rareté du fait en lui-même, qui est loin d'ailleurs d'être nouveau, que par la netteté, la précision avec lesquelles il a été déterminé dans sa causalité et sa nature, par le résultat heureux du traitement institué d'après cette détermination et par les savantes considérations dont l'auteur en a fait suivre la relation, qu'il a provoqué l'intérêt de l'assemblée.

La phthisie syphilitique a été admise depuis longtemps. Les premiers syphiliographes l'avaient déjà signalée, et depuis Jacques de Béthencourt, dont M. Fournier nous a donné il y a quelques années une si piquante traduction, jusqu'à Portal et Joseph Franck qui en ont traité longuement, presque tous les anatomistes, pathologistes et les médecins qui se sont occupés spécialement de la syphilis ont décrit des lésions et des accidents pulmonaires qu'ils ont rapportés à ce principe morbide. Pour ne citer que nos contemporains, on pourrait réunir un assez grand nombre d'exemples de lésions syphilitiques des poumons, à divers degrés, jusqu'à celui qui peut simuler la phthisie, rapportés par MM. Ricord dans son *Iconographie*, A. Dumoulin, G. Lagneau, P. Lacaze et E. Landrieux dans leurs thèses inaugurales; Cornil et Pihan-Dufeillay dans des notes communiquées à la Société anatomique; Gintrac dans les comptes-rendus de la Société médicale de Bordeaux, et Lancereaux dans une communication faite en 1864 à la *Gazette hebdomadaire* et dans son *Traité historique et pratique de la syphilis* où il a consacré un chapitre entier à la pneumonite syphilitique. Mais, comme le fait remarquer très-justement M. Lancereaux, dans ce dernier ouvrage, on a dû confondre évidemment plus d'une fois, dans les cas qualifiés phthisie syphilitique, des phthisies tuberculeuses ou communes survenues chez des sujets arrivés à la cachexie syphilitique, avec les lésions syphilitiques vraies du poumon. Il faut arriver jusqu'à ces derniers temps pour trouver des notions certaines sur l'existence et l'évolution des néoplasmes ou dépôts gommeux syphilitiques, soit diffus ou disséminés, soit circonscrits dans un point de la trame du poumon. Analysées à ce point de vue, les observations ayant un caractère véritablement scientifique se trouvent notablement réduites. C'est ce qui donne à l'observation si bien faite de M. Alfred Fournier et aux déductions qu'il en a tirées une valeur toute particulière.

L'Académie a entendu dans cette même séance une courte communication de M. le docteur David sur l'application de la greffe au traitement des affections dentaires, méthode qu'il a commencé à mettre lui-même en pratique sous les auspices de son maître, M. le docteur Magitot. Avant ces deux lectures M. Hillairet a présenté un malade atteint de *vitiligo lutea* dont nous publierons plus tard l'histoire.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Contracture hystérique et aimant; phénomènes curieux de transfert.

En poursuivant la révision des faits métalloscopiques découverts par M. Burq, la Commission de la Société de biologie a ouvert des horizons nouveaux et non moins intéressants à l'étude de cette singulière question, limitée d'abord à la métallothérapie. On sait comment, dans le cours de ces recherches, M. Gellé constata, presque par hasard, le curieux phénomène du *transfert* (1). Lorsque, du côté où existe l'hémianesthésie hystérique, on a rappelé la sensibilité des divers organes des sens de ce côté, au moyen d'une application métallique, on observe, du côté opposé et au point symétrique, une disparition de la sensibilité, comme si la sensibilité du côté sain avait été déplacée et transportée du côté malade.

On remarqua ensuite que le transfert de la sensibilité n'avait pas lieu seulement sous l'influence des applications métalliques; d'autres agents physiques produisent des effets absolument identiques. Ainsi, un barreau de fer aimanté possède la même propriété. Il n'est même pas besoin de l'appliquer au contact du membre hémianesthésique; il suffit de tenir l'aimant dans le voisinage du membre sur lequel on veut agir, à une distance de 2 ou 3 centimètres de la partie insensible sur laquelle on veut ramener la sensibilité. Ce n'est d'ailleurs pas non plus une question de quantité d'électricité, car un aimant de faibles dimensions agit tout aussi efficacement que les aimants les plus puissants, tels que l'électro-aimant de Faraday (le plus puissant de tous).

(1) Voir *Gaz. des hôpitaux*, 1878, nº 28, page 218.

Vous voyez, par exemple, que, chez cette jeune fille atteinte d'hémianesthésie hystérique du côté gauche, si nous posons le barreau aimanté à quelques centimètres du bras gauche, ce membre gauche, qui était insensible, recouvre, en quelques instants, une sensibilité parfaite, tandis que le membre droit, primitivement très-sensible, est devenu insensible et peut subir, comme précédemment le membre gauche, la transfixion de la main, *experimentum crucis*, sans que la malade s'en aperçoive.

Le même phénomène de transfert se produit du côté des organes des sens. Cette jeune fille ne distinguait pas les couleurs avec son œil gauche; elle voyait tout en blanc ou en gris. De l'œil droit, elle reconnaissait exactement les diverses couleurs. Si nous plaçons l'aimant près de la tempe gauche, nous observons bientôt que notre jeune hystérique reconnaît successivement toutes les couleurs, de l'œil gauche, et que l'œil droit, primitivement normal au point de vue de la perception des couleurs, perd successivement la perception du violet, du vert, de l'orangé, du bleu, du jaune et même du rouge.

Si l'on continue à observer la malade, que l'aimant reste appliqué ou non, on verra ensuite que le transfert subit des oscillations passant alternativement huit à dix fois de suite, de droite à gauche et de gauche à droite, pendant environ une heure et demie, jusqu'à ce que tout rentre dans l'ordre primitif d'hémianesthésie hystérique du côté gauche dans le cas particulier qui nous occupe.

Nous avons aussi été amenés par la vérification de la belle découverte de M. Burq à constater le phénomène de l'*anesthésie métallique*. Chez une malade non hystérique, mais sous le coup de la diathèse hystérique, il suffit d'une application métallique pour provoquer l'apparition des phénomènes hystériques. Si l'on place chez cette autre jeune fille une pile sèche ou un aimant près de la tempe droite, vous constatez que l'œil droit, qui tout à l'heure reconnaissait toutes les couleurs, perd successivement la notion de ces couleurs, toujours dans le même ordre, en commençant par le violet, puis le vert, l'orangé, le bleu, le jaune, et en finissant par le rouge qui est la couleur dont les malades gardent le plus longtemps la perception.

Le phénomène commence par l'apparition d'un point gris au centre de la couleur dont le malade va perdre la notion. L'œil gauche, d'ailleurs, voit exactement toutes les couleurs.

Telles sont les notions fondamentales que je désirais vous rappeler avant d'arriver à l'exposé des faits vraiment curieux dont l'histoire fera l'objet principal de cette conférence.

Nous allons reproduire sur cet écran, par le système des projections, la photographie d'une sœur hospitalière qui vint du département de la Creuse, il y a quatre ou cinq mois, pour se faire traiter à la Salpêtrière d'une contracture hystérique du membre supérieur droit dont elle était atteinte depuis sept mois et qui avait résisté à tout l'arsenal de la thérapeutique. L'hystérie, chez elle, n'avait jamais été accompagnée de convulsions; la malade n'a jamais eu d'attaques; un jour son membre inférieur tomba paralysé, insensible aux frictions, puis la main se ferma, puis le poignet se fléchit; enfin tout le membre se contractura fortement.

La malade nous arriva à l'hospice au moment où nous étions occupés à étudier les particularités du phénomène du transfert; nous nous demandâmes alors si, en agissant sur le membre du côté opposé à la contracture, c'est-à-dire sur le bras gauche, nous n'obtiendrions pas des résultats favorables. Et, en effet, l'application d'un aimant du côté gauche produisit une contracture du côté gauche, et, en outre, une insensibilité incomplète de ce côté gauche (face, tronc e membre supérieur). Tous les deux ou trois jours, pendant un mois, nous avons ainsi provoqué une contracture artificielle du côté sain, par une espèce de révulsion. Cependant la contracture du côté droit s'amendait, et peu à peu la malade recouvrait la sensibilité du côté droit, et arrivait à l'état où vous la voyez aujourd'hui. La main droite n'est plus contracturée, et il ne reste que la parésie du membre. Une de nos projections vous représente cette malade au moment où elle était atteinte d'une double contracture, survenue à la suite de notre traitement. Enfin, aujourd'hui, pour la dernière fois, elle consent à la dernière démonstration dont je vais vous rendre témoins. Cette femme est encore sous le coup de la diathèse hystérique, et notre aimant agit encore sur elle. Nous allons placer un aimant près du bras droit, primitivement contracturé et qui aujourd'hui ne l'est plus. Après quelques instants, vous allez voir se reproduire la contracture du membre droit, telle qu'elle était au moment de l'entrée de la malade dans notre service : vous voyez successivement, sous l'influence de cet aimant, la main se fermer et le membre se contracturer.

Si maintenant nous plaçons l'aimant près du bras gauche de la malade, la contracture disparaît progressivement à droite, et envahit le membre gauche de la même façon que tout à l'heure elle gagnait le membre droit. Une séance d'électrothérapie fera, d'ailleurs, disparaître cette contracture gauche dans le cours de la journée, et enlèvera à cette malade la crainte de se voir affligée d'une contracture gauche à la suite du traitement de sa contracture droite.

Pour terminer, je vous présente une autre malade hystérique, à laquelle nous avons donné une contracture du membre inférieur droit par un artifice particulier (et que je vous demande la permission de garder secret pendant quelque temps encore, jusqu'à ce que nous ayons établi le fait posé nettement et dégagé de toutes les obscurités qui l'entourent encore).

Voilà donc une fille atteinte d'une contracture artificielle du membre supérieur droit. Si nous plaçons l'aimant près de la main gauche, nous faisons promptement disparaître la contracture du côté droit, mais elle est remplacée par une contracture du côté gauche.

Nous pouvons de même faire passer la contracture du bras gauche à la jambe, gauche ou droite, en y appliquant l'aimant. En un mot, nous sommes maîtres de faire passer la contracture, artificiellement produite, d'un membre à l'autre membre ou à une région quelconque du corps. Mais il reste toujours une contracture : pour la faire disparaître, il faut faire repasser la malade par la même série de préparations qui nous a servi à la mettre primitivement en état de contracture hystérique artificielle.

Les phénomènes du côté de la sensibilité (hémianesthésie hystérique) suivent la contracture.

Dès que notre malade sera délivrée de l'état diathésique spécial de contracture dans lequel nous l'avons mise, elle ne pourra plus être hystérique à contractures comme vous venez de la voir, à moins de passer par les mêmes phases préparatoires que je vous ferai connaître ultérieurement. On ne pourra plus reproduire la contracture par l'application d'un aimant sur le membre, ni la rendre insensible.

Cette curieuse expérience vous montre donc que la contracture hystérique peut être provoquée artificiellement chez une femme qui est sous le coup de la diathèse hystérique.

Il suffit d'énoncer cette proposition étonnante pour faire comprendre l'importance capitale d'un tel phénomène, et faire prévoir tout le parti que nous pouvons sans doute en tirer dans la suite de nos recherches, pour traiter les contractures hystériques proprement dites.

La découverte de ces lois vous montrera enfin que l'hystérie n'est pas une de ces inconnues où l'on voit tout ce que l'on veut; n'en déplaise aux sceptiques et aux hystérophobes, ce n'est pas un roman; *l'hystérie a ses lois.*

Phénomènes divers de l'hystéro-épilepsie. — Catalepsie provoquée artificiellement.

Nous allons étudier aujourd'hui (1) le plus important des accidents permanents de l'hystérie, *hysteria major*, ou hystéro-épilepsie. Nous rappellerons d'abord les phénomènes principaux les plus connus, puis nous aborderons une question très-intéressante, celle de cette sorte d'hypnotisme que nous pouvons provoquer à volonté chez les hystériques: malgré ses points de contact avec le domaine extra-scientifique, cette étude constitue, assurément, un grand côté de l'histoire de l'hystérie, et nous ne devons pas oublier que nous sommes médecins, et que rien de ce qui touche à la médecine ne doit nous laisser indifférents.

I. TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ. A. *Anesthésie.* — Ces troubles sont les accidents permanents de l'hystérie, les plus vulgairement connus; on sait qu'ils consistent généralement en une anesthésie plus ou moins complète de l'une des moitiés du corps: c'est l'hémianesthésie, droite ou gauche, qui s'observe ordinairement chez les hystériques. L'anesthésie totale est plus rare; je vous en montrerai ici deux cas seulement sur dix hystériques.

Vous savez que l'hémianesthésie ne porte pas seulement sur la sensibilité générale, mais que les organes des sens spéciaux du même côté sont aussi paralysés. Ces phénomènes ne sont, d'ailleurs, pas l'apanage exclusif de l'hystérie, comme le pensait autrefois Briquet; j'ai démontré qu'ils peuvent exister dans certains autres états morbides, et être la conséquence de lésions particulières de l'encéphale.

L'hémianesthésie siège tantôt à droite et tantôt à gauche. Si elle atteint la moitié droite, par exemple, du corps, ce sera toujours de ce côté droit aussi qu'apparaîtront les divers autres phénomènes de l'hystérie, aura, contractures, douleur ovarienne, etc. Si l'hystérique est droitière, pour ainsi dire (c'est-à-dire s'il y a une hémianesthésie du côté droit), c'est de ce côté droit qu'il faudra chercher ces divers troubles caractéristiques: sifflements dans l'oreille droite, battements à la tempe droite, troubles de la vision de l'œil droit, contractures du côté droit, douleur dans la région ovarienne droite, etc. Si l'hémianesthésie existe du côté gauche du corps, c'est de ce côté que l'on trouvera ces caractères.

Si l'anesthésie est totale, ces phénomènes existeront des deux côtés; cependant, ils sont ordinairement un peu plus marqués d'un côté que de l'autre.

On a dit que l'hémianesthésie siégeait plus souvent à gauche qu'à droite; après l'avoir cru longtemps, je pense aujourd'hui qu'il existe à peu près autant d'observations du côté droit que du côté gauche. Je vous rends, une fois encore, témoins des preuves irréfragables de cette insensibilité hystérique. A cette jeune fille, hémianesthésique du côté droit, je traverse la main, l'avant-bras droits, avec une forte aiguille, sans qu'elle s'en aperçoive. De même à la tête, aux tempes, etc., sur toute la moitié droite du corps, je puis faire des piqûres qui paraissent monstrueuses aux gens non initiés à cette étude, sans provoquer le moindre signe de sensibilité. Du côté gauche du corps, au contraire, la piqûre la plus légère est parfaitement sentie par la malade.

Chez cette autre, atteinte d'anesthésie totale, qui a les douleurs ovariennes des deux côtés, qui est insensible des deux côtés, je puis faire, à droite et à gauche impunément, des piqûres très profondes. Ces plaies ne donnent pas ou peu de sang, à cause de la constriction énergique des vaisseaux produite par une irritation habituelle des nerfs vaso-moteurs chez ces malades.

Quand je parle de la douleur ovarienne, je ne veux pas dire que c'est l'ovaire qui en est le point de départ; je parle d'un fait général, de phénomènes concentrés autour de l'ovaire, mais encore inconnus dans leur essence même. Ils existent dans tous les cas d'hystérie; et, mis en présence d'une hystérique qu'il n'a jamais vue, tout médecin n'a qu'à lui demander de montrer avec le doigt le point du ventre où elle sent ses douleurs, elle indiquera toujours la région ovarienne et toujours du côté où précisément elle est hémianesthésique, du côté où elle est atteinte d'achromatopsie, du côté où encore elle présentera des contractures hystériques, si ce phénomène se manifeste. Dans une période d'accalmie, il suffit d'une pression subite sur cette région ovarienne pour produire un spasme particulier, et faire tirer la langue à la malade hystérique.

J'ai dit souvent déjà que les sens spéciaux, le goût, l'odorat, etc., étaient atteints du même côté que la sensibilité générale.

Vous voyez, chez cette hystérique, à hémianesthésie droite, que je puis déposer de la coloquinte en quantité notable sur la moitié droite de la langue, sans provoquer le moindre mouvement. La moitié gauche de la langue est, au contraire, très-sensible.

Chez une anesthésique totale, les deux côtés de la langue sont insensibles; de même le larynx, le pharynx, l'épiglotte: vous voyez que j'introduis le doigt jusqu'au fond de la gorge, jusque sur l'orifice supérieur du larynx; tout est absolument insensible. Les études laryngoscopiques deviennent d'une commodité étonnante, chez des malades de ce genre.

Je vous présente, en dernier lieu, la doyenne de nos hystériques, la fille L..., qui est hystérique depuis son enfance. Entrée à la Salpêtrière à l'âge de douze ans, elle a maintenant environ cinquante-six ans; elle est anesthésique des deux côtés, etc. C'est elle qui, une fois par an, à peine, nous donne le spectacle de l'attaque dite démoniaque. Elle n'en a pas eu depuis huit mois; elle sent, comme toutes les hystériques (qui diffèrent en cela complètement des épileptiques), des phénomènes précurseurs, prémonitoires de ses attaques, environ quinze jours à l'avance.

Cette malade est intéressante parce que c'est la seule qui est restée rebelle à tous nos essais; elle n'est influencée par aucun agent, par aucun métal, etc. En dépit de tous nos efforts, elle est restée ce qu'elle était il y a quarante ans; notez cependant ce fait important qu'elle a aujourd'hui la même dose d'intelligence qu'autrefois; une épileptique aussi invétérée serait depuis longtemps dans la démence.

B. *Hyperesthésie. Foyers d'hyperesthésie.* — Lorsqu'une hystérique n'a pas eu d'attaque depuis un certain temps, il existe, sur la surface du corps, des points d'hyperesthésie dont l'excitation peut produire une attaque: ce sont des points hystérogènes analogues aux points épileptogènes du

(1) 17 novembre 1878.

cochon d'Inde de Brown-Séquard. Il est remarquable que les hystériques, lorsqu'elles se présentent à nous, se tournent toujours de la même façon, dans la même attitude, nous montrant toujours la partie antérieure du corps : c'est qu'en effet, il est une zone, la région située entre les deux épaules, qui est très-sensible. Que l'on frotte rapidement le dos, chez une hystérique, on détermine une émotion très-vive ou une véritable attaque. Ce n'est pas toujours le dos qui présente cette hyperesthésie; chez d'autres malades, c'est sous les aisselles, en arrière des seins; chez d'autres, c'est au niveau de la taille qu'il faut produire cette excitation, en pressant un peu, pour déterminer l'attaque. Si l'on insiste et si l'on frotte plus fort, on arrête l'attaque. Chez cette jeune hystérique, B..., qui est une vraie sensitive au point de vue de ses propriétés hystériques, il suffit de toucher le dos en y passant légèrement une plume, pour produire une attaque. Aussi, vous remarquez qu'elle ne s'approche de moi qu'en protégeant, par son attitude, sa région dorsale autant qu'il est possible.

Il ne faut pas, d'ailleurs, trop s'effrayer de l'attaque hystérique : c'est beaucoup de bruit, mais ce n'est qu'un feu de paille (qui cependant dure quarante-huit heures, huit jours même) ; il n'en reste aucune conséquence fâcheuse.

II. TROUBLES DE LA VISION. — Briquet savait déjà que, chez les hystériques, on constate un affaiblissement des fonctions visuelles. C'est Galezowski le premier qui a remarqué que les hystériques avaient la notion des couleurs pervertie, tout en ayant une idée exacte des contours, de la géométrie descriptive des objets. Les hystériques présentent, en effet, une achromatopsie complète ou partielle de l'œil du côté hémianesthésique. On sait que le champ visuel, même pour l'œil sain, n'est pas le même pour toutes les couleurs. Landolt a montré que le champ visuel normal des diverses couleurs est le suivant : le plus étendu, le plus périphérique par conséquent, est le champ visuel du bleu, puis successivement et concentriquement viennent l'orangé, le jaune, le rouge, le vert, et le violet qui a la plus faible étendue et est le plus central.

J'ai reconnu des variétés à ce tableau; à côté des « bleus », c'est-à-dire de ceux chez qui c'est le bleu qui a le champ visuel le plus étendu, il y a les « rouges », c'est-à-dire ceux pour qui c'est le rouge qui possède le champ visuel le plus étendu, et *toutes* nos malades sont dans cette dernière catégorie : le tableau de leur champ visuel présente donc de la périphérie au centre les couleurs dans l'ordre suivant : rouge, jaune, bleu, orangé, vert et violet. C'est un fait constant que le violet et le vert sont toujours au centre, et ont toujours le champ visuel le moins étendu. Chez une hystérique du premier degré, il se fait un rétrécissement concentrique de tous les champs visuels; le cercle central du violet se rétrécit de plus en plus et disparaît. A un degré plus avancé, le vert disparaît aussi, et ainsi de suite. C'est toujours dans cet ordre, reconnu empiriquement, mais qui est constant, que disparaissent les couleurs. Une malade qui voit le violet doit voir toutes les couleurs : celle qui voit le vert et qui dirait ne pas voir le bleu tromperait : celle qui voit le bleu doit voir le jaune et le rouge, etc.

De même, lorsque la notion des couleurs est restituée aux malades par l'emploi de nos procédés, aimant, application métallique, etc., les couleurs doivent aussi toujours reparaître dans un ordre rigoureusement déterminé. Le rouge doit reparaître le premier, puis, après lui, le jaune, puis le bleu, l'orangé, le vert, et en dernier lieu le violet. On comprend qu'avec de telles lois nous échappons à toute fraude, à toute supercherie de la part de nos malades.

Je vous ai déjà démontré que l'application d'un aimant, du métal auquel la malade est sensible, etc., ramène dans l'œil achromatopsique la perception des couleurs, en même temps que la sensibilité cutanée. Cette jeune fille, qui ne voit de l'œil droit que le rouge, ne reconnaît d'abord que la couleur rouge sur le disque de Newton que nous projetons sur cet écran. Le reste lui paraît gris ou blanc. Plaçons sur sa tempe droite un bandeau métallique (elle est sensible au fer). Bientôt elle voit, de cet œil droit, une autre couleur, le jaune qu'elle peut nous montrer, puis le bleu, puis l'orangé, le vert et enfin le violet. Alors elle reconnaît toutes les couleurs. Mais vous savez que, en vertu de la loi du *transfert*, ce qu'elle gagne d'un côté, elle le perd de l'autre. En effet, pendant que cette malade que je vous présente gagne, par l'action métallique, la perception du rouge de l'œil droit, elle perd, dans l'œil gauche qui était sain et percevait auparavant toutes les couleurs, elle perd la perception du violet. Quand elle aura gagné le jaune à droite, elle aura perdu, à gauche, la perception du vert; enfin, quand elle aura reconquis à droite toute la gamme des couleurs, vous verrez qu'à gauche elle a perdu toutes les couleurs et ne voit plus que de la grisaille. Nous avons fait passer dans l'œil gauche l'achromatopsie qui existait auparavant dans l'œil droit. Mais cet état, provoqué par nous, ne persistera pas. Après une dizaine d'oscillations consécutives, tout reviendra dans l'état primitif. Et, à la fin de l'expérience, la malade, qui sentait les piqûres à droite pendant tout le temps qu'elle voyait les couleurs de l'œil droit, passe de nouveau à l'état d'hémianesthésie droite, au moment même où, à droite, elle perd la notion des couleurs et ne voit plus que du blanc.

Achromatopsie artificielle. — Il est d'ailleurs très-facile de rendre tous mes auditeurs achromatopsiques : il suffit d'éclairer ce disque de Newton, et toutes ces planches coloriées, avec de la lumière de sodium, qui est monochromatique et exclut toutes les autres, pour que tous vous perdiez la notion des couleurs et que vous ne puissiez distinguer rien autre chose que du gris ou du blanc. Vous avez tous l'achromatopsie des hystériques, et, si j'ai fait cette expérience, c'est pour vous faire sentir par vous-même l'état dans lequel se trouve l'hystérique (le plus souvent d'un œil seulement).

Si l'on combat la lumière du sodium par la lumière électrique ou par la lumière solaire, immédiatement les couleurs reparaissent et sont perçues régulièrement.

III. CONTRACTURE HYSTÉRIQUE ARTIFICIELLE. — CATALEPSIE ARTIFICIELLE. — Je vous ai montré, dans la leçon précédente, comment le simple voisinage d'un aimant nous permet de faire passer une contracture hystérique naturelle dans un autre membre et d'un autre côté du corps. Je vous ai aussi fait voir que, par une préparation spéciale, nous pouvons, chez une hystérique, provoquer artificiellement une contracture dans le membre que nous voulons, et que désormais cette contracture se comporte comme une contracture hystérique naturelle. Vous avez vu, d'ailleurs, qu'après avoir affligé notre hystérique de cette contracture momentanée, nous avons pu l'en débarrasser aussitôt après la démonstration.

Il est temps de vous dire mon petit secret : il est bien simple, et, après moi, vous pourrez en faire tout autant, car je pense bien que vous ne me supposez pas un pouvoir surnaturel. Le procédé réussit chez toutes les hystériques.

Il suffit de regarder fixement une hystérique pour la mettre dans cet état spécial de léthargie provoquée, dans cet état inconscient de résolution des membres, d'insensibilité, dont je vous rends témoins. Je me place en face de cette jeune hystérique; je la regarde en face, en lui disant de me regarder; elle tombe comme foudroyée dans cet état spécial, n'entendant plus rien, ne voyant plus rien, ne pensant plus à rien: lorsqu'on la réveillera, elle ne saura pas ce qui s'est passé.

Pendant qu'elle est dans cet état particulier, nous constatons qu'il existe chez elle une surexcitabilité musculaire très-vive; je touche à peine, avec une petite baguette, la région du nerf facial, près de l'oreille, et aussitôt vous voyez se contracter énergiquement tous les muscles de ce côté de la face, innervés par le facial, tout à fait comme si j'y avais fait passer un courant à la manière de Duchenne (de Boulogne).

Je touche de même le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit; immédiatement, vous voyez la tête s'incliner à droite et la face se tourner du côté gauche, ce qui est l'effet produit par la contraction de ce muscle. Ces résultats ne peuvent être simulés par nos malades, qui ignorent assurément tous les détails de la myologie et les travaux de Ch. Bell. Je produis les mêmes effets, la contraction, sur tous les muscles que je touche légèrement.

Si, au contraire, je prolonge cette excitation, si je la renouvelle sur le même point, je produirai, non plus une contraction passagère, mais une contracture. Je touche plusieurs fois les muscles du bras droit, et vous voyez que la malade a une contracture du membre supérieur droit.

Pendant que notre malade est dans cette sorte d'hypnotisme, nous pouvons la faire passer dans un état de catalepsie artificielle; il suffit de lui ouvrir les paupières de façon que l'impression du jour excite ses yeux. Aussitôt vous voyez que je lui donne toutes les attitudes que peuvent prendre les cataleptiques, et ses membres conservent la position que je leur ai donnée.

L'hyperesthésie musculaire a dès lors disparu. La catalepsie est donc un état confinant à l'état hypnotique du début de l'expérience; nous pouvons passer de l'un à l'autre, mais ils diffèrent l'un de l'autre, puisque, dans le dernier, il n'y a plus cette excitabilité si vive et si remarquable du système musculaire.

Si nous réveillons notre cataleptique (en lui soufflant sur la figure ou en lui comprimant la région ovarienne), nous la trouvons avec sa contracture; sa contracture du bras peut passer d'un côté à l'autre, et dans les muscles que nous voudrons, comme vous l'avez vu dans la séance précédente.

Pour faire disparaître la contracture, il faut de nouveau faire tomber notre malade dans l'état de léthargie provoquée: je la regarde fixement en lui disant de me regarder en face, et, immédiatement, elle tombe dans ce singulier état.

L'hyperesthésie musculaire existe: je fais une excitation légère des extenseurs du bras, et la contracture des fléchisseurs disparaît. Je réveille la malade, et vous remarquerez que, chaque fois, elle pousse un cri et qu'il apparaît de la mousse à sa bouche. Ce réveil n'est, en effet, pas un réveil physiologique; c'est un état pathologique, c'est la sortie d'une crise, de même que l'état dans lequel nous la plongeons artificiellement n'est pas un sommeil. On a dit que c'est un sommeil nerveux; je ne sais trop ce que cela signifie: appelons-le plutôt un état de sujétion, de subjection; peu m'importent les noms qu'on voudra lui donner, je constate le fait tel qu'il existe. Pendant ce sommeil spécial, si je cherche à l'entraîner vers moi, elle me suit; on peut la faire travailler, lui faire désigner telle personne qu'elle a vue antérieurement, etc.; c'est le domaine qui a été exploité dans un autre ordre d'idées.

Nous pouvons faire passer directement notre jeune hystérique dans l'état cataleptique. Disons-lui de regarder un instant la lumière électrique de notre appareil à projection, aussitôt elle est cataleptique. Remarquez aussi quelle influence l'attitude des membres exerce sur l'aspect de la physionomie; je lui rapproche les mains de la figure comme on fait lorsque l'on rit, et aussitôt la face prend l'expression du rire; si je donne aux bras une attitude tragique, aussitôt la figure devient tragique à son tour.

Nous pouvons maintenant transformer cet état cataleptique en état de léthargie par l'effet de la cessation de la lumière; la malade pousse un cri et, quittant son attitude cataleptique, elle tombe sur la chaise dans l'état que nous venons d'étudier. Alors la surexcitabilité des muscles existe; la contracture pourrait être produite, etc., comme nous l'avons vu précédemment. Cette longue suite d'excitations de toute sorte n'a, d'ailleurs, pas d'influence fâcheuse sur l'état ultérieur de la malade. Après une sorte d'engourdissement d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, lorsqu'elle aura pris le grand air, elle se retrouvera dans son état normal.

Je n'insiste pas davantage aujourd'hui sur ces curieux phénomènes; ils nous découvrent quelques points de la pathologie des contractures hystériques; espérons qu'un jour nous arriverons à en saisir tous les détails inconnus et à les utiliser pour le traitement de ces contractures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 novembre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend: 1° une série de publications de M. le docteur Bastings (de Bruxelles) pour le prix Barbier (concours de 1879); — 2° des lettres de candidature de MM. Laborde, Tillaux, pour la section d'anatomie et de physiologie, Léon Labbé pour la section de médecine opératoire, Vallin pour la section d'hygiène, Bourgoing, Méhu, Grassi, pour la section de pharmacie; 3° une observation de M. Després, chirurgien à l'hôpital Cochin, intitulée « Contusion du cordon, orchite consécutive, guérison, » à joindre au travail qu'il a lu dans une précédente séance; — 4° la relation par M. le docteur Testevin, aide-major de première classe, d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur le 19e bataillon de chasseurs en garnison à Rennes. (Commission des épidémies.)

PRÉSENTATIONS

M. Germain Sée présente: 1° en son propre nom, un volume intitulé: *Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur;* 2° au nom de M. Berkart, un volume en anglais intitulé: *De l'asthme, pathologie et traitement.*

M. le Secrétaire perpétuel, pour M. Robin absent, offre en hommage, au nom de M. Édouard Robinet fils, un livre intitulé: *Manuel pratique d'analyse des vins.*

M. Broca présente le compte-rendu de la sixième session de l'Association française pour l'avancement des sciences.

— M. Hillairet présente un malade atteint de vitiligo lutea, et entre dans quelques développements, à cette occasion, sur cette affection.

LECTURES.

Phthisie syphilitique. — M. le docteur ALFRED FOURNIER lit un travail ayant pour titre : *Phagédénisme tertiaire du pied ; phthisie syphilitique* simulant *la phthisie commune ; traitement spécifique ; guérison.* — L'observation qui fait l'objet de ce travail est un cas de phagédénisme tertiaire développé sur un siège insolite, le pied ; c'est, en second lieu, un exemple manifeste de phthisie syphilitique simulant la phthisie vulgaire au plus haut degré, et guérie absolument par le traitement spécifique.

Voici les points principaux qui ressortent de la discussion générale à laquelle M. Fournier a soumis son observation :

1° Telle est la fréquence bien connue avec laquelle la tuberculose va se cantonner sur le sommet du poumon, que toute lésion pulmonaire se localisant en ce siège devient aussitôt suspecte par cela même et semble porter avec elle le cachet de la tuberculose. Sommet pulmonaire affecté, cela équivaut presque à un certificat de phthisie commune. Or, c'est là tout au moins une généralisation excessive, car la syphilis, — à ne parler que d'elle, — peut comme le tubercule affecter le sommet du poumon. Et quand elle va se loger là, au sommet du thorax, elle emprunte *ipso facto* à la phthisie commune un de ses caractères les plus habituels et les plus distinctifs ; elle prend ainsi le masque de la phthisie commune. De là une cause possible d'erreur.

2° Ce qui n'est pas moins vrai, en second lieu, c'est que toute lésion pulmonaire s'accompagnant de troubles généraux apporte avec elle le soupçon de tuberculose. Étant donné un malade qui dépérit avec des signes de lésions pulmonaires, on est toujours tenté d'en faire un tuberculeux. Autre généralisation non moins entachée d'erreur ; car ce que fait la phthisie commune, d'autres lésions pulmonaires peuvent le produire également, soit, par exemple, les lésions pulmonaires d'origine syphilitique. Très-positivement il est une consomption pulmonaire d'ordre syphilitique, une phthisie syphilitique tout à fait comparable à la phthisie de la tuberculose.

3° Dans l'état actuel, à quoi la malade a-t-elle dû la guérison de la phthisie syphilitique? A son phagédénisme du pied ; c'est cette lésion qui l'a sauvée, car c'est en vue de cette lésion seule que le traitement spécifique a été institué. Sans la coïncidence toute éventuelle de cet accident, la malade fût morte, parce que, se présentant alors avec l'habitude, les troubles locaux et les symptômes de la phthisie commune, sans rien autre qui appelât l'attention vers la syphilis, elle eût été presque infailliblement prise pour une poitrinaire et traitée comme telle, ce qui était pour elle un arrêt de mort.

De là ce précepte : une lésion pulmonaire se présentant à l'observation, quelque analogie, quelque identité de symptômes qu'elle affecte avec la phthisie commune, il est toujours prudent de rechercher si elle ne pourrait se rattacher à la syphilis comme cause première.

4° Enfin le point le plus curieux qui ressort de cette observation est le fait de cette guérison obtenue dans les conditions en apparence les plus déplorables. Lorsque la malade entra à l'hôpital, personne n'aurait cru qu'elle dût en sortir autrement que par la porte de l'amphithéâtre. Elle en sortit triplement guérie, et de la lésion du pied, et de la lésion du poumon, et de la cachexie. Cela prouve que les lésions pulmonaires de la syphilis, loin d'être seulement curables à leur première période et dans leurs formes bénignes, sont curables encore dans des phases plus avancées et sous des formes bien autrement menaçantes ; qu'elles peuvent guérir même à l'état d'infiltration étendue en voie de ramollissement ou après formation de cavernes, même compliquées de troubles généraux graves, se présentant sous l'aspect, avec la physionomie d'une phthisie véritable ; qu'elles peuvent guérir, enfin, comme dans le cas présent, contre toute prévision, jusque sur des malades épuisés, étiolés, cachectiques dans toute la force du mot.

(Le travail de M. Fournier est renvoyé à l'examen de MM. Ricord et Lancereaux.)

Application de la greffe au traitement des affections dentaires. — M. LE DOCTEUR DAVID communique les résultats obtenus par l'application de la greffe au traitement des affections dentaires. Il expose d'abord la méthode opératoire qu'il a commencé à mettre lui-même en pratique sous les auspices de son maître, M. le docteur Magitot, et qui consiste : 1° à extraire une dent malade ; 2° à lui faire subir un traitement impraticable dans la bouche ; 2° à la réintégrer dans son alvéole.

Au bout d'un temps variable, dix à douze jours en moyenne, cette dent s'est greffée par l'intermédiaire du périoste alvéo-dentaire, a repris sa solidité, ses fonctions, et se trouve guérie, ainsi que les affections secondaires dont elle avait été le point de départ.

L'auteur a fait l'histoire complète de cette méthode dans une étude générale sur la greffe dentaire ; aussi ne fait-il aujourd'hui qu'apporter un certain nombre d'observations nouvelles. Vingt fois il a appliqué cette méthode à des dents qui étaient reconnues incurables, vouées à l'extraction, qui avaient occasionné des lésions osseuses avec des fistules muqueuses cutanées intarissables, et il n'a enregistré qu'un seul insuccès. Ce résultat étonne d'autant moins que, dans la plupart des cas, le but de l'opération était de réséquer le sommet de racines nécrosées d'après le procédé employé par les chirurgiens dans la résection des os malades, à cela près que, dans ce dernier cas, on n'est pas obligé d'enlever l'os malade. Par cette méthode éminemment scientifique se trouve reculée à ses dernières limites la curabilité des affections dentaires.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 novembre 1878, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur pour leur dévouement pendant l'épidémie de fièvre jaune au Sénégal :

MM. les médecins de 1re classe de la marine, Talairach et Mathis.

— *Service de santé militaire.* — MM. les *médecins aides-majors stagiaires* au Val-de-Grâce, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de *médecin aide-major de 2e classe :*

MM. Amat, Bayvel, Beau, Berlin, Bernard, Bourbon, Briand, Brousse (Ch.), Brousse (G.), Cardot, Chenu, Chevalier, Codet, Collignon, Coste, Darré, Debierre, Debort, Dufaud, Dupeyron, Duraise, Dziewonski, Ferry, Folenfant, Fournier, Gaye, Godet, Grenier, Grognot, Guillemot, Joannet, Kaufmann, Larue, Lebastard, Ledoux, Leneveux, Martin (Ch.), Martin (L.), Maudoul, de Merssman, Mignon, Milié, Moréri, Noël, Olivier, Pascal, Pauzat, Petit (A.), Petit (R.), Robert, Roblot, Rodet, Rouère, Sabatier, Schmit, Tixier, Tarthe, Troussaint, Vack, Vedel, Vignol, Villedary.

— Hier, mardi 19 novembre 1870, M. Lepère, sous-secrétaire d'État du ministre de l'intérieur, a déposé sur le bureau de la chambre des députés un projet de loi ayant pour objet d'affecter à la constitution d'une première dotation des hôpitaux civils en Algérie les sommes qui pourraient être perçues en sus du montant de la contribution de guerre infligée aux tribus révoltées de la colonie.

— Le ministre de l'instruction publique vient de nommer une commission chargée de rechercher les améliorations à introduire dans le régime administratif et dans l'enseignement du Muséum d'histoire naturelle.

— M. le docteur Souplet, médecin du bureau de bienfaisance d'Auxerre (1870-1878), ayant fait preuve du plus courageux dévouement pendant la guerre, et s'étant notamment distingué lors du combat de Grand-Puits en prodiguant ses soins aux blessés, qu'il allait chercher jusque sous le feu de l'ennemi, vient de recevoir une médaille d'or de 1re classe.

— M. le docteur Reumaux, médecin à Staple (Nord), s'étant distingué, le 17 novembre 1877, dans un sauvetage de personnes en danger de périr dans un incendie, vient de recevoir une médaille d'argent de 2e classe.

— Lundi a eu lieu la distribution des prix de l'École supérieure de pharmacie. Après une allocution, justement applaudie, de M. Chatin, directeur de l'École, la liste des lauréats a été proclamée dans l'ordre suivant :

1re année. — Pas de 1er prix. — 2e prix : M. Garnaud. — Citation : M. Coignet.

2e année. — 1er prix : M. Morel. — Pas de 2e prix.

3e année. — Pas de prix.

Prix Menier : M. Pihier. — Prix Desportes : M. Gallard. — Prix Buignets : 1er prix, M. Degrauwe ; 2e prix, M. Garerie.

Travaux pratiques. — 1re année. Médaille d'or : MM. Jacquin et Coignet. — Médailles d'argent : MM. Barruet et Bonnet. — Médailles de bronze : MM. Stévenin et Rousseau. — Citations : MM. Debains et Garnaud.

2e année. — Médaille d'or : M. Morel. — Médailles d'argent : MM. Leidié et Collin. — Médaille de bronze : M. Malenfant. — Citations : MM. Castou, Virlogeux, Lafont et Alexandre.

Botanique. — 3e année. Médailles d'or : MM. Cocardas et Jolivet. — Médailles d'argent : MM. Martin (Lucien) et Langlois. — Médailles de bronze : MM. Sourdet et Regnier. — Citations : MM. Kuss, Guérin, Grellet, Frobert, Prolier, Chastaing, Heidenreich et Homolle.

Physique. — 3e année. Médaille d'or : M. Degrauwe. — Médaille d'argent : M. Cocardas. — Médailles de bronze : MM. Langlois et Lespiau.

— Le chef de l'École atomique française, M. Ad. Wurtz, l'éminent professeur de la Faculté des sciences et de l'École de médecine de Paris, vient de faire paraître, dans la *Bibliothèque scientifique internationale*, un ouvrage où il résume l'ensemble des travaux et des théories qui ont rendu son nom célèbre dans toute l'Europe savante. Le nouveau livre de M. Wurtz est intitulé *la Théorie atomique.* Il expose le développement successif des théories chimiques depuis Dalton, Gay-Lussac, Berzélius et Proust, jusqu'à Dumas, Laurent et Gerhardt, Avogadro, Mendeleef et Wurtz, et termine par les études les plus curieuses et les plus nouvelles sur la constitution des corps et la nature intime de la matière. (1 vol. in-8, librairie Germer-Baillière et Cie, 6 fr.)

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Necker, commencera son cours de technique microscopique le jeudi 21 novembre, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 136. — SAMEDI 23 NOVEMBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 23 NOVEMBRE 1878. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la déchirure du périnée pendant l'accouchement et des moyens de la prévenir.

Comment l'accoucheur doit-il s'y prendre pour empêcher la déchirure du périnée de se produire pendant l'accouchement?

Si, malgré ses soins, la déchirure est imminente, par quel moyen doit-il intervenir pour empêcher qu'elle ne s'étende trop en arrière vers l'anus et la cloison recto-vaginale?

Telles sont, entre autres questions éminemment pratiques que M. le docteur Budin a eu à étudier dans sa thèse de concours pour l'agrégation (1), celles qu'il nous a paru particulièrement intéressant d'examiner ici.

Pour empêcher le périnée de se déchirer, lorsque le forceps est appliqué, il faut, dit M. Budin, non-seulement éviter l'extraction trop rapide de la tête, mais encore s'opposer à son dégagement brusque sous l'influence des contractions utérines et des efforts de la femme; en d'autres termes, il faut retenir la tête avec le forceps pour l'empêcher de sortir trop vite, en laissant à l'orifice vulvaire le temps de se dilater progressivement. Il faut, en outre, agir sur l'élément directeur, et, l'occiput s'étant complètement avancé sous la symphyse pubienne, relever les manches du forceps afin que la tête se dégage suivant ses diamètres sous-occipitaux.

Faut-il, pendant ce dégagement, soutenir le périnée, ainsi que croient devoir le faire beaucoup de praticiens dans ce cas, comme dans l'accouchement spontané? En ce qui concerne ce dernier, cette manœuvre est encore diversement appréciée. M. le professeur Depaul la repousse complètement comme inutile et même dangereuse : inutile, en ce sens que l'on n'empêche pas ainsi les lésions du périnée et que souvent on voit la commissure vulvaire se déchirer quels que soient les efforts de pression; dangereuse, parce que l'on masque avec la main les parties que l'on doit surveiller, et que, rassuré par une protection trompeuse, les lésions se produisent sans que l'on y prenne garde. « Voici, pour ma part, dit M. Depaul, comment j'opère. Excepté dans quelques cas particuliers où le périnée a une longueur excessive, ce qui prédispose à des déchirures spéciales, je pense qu'il n'y a de danger pour les parties génitales qu'au moment où la tête se montre à la vulve et qu'elle se place dans cette ouverture d'une façon définitive, c'est-à-dire quand les mouvements alternatifs de progression et de recul ont définitivement cessé; alors tous mes efforts consistent à permettre au périnée de se dilater peu à peu, et je m'oppose à une progression trop brusque de la tête. C'est en plaçant deux doigts de ma main gauche sur celui de ces points qui répond à la commissure supérieure de la vulve et deux doigts de ma main droite sur la partie qui affleure la commissure inférieure que je contre-balance avec soin l'effort de la contraction utérine. Je permets ainsi à la vulve de se dilater peu à peu, je repousse légèrement en haut vers le pubis la tête qui se dégage pour aider au mouvement de déflexion, et je diminue ainsi l'effort que supporte la commissure inférieure qui est la partie la plus exposée. »

A l'appui de l'opinion et des préceptes formulés par M. Depaul, M. Budin cite un exemple dans lequel, malgré la pression exercée sur le périnée par trois personnes appliquant leurs mains les unes sur les autres, il se produisit une rupture complète d'un bout à l'autre du périnée. Cependant il ne repousse pas entièrement la contention du périnée, cette contention et la méthode de M. Depaul permettant, dans l'accouchement spontané, d'agir l'une et l'autre sur les éléments temps et direction. Lorsque la tête est saisie par le forceps, ajoute-t-il, on a vu comment on pouvait empêcher le dégagement trop rapide; on peut aussi, en se servant uniquement des branches de l'instrument, diriger l'extrémité céphalique dans le sens le plus favorable à sa sortie. Il est donc inutile, dans ces cas, de se servir de la main pour soutenir le périnée.

Pour la seconde question posée par M. Budin, voici en quels termes il la résout :

La plupart des accoucheurs, à l'exemple de P. Dubois, font dans ce cas une petite incision de chaque côté de la vulve, à droite et à gauche, à 2 centimètres environ de la fourchette. On a reconnu à ces incisions l'inconvénient de produire quelquefois de chaque côté de la vulve une plaie béante dont les surfaces peuvent d'autant moins se réunir par première intention que la lèvre inférieure, entraînée par son propre poids, s'écarte de la lèvre supérieure, d'où des suppurations prolongées et une cicatrisation irrégulière. Ces incisions, en outre, n'empêchent pas toujours le périnée de

(1) *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels.*

se rompre sur la ligne médiane, ainsi que M. Budin en rapporte plusieurs exemples, entre autres celui d'une femme de la Maternité chez qui il s'est produit une rupture du périnée malgré deux incisions latérales de la vulve.

Voici, d'après M. Budin, comment M. Tarnier opère dans ces cas-là. Il fait une incision qu'il commence sur le raphé médian en la dirigeant non pas directement en arrière, mais obliquement sur l'un des côtés et en dehors de l'anus; si le périnée se déchire malgré cela, la déchirure se fait dans la direction de l'incision, et le sphincter de l'anus est épargné.

Il y a bien longtemps que j'ai eu moi-même recours à ce procédé qui m'a été suggéré par une nécessité urgente, sans que j'en eusse vu nulle part l'indication formulée. C'était chez une jeune femme primipare. Le travail s'était passé jusque-là très-régulièrement, la tête avait franchi le détroit inférieur, elle soulevait fortement le périnée; mais un obstacle presque invincible s'opposait à l'issue de la tête à travers les parties molles, malgré l'énergie des contractions : c'était une étroitesse extérieure de la vulve. L'énergie même de ces contractions ne faisait qu'accroître incessamment le danger d'une rupture imminente. La contention du périnée à laquelle j'avais, à cette époque, l'habitude de recourir en pareil cas, avec la plupart des accoucheurs, devait être manifestement insuffisante. Je n'hésitai pas alors à prendre un bistouri boutonné que j'introduisis par le plat entre la tête et la face interne de la commissure postérieure de la vulve; saisissant pour cela un intervalle entre deux contractions, et tournant aussitôt le tranchant vers moi, je fis une incision oblique d'environ 2 centimètres, du centre de la commissure en dehors et à gauche du raphé. A peine cette incision venait-elle d'être faite que, sous l'influence d'une nouvelle contraction, la tête franchit complètement cette dernière barrière, sans agrandir l'incision, qui était complètement réunie au bout de peu de jours. Je m'étais bien promis, vu l'heureux résultat de cette pratique, d'y recourir de nouveau en pareille occasion; mais la nécessité ne s'en est pas présentée depuis. M. Budin rapporte un fait semblable de sa pratique dans lequel ce même procédé, si simple et si rationnel d'ailleurs, lui a donné également un bon résultat. Je déclare n'avoir aucune prétention à en réclamer la priorité.

Action mydriatique de la duboisine comparée à celle de l'atropine; accidents inhérents à l'emploi de l'un et de l'autre de ces deux agents.

Il y a environ huit mois, à la fin du mois de mars dernier, M. Galezowski faisait une communication à la Société de biologie sur un nouvel agent mydriatique appelé *duboisia myopsorida*, plante australienne de la famille des scrophulariées, dont l'extrait aqueux, employé sous forme de collyre, avait déjà été à cette époque l'objet, de sa part, de quelques expériences comparatives avec l'atropine. Aujourd'hui que ce nouvel agent est entré dans le domaine de la thérapeutique, M. Galezowski a pensé qu'il serait important de rechercher si son emploi n'amènerait pas quelques accidents analogues à ceux qu'on observe dans l'usage de l'atropine.

La duboisine, suivant M. Galezowski, a une action puissante et elle ne détermine pas d'irritation locale analogue à celle que produit l'instillation d'atropine dans l'œil, ce qui lui a fait penser que le collyre au sulfate neutre de cette substance pourrait être employé avec avantage chez les individus qui ne peuvent pas supporter l'atropine. Une fois cependant, il a observé des accidents d'intoxication générale par le collyre de duboisine; voici dans quelles circonstances :

1re Obs. — M. le comte de L..., âgé de soixante-treize ans, a été opéré par lui en janvier de la cataracte; il en est résulté une iritis avec obstruction de la pupille. L'atropine amenait des accidents d'hallucination, et on a dû la suspendre. Quatre mois plus tard, il enlève la cataracte secondaire, et il prescrit l'instillation de deux gouttes par jour de la solution de duboisine à la dose de 5 centigrammes par 10 grammes. Dès le lendemain, le malade est pris d'accidents toxiques caractérisés par des nausées, hallucinations, et un tremblement général avec affaiblissement tel qu'il ne pouvait pas se tenir debout. Le collyre a dû être suspendu, et dès le lendemain la santé est revenue. C'est donc aux deux gouttes du collyre de duboisine qu'il faut rapporter les accidents toxiques.

Un autre fait, non moins intéressant, a été observé sur un malade de sa clinique :

2e Obs. — Mme S..., âgée de cinquante-huit ans, se présente à la consultation de la rue Dauphine, le 2 août 1878, et elle y est soignée pour une iritis chronique des deux yeux. L'atropine provoque une conjonctivite, ce qui oblige de remplacer ce collyre par la duboisine à la dose de 5 centigrammes pour 10 grammes. On lui prescrit l'instillation de ce dernier collyre d'abord deux fois et ensuite trois fois par semaine. Dès la seconde semaine, elle a éprouvé les phénomènes suivants : envies fréquentes de dormir, au point qu'elle ne pouvait s'adonner à aucun travail; pesanteur dans tous les membres et surtout dans les jambes, troubles gastriques et inappétence complète. Dès qu'on a suspendu le collyre de duboisine, tous les accidents se sont dissipés.

Mais, à côté d'accidents toxiques, il faut signaler aussi les avantages de ce collyre, là où l'atropine ne pouvait être supportée. Voici un fait à l'appui :

3e Obs. — M. le colonel S..., âgé de cinquante-sept ans, a été atteint d'une iritis chronique avec choroïdite atrophique disséminée: l'iridectomie a dû être pratiquée le 23 novembre 1877. L'inflammation a cessé, mais il est resté une injection périkératique que rien ne pouvait dissiper. L'atropine augmentait cette rougeur et amenait même quelques douleurs péri-orbitaires. Dès le 6 juin dernier, il a commencé, sur la recommandation de M. Galezowski, à instiller le collyre de duboisine. Sous l'influence de ce médicament, la rougeur a disparu très-promptement, au point que, le 6 juillet, on a pu déjà constater une guérison complète.

Il était intéressant de chercher à connaître, par comparaison, les phénomènes toxiques provoqués par l'instillation du collyre à l'atropine dans l'œil. C'est ce qu'a fait M. Galezowski.

Il résulte des observations journalières que certains malades ne peuvent pas supporter l'instillation même d'une seule goutte de collyre faible d'atropine sans qu'ils soient pris d'accidents nerveux plus ou moins graves. En voici plusieurs exemples :

Le garçon S..., âgé de neuf ans, est opéré d'une cataracte congénitale par discission le 8 octobre dernier; le collyre d'atropine à la dose de 2 centigrammes pour 10 grammes, est instillé dans l'œil opéré quatre fois par jour. Dès le premier jour l'enfant est pris de vomissements, avec fièvre intense et somnolence. Voyant cet état se prolonger pendant deux jours tandis que l'état de l'œil opéré était très-satisfaisant, on fait suspendre le collyre à l'atropine. Dès le lendemain tous les accidents se calment, et l'enfant revient à la santé. Le 22 octobre, une seconde discission est pratiquée et on introduit

une seule goutte d'atropine dans l'œil après l'opération. Une demi-heure après, l'enfant est pris de vomissements qui durent toute la journée, mais le lendemain il ne ressent plus aucun phénomène morbide. Le 5 novembre, on pratique une troisième discission, et on instille une goutte du collyre préparé exprès à la dose de 1 centigramme pour 20 grammes, mais les vomissements reviennent avec la même intensité et se prolongent jusqu'à la nuit. L'atropine n'est plus instillée et l'enfant se trouve guéri dès le lendemain.

Une jeune fille C..., âgée de trois ans, est atteinte d'une kératite phlycténulaire des deux yeux, contre laquelle on emploie l'atropine en instillation cinq à six fois par jour. Au bout de huit jours de traitement, la mère ramène l'enfant, et elle déclare qu'elle est toujours somnolente et que toutes les nuits régulièrement elle a des attaques convulsives. Croyant qu'il s'agissait là d'accidents toxiques provoqués par l'atropine, M. Galezowski a suspendu le collyre d'atropine, et dès le lendemain tous les accidents ont complètement cessé. Deux mois après, l'enfant est pris d'une kératite phlycténulaire en récidive, et, ne se souvenant pas de l'idiosyncrasie de l'enfant pour l'atropine, il prescrit le collyre à l'atropine, qui a amené les mêmes accidents convulsifs.

L'abbé X..., âgé de quatre-vingt-un ans, a été opéré par M. Galezowski en 1875 de la cataracte sur les deux yeux par l'extraction. Le cinquième jour, le malade a été pris d'une iritis de l'œil gauche, ce qui a nécessité l'instillation de l'atropine à la dose de 5 centigrammes sur 10 grammes. Dès le troisième jour le malade a été pris de faiblesse générale, de malaise et d'évanouissements, puis d'hallucinations qui duraient toute la nuit. On suspendit le collyre à l'atropine, et les accidents toxiques avaient disparu. L'abbé quitte Paris, guéri de l'œil droit, mais avec une légère exsudation dans la pupille gauche. Arrivé dans son pays, il est repris d'accidents d'iritis contre lesquels son médecin lui prescrit l'atropine. Les mêmes accidents nerveux se reproduisent et ne cessent qu'après qu'on a suspendu l'usage du collyre belladoné.

L'atropine exerce aussi une action très-fâcheuse sur l'œil lui-même, surtout s'il s'agit d'accidents d'iritis chronique avec prédisposition glaucomateuse. L'instillation prolongée du collyre d'atropine peut amener des phénomènes de glaucome avec excavation de la pupille optique. M. Galezowski a vu ces accidents se développer après l'opération de la cataracte traumatique, lorsqu'on soumet le malade opéré à l'instillation fréquente du collyre à l'atropine; il a vu aussi se produire l'excavation glaucomateuse après une opération de staphylôme conique, pellucide. L'année dernière, il a enlevé, chez une dame âgée de vingt-quatre ans, un lambeau central de la cornée et a fait instiller le collyre d'atropine quatre fois par jour. Quatre semaines après, la malade est prise de douleurs péri-orbitaires, l'œil devient dur, et il s'y développe tous les signes de glaucome, qui ne cèdent qu'à une iridectomie. Aujourd'hui la papille du nerf optique de cet œil est complètement excavée.

De toutes ces observations notre confrère tire les conclusions suivantes :

1° Que la duboisine a une action mydriatique très-puissante, et que, dans un certain nombre de cas où l'atropine ne peut pas être supportée, la duboisine peut la remplacer très-favorablement;

2° Que le collyre au *sulfate de duboisine*, instillé dans l'œil, peut amener quelques accidents généraux toxiques, tels que tremblement général, faiblesse dans les jambes, inappétence et somnolence

3° Que le collyre d'atropine s'absorbe très-rapidement dans un œil qui a subi une opération quelconque. Il peut amener des accidents toxiques généraux, tels que évanouissements, délire, convulsions même, tremblement et faiblesse générale, vomissements, etc.;

4° Que ce même collyre d'atropine, que nous employons souvent à trop fortes doses et trop fréquemment, peut amener des accidents glaucomateux avec excavation de la papille;

5° Qu'on doit, par conséquent, être très-attentif dans l'usage du collyre d'atropine, surveiller ses effets locaux et généraux, et le suspendre d'une manière absolue dès que les moindres accidents toxiques vont apparaître. Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Ernest Besnier.

De l'éléphantiasis (1).

Éléphantiasis non fébrile. — L'éléphantiasis ne procède-t-il jamais que par accès, ou, au contraire, y a-t-il un éléphantiasis à marche lente, non fébrile, ainsi que l'a écrit Duchassaing (2), dans lequel les poussées, s'il y en a, sont assez faibles ou assez peu accentuées pour que le malade puisse vaquer sans interruption à ses occupations, pendant que l'œdème hypertrophique progresse en volume et en surface, autant que si l'affection eût été fébrile ? Il y a là une question de mots plutôt qu'une question de faits : chacun sait que tous les sujets sont loin d'avoir la même aptitude à la fièvre proprement dite, et il n'y a vraiment rien d'extraordinaire à ce que, dans quelques cas, en réalité très-rares, il n'y ait pas de fièvre patente, ni, dès le début, de poussée lymphangitique très-intense. Je pense, toutefois, qu'il faut se mettre en quelque défiance à l'égard de ces faits, rapportés, le plus habituellement, d'après le seul *souvenir* des patients ou observés incomplètement. Voyez notre malade du n° 53 : à l'en croire, il n'a jamais eu la fièvre, et voici qu'il est à peine dans nos salles depuis quelques jours, que nous constatons un accès éléphantiaque type; début inopiné, frisson intense, fièvre, tension érythémateuse de l'un des membres atteints, etc., et qu'un de mes auditeurs bienveillants veut bien me faire savoir qu'ayant eu l'occasion d'observer le malade dans un autre hôpital, il a également constaté chez lui l'existence d'accès semblables. Si donc on n'est pas fondé à nier que l'éléphantiasis puisse naître et évoluer sans lymphangites fébriles appréciables, il faut faire remarquer que ces formes apyrétiques et aphlegmasiques, ces pachydermies froides, sont rares ou temporaires, et qu'après une certaine durée l'état latent ne s'observe plus. Mais, en même temps, on doit reconnaître qu'il n'y a pas de rapport constant entre la *fréquence* ou l'*intensité* des accès fébriles ou lymphangitiques et le *degré* de développement éléphantiaque.

Intervalle des accès. — Quoi qu'il en soit, fébriles ou non, rares ou fréquents, les accès éléphantiasiques, les paroxysmes éléphantiasiques amenant un œdème lymphatico-veineux et causant une stase lymphatique nouvelle, apportent chaque fois un nouvel appoint au développement hypertrophique du membre, qui devient de plus en plus volumineux. Dans l'intervalle des crises ou même avant elles, dans quel-

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 novembre.

(2) Duchassaing (P.). *Études sur l'éléphantiasis des Arabes et sur la spiloplaxie. Archives générales de médecine*, v[e] série, t. IV, pages 412 et 706; t. V, page 52. Paris, 1854-55.

ques cas, l'organisation hypertrophique s'accomplit avec ou sans accroissement progressif du volume des parties; tantôt, en effet, la fin de chaque crise est marquée par un retrait plus ou moins complet de la tuméfaction aiguë, et ces crises peuvent ainsi se multiplier presque à l'infini, tout en laissant le membre dans un volume médiocre; cela s'observe surtout dans les cas d'éléphantiasis papillomateux avec ulcération permanente; mais, dans les formes lisses ou œdémateuses proprement dites, il semble incontestable que l'accroisement du membre *continue* dans l'*intervalle* des accès. La plus grande irrégularité ou variabilité se constate en ce point, comme en toutes les autres parties de l'histoire de l'éléphantiasis.

Vous avez pu voir aujourd'hui même dans le service de mon savant collègue et ami M. Guibout, salle Henri IV, n° 62, une Française originaire des Ardennes, et n'ayant jamais quitté son département, qui est atteinte d'un éléphantiasis au membre inférieur droit, dont le volume est énorme et au-dessus de tout ce que l'on pourrait imaginer. Pour arriver à ces dimensions vraiment monstrueuses cette femme n'aurait cependant eu que sept abcès, tandis que l'un de nos malades en a eu plus de cent, et ne présente cependant qu'un éléphantiasis de moyen volume.

Il faut ajouter encore que la pyrétophlegmasie, les accès, le cortège inflammatoire, ne sont pas nécessaires pour qu'un œdème lymphatique ou veineux, s'il se prolonge, fasse naître, dans les parties où il existe, l'altération éléphantiasique. Les œdèmes par *stase* sanguine générale ou locale, lorsqu'ils sont *prolongés*, amènent secondairement une stase lymphatique avec accumulation d'*éléments cellulogènes* qui accroissent lentement la trame conjonctive des parties. C'est là une circonstance qu'il est nécessaire de bien connaître pour comprendre la question dans toute son étendue, et pour se rendre un compte exact de la *multiplicité* des conditions pathogéniques de l'éléphantiasis que nous avons eu soin d'indiquer dans la définition de ce genre morbide.

Ces remarques s'appliquent à certaines *lésions viscérales*, signalées plus ou moins vaguement par les auteurs qui ont traité de l'éléphantiasis, mais que l'histologie contemporaine va remettre à l'étude avec des moyens d'examen perfectionnés. Je vous engage, dans cette direction, à lire avec une grande attention les études remarquables qu'a publiées un jeune auteur du plus grand avenir, le docteur Cuffer (*France méd.*, 1878, n° 50, p. 394. Recherches sur la néphrite interstitielle cardiaque ou rein cardiaque, sa pathogénie, ses conséquences).

Anatomie pathologique. — Hendy, à la fin du siècle précédent, Alard, Andral, Bouillaud et Rayer, au commencement de celui-ci, Cruveilhier un peu plus tard, avaient établi aussi complètement que possible l'anatomie macroscopique de l'éléphantiasis, et d'une manière suffisante pour fixer la nature lymphatique et le siège conjonctif de l'affection.

Il est évident que l'introduction des études histologiques devait apporter de grands éclaircissements à cette étude; ils ont été fournis par de nombreux auteurs, au premier rang desquels il faut signaler le professeur Vulpian (1). Dès l'année 1856, et précédé seulement dans cette voie par Simon de Berlin, il présenta une note d'une grande importance sur l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis des Arabes, aux résultats de laquelle les recherches ultérieures n'ont pas apporté de modifications notables.

La lésion initiale émane du réseau lymphatique lacunaire du derme, dont les éléments conjonctifs s'hypertrophient immédiatement et directement, sans phase embryonnaire nettement constatable. Dès le début, d'après les recherches de Teichmann et de Virchow, on peut constater la prolifération épithéliale des petits vaisseaux lymphatiques dont la paroi est épaissie. Plus tard, lorsque les fibres conjonctives feutrées du derme sont augmentées de volume et de densité, elles forment un réseau, baigné de liquide lymphatique, communiquant avec les espaces plasmatiques agrandis, et le système lymphatique général, par conséquent.

L'altération se propageant envahit l'hypoderme dont les lobules adipeux disparaissent devant la stase lymphatique et l'hypertrophie des trabécules. Enfin l'altération peut se propager à tous les espaces lamineux du membre, jusqu'au périoste.

A ce degré extrême, si l'on fait une coupe à travers la totalité d'un membre éléphantiasique, on constate que la surface plus ou moins complète de cette coupe est à peu près uniformément lardacée, blanc jaunâtre, quelquefois comme gélatiniforme, par suite de la coagulation du liquide fibrinogène qui infiltre les tissus.

La consistance de ces parties est variable selon le degré de condensation et d'hypertrophie de la trame conjonctive, en général, en rapport avec l'ancienneté de la maladie, et sa combinaison avec l'espace occupé par les lacunes et les lacs lymphatiques. De là les diverses variétés d'éléphantiasis, *œdémateux* ou *scléreux* selon le degré relatif des éléments solidifiés ou restés liquides.

Le *liquide* qui occupe tous ces espaces intercellulaires lacunaires, tous les lacs ou kystes lymphatiques, et qui se coagule à l'air après s'être légèrement troublé, n'est autre que le liquide éléphantiasique propre, celui que nous obtenons pendant la vie par la piqûre, liquide alcalin, légèrement albumineux, contenant une grande quantité de graine à différents états, fibrinogène et par conséquent formant un caillot et un sérum par le repos, et chargé d'éléments figurés. Ces éléments concourent, dans une part et selon un mécanisme vital qui reste encore un peu obscur, à la supernutrition et à l'hyperplasie conjonctive.

Les vaisseaux lymphatiques de tout ordre ont augmenté de volume et d'épaisseur, les ganglions lymphatiques inguinaux et poplités sont hypertrophiés et gorgés d'éléments cellulaires.

Les artères et les veines prennent part à l'hypertrophie générale; un grand nombre de veines sont dilatées, plusieurs présentent les lésions et les reliquats de la périphlébite et des endophlébites oblitérantes. Cela explique l'abondance du sang veineux, qui sort quelquefois en quantité et en force relativement considérables par une simple piqûre; cela est important à savoir au point de vue chirurgical; toutes les opérations pratiquées sur les parties éléphantiasiques sont extrêmement sanglantes, et il faut en être prévenu.

Les altérations nerveuses constatées, et qui sont surtout atrophiques et régressives, semblent être secondaires comme chronologie et comme importance; ce point toutefois n'a pas été développé avec les détails nécessaires.

Dans un grand nombre de cas, la prolifération éléphantiasique, alors même qu'elle est énorme, occupe surtout le derme profond et l'hypoderme, mais, dans d'autres circons-

(1) Vulpian. Note sur l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis des Arabes, communiquée à la Société de Biologie, le 8 novembre 1856. Comptes-rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie, 2e série, t. III, 1856, page 303. Paris, 1857.

tances, la zone papillaire participe activement aux altérations cellulo-lymphatiques, et donne lieu à toutes ces variétés si remarquables d'éléphantiasis, *villeux, papillomateux* et même *tuberculeux;* toutefois, dans ce dernier cas, et surtout dans les grandes masses globuleuses, c'est la totalité de la peau, hypoderme compris, qui constitue les masses saillantes.

Quant aux altérations superficielles de la zone épidermo-papillaire, elles ne diffèrent en rien de celles que l'on rencontre dans les papillomes acuminés, mous ou cornés, dans l'eczéma, le lichen, etc.

Les appareils glandulaires de la peau ne présentent, dans l'éléphantiasis, aucune altération spécifique ; ils sont en grand nombre détruits par compression cirrhotique, disséminés, portés à une grande profondeur par suite de l'augmentation considérable d'épaisseur du derme et de l'hypoderme.

Étiologie. — 1° *Conditions climatériques et régionales.* — Il faut inscrire nettement, en tête de ce paragraphe, l'ubiquité territoriale de l'éléphantiasis dans toute ses formes : je vous ai montré ici sur nos malades ou sur nos pièces autochthones toutes les variétés même les plus monstrueuses de l'éléphantiasis, toutes les formes anatomiques ou cliniques que l'on peut observer dans les pays arabes ou coloniaux.

Mais il n'en est pas moins vrai que la *fréquence* de l'affection n'est pas la même en différents pays, et qu'il en est où cette fréquence est si grande que l'affection peut y être déclarée *endémique.* Cela a lieu, surtout, dans toutes les terres basses, chaudes et humides.

Cette fréquence particulière dépend-elle des conditions vraiment propres aux climats, ou, au contraire, se rattache-t-elle exclusivement à la condition individuelle des habitants, à leur prédisposition de race, ou à ce qu'ils sont plus exposés dans ces mêmes pays à l'action des causes déterminantes ? Ce sont là autant de questions auxquelles il ne peut être donné qu'une réponse approximative, mais en affirmant cependant que c'est plutôt aux conditions prédisposantes et individuelles qu'au sol et au climat lui-même que la maladie doit être rapportée.

Aucune des opinions absolues ou trop catégoriques émises sur ce point de l'étiologie de l'éléphantiasis n'a pu être soutenue : ce n'est ni le miasme paludéen, ni l'usage d'eaux de mauvaise qualité, ni d'aliments spéciaux, exclusivement, mais un ensemble de conditions dont la nature et les combinaisons peuvent être très-variées, puisque la maladie se retrouve endémique en beaucoup de lieux où n'existent pas ces conditions étiologiques, ou, au contraire, manque dans beaucoup de régions où l'on retrouve ces conditions très-accentuées.

2° *Conditions individuelles prédisposantes* : *a. Hérédité.* — Si active pour tant d'autres affections, l'hérédité ne paraît pas jouer dans l'éléphantiasis un rôle appréciable.

b. Age et *sexe.* — L'âge n'intervient que dans la mesure déterminée par les conditions matérielles auxquelles sont soumis les sujets : mais c'est surtout à partir de la puberté, dans la jeunesse et l'âge moyen, et jusque dans la vieillesse, que l'on peut observer ou voir apparaître l'éléphantiasis. De même pour le sexe : l'inégalité de fréquence chez les hommes ou chez les femmes n'est manifeste que dans les pays où la civilisation a nettement établi cette inégalité au point de vue des conditions matérielles ou laborieuses de la vie.

c. Races. — L'action prédisposante de la race paraît manifeste, toutes choses égales d'ailleurs, dans la race éthiopienne, et généralement dans la race noire tout entière, pure ou mixte. De plus, les créoles ont une disposition irritative spéciale du système lymphatique en général, qui, à certains points de vue médicaux ou chirurgicaux, constitue véritablement pour eux une pathologie lymphatique propre.

3° *Conditions hygiéniques* et *pathologiques.* — L'action de ces conditions est certaine : l'éléphantiasis se développe avec plus de facilité chez tous les sujets placés dans de mauvaises conditions d'hygiène, populations inférieures des pays à esclaves, affaiblies par la misère, les privations, le travail excessif, l'irritation répétée des membres inférieurs par les *piqûres d'insectes*, la fange des marais, la continuation de ces irritations appliquées à des parties déjà altérées, etc. — Dans la même direction, agissent toutes les conditions dépressives produites par les maladies constitutionnelles, syphilis, scrofule, etc.

4° *Conditions déterminantes.* — Les conditions déterminantes directes ont une importance de premier ordre dans le développement de l'éléphantiasis : toutes les circonstances capables de produire l'irritation du réseau lymphatique (qu'elles émanent du dehors ou qu'elles proviennent du dedans), et aussitôt qu'elles sont capables de produire la *stase lymphatique* prolongée, favorisent l'apparition de l'éléphantiasis. De même toutes les lésions aiguës répétées ou chroniques du tégument, quelles qu'elles soient, lichen, eczéma, lymphangites, érysipèles, érythèmes répétés, etc. ; de même toutes les lésions scrofuleuses de la peau et les lésions syphilitiques.

Toutes les causes indirectes d'obstacle à la circulation lymphatique sont encore des conditions déterminantes de l'éléphantiasis, telles que les adénopathies chroniques, les varices, la phlébite des membres, la stase circulatoire veineuse prolongée, d'origine locale ou centrale, etc.

BIBLIOGRAPHIE

I. **De la fièvre jaune à la Martinique** (1), par M. le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine. — II. **Atlas of skin diseases** (2), par M. le professeur Louis A. Duhring. — III. **Traité de géologie et de paléontologie** (3), par le professeur A. Credner. — IV. **Dictionnaire de chimie pure et appliquée** (4), par M. Wurtz (de l'Institut).

I. Au moment même où le fléau désole plusieurs points du globe et allonge d'une manière si désolante la liste déjà longue du martyrologe de nos confrères de la marine, l'un d'eux, d'une activité dévorante, toujours sur la brèche, toujours prêt à profiter des occasions, M. Bérenger-Féraud, étudie à la Martinique la fièvre jaune et nous la fait connaître. Il l'avait déjà étudiée au Sénégal : appelé par son service à la Martinique, il reprend son étude dans les hôpitaux militaires des Antilles françaises et dédie précisément son travail à la mémoire vénérée de son père, « médecin en second, puis médecin-major de la corvette *la Victorieuse*, à la station des Antilles, pendant l'épidémie de 1838-1840 ».

S'il nous fallait relever toutes les dates d'épidémie de fièvre jaune jusqu'à nos jours, notre analyse prendrait des proportions considérables ; mais nous pouvons reproduire ces conclusions de l'auteur : « 1° qu'il faut une disposition spéciale de l'atmosphère pour que la fièvre jaune sévisse à l'état d'épidémie à la Martinique ; 2° que, dans les moments où cette disposition existe, il semble

(1) In-8°, prix : 7 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Cie.

(2) Grand in-4° avec planches chromolith. Prix du fascicule : 3 francs. Philadelphia, J. B. Lippincott and Co.

(3) In-8°, prix de l'ouvrage complet : 16 francs. Paris, F. Savy.

(4) Grand in-8° à deux colonnes, prix du fascicule : 3 fr. Paris, Hachette et Cie.

prouvé que l'importation a été parfois l'occasion d'une épidémie et qu'il est possible que la genèse spontanée ait pu aussi la produire. » M. Bérenger-Féraud se déclare pour les mesures quarantenaires rigoureuses.

Après cette page historique fort intéressante, l'auteur commence l'étude pathologique de la fièvre jaune. Il étudie d'abord la marche, la durée et les terminaisons de la maladie. Après les prodromes, il décrit quatre degrés : 1° fièvre jaune légère ; 2° fièvre de moyenne intensité (atteintes franches et insidieuses) ; 3° fièvre jaune grave avec ses formes fréquentes ou rares ; fièvre jaune sidérante. L'auteur nous fait ensuite connaître les complications, les rechutes, les récidives et la mortalité. Puis, reprenant les symptômes, il les analyse avec soin, discute l'étiologie, dans les conditions extérieures à l'individu, dans celles qui sont inhérentes à l'individu, et enfin dans la transmission. Après avoir retracé l'anatomie pathologique, discuté le diagnostic, fixé le pronostic, M. Bérenger-Féraud donne le tableau le plus étendu et le plus complet des moyens thérapeutiques si nombreux et par conséquent si incertains. Mais on doit savoir gré à l'auteur de ces recherches, nos confrères qui se trouvent en présence du fléau ont besoin de bien savoir ce qu'on peut faire, et M. Bérenger-Féraud a pris le soin de résumer le traitement qu'il paraît rationnel d'employer dans l'état actuel de la science.

Ce travail si remarquable se termine par un chapitre consacré à la prophylaxie et par des conclusions touchant la fièvre jaune à la Martinique.

II. M. le professeur Louis A. Duhring publie la troisième livraison de son très-bel *Atlas of skin diseases*. Quatre planches supérieurement traitées nous font connaître l'eczéma squamosum, le syphiloderma erythematosum, le purpura simplex, et le syphiloderma papulosum et pustulosum.

Chacune de ces planches, peintes d'après nature et chromolithographiées avec le plus grand soin, est accompagnée de l'histoire médicale du malade.

On ne saurait trop encourager l'œuvre du savant professeur de l'Université de Pensylvania. Grâce à lui nous aurons un jour un Atlas très-remarquable des maladies de la peau.

III. Le troisième fascicule du *Traité de géologie et de paléontologie* de Credner s'ouvre par l'étude de la structure des filons, de leur classification et de leurs rapports ; l'auteur aborde ensuite la sixième partie de l'ouvrage, consacrée à la Géologie historique.

Il se prononce tout d'abord pour la théorie de la descendance de Darwin. « La géologie confirme d'une *manière générale* la théorie du perfectionnement naturel et du développement continu des habitants de la terre. » — « Les *types collectifs* sont les types géologiques importants qui peuvent servir à soutenir la théorie de Darwin sur la descendance. »

Credner étudie alors les périodes et formations géologiques, leur extension, leur faciès, leur âge relatif. D'intéressants tableaux nous font connaître le développement progressif de la vie organique sur la terre, et les quatre âges de la terre : I. Age premier (archaïque) ; II. Deuxième âge (paléozoïque) ; III. Age moyen (mésozoïque) et IV. Quatrième âge (kainozoïque) ou dernière période.

Le fascicule que nous présentons à nos lecteurs étudie les groupes de formations archaïques (laurentien et huronien) ; ceux des formations paléozoïques (silurien, dévonien, carbonifère et dyas ou permien) ; il se termine par l'histoire des grès bigarrés et du muschelkalk et le commencement des marnes irisées (Keuper).

Les formations laurentiennes et huroniennes nous donnaient les premières traces, encore douteuses, de la vie organique : le silurien nous présente des algues et des invertébrés, les premiers poissons et végétaux vasculaires (rares) ; avec le dévonien prédominent les premiers invertébrés, poissons assez nombreux (ganoïdes cuirassés) et premiers végétaux vasculaires (fréquents). Le dyas et le carbonifère offrent le maximum de développement des cryptogames vasculaires, les premiers amphibies et les premiers reptiles.

Un nombre considérable de planches très-bien exécutées donnent la vie et le plus vif intérêt à ce fascicule. L'œuvre de Credner s'avance avec toute la ponctualité à laquelle l'éditeur nous a habitués, et nous aurons bientôt complet un excellent *Traité de géologie*.

IV. Le *Dictionnaire de chimie pure et appliquée* vient de se terminer avec son 26e fascicule. C'est un évènement pour tous ceux qui s'occupent des sciences chimiques, et, au nom de la science, nous ne saurions trop remercier l'éditeur qui a permis d'élever ce monument à la science contemporaine.

Le 26e fascicule ne le cède à aucun des autres pour l'intérêt et la variété des articles. Forcé de choisir pour citer, nous signalerons les études sur les vernis, le verre et sa fabrication, le vin et le vinaigre, le zinc et sa métallurgie.

Le *Dictionnaire de chimie pure et appliquée* est déjà dans toutes les bibliothèques sérieuses. Avis aux retardataires.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1878.

410. Bocquet. — Contribution au traitement, par les courants interrompus, de l'atrophie du deltoïde consécutive à l'arthrite scapulo-humérale.

411. Vasquez. — Des complications pleuro-pulmonaires du rhumatisme articulaire aigu.

412. Chabourau. — Des ruptures de la vessie dans leurs rapports avec les fractures du bassin.

413. Bataille. — Contribution à l'étude de la paralysie spinale atrophique de l'adulte.

414. Dechoudans. — Contribution à l'étude des ecchymoses sous-pleurales, surtout au point de vue médico-légal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — A la fin de l'année scolaire, la Faculté de médecine de Paris décernera les prix suivants :

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix qui consiste en une médaille d'or de 400 francs. Une question de médecine pratique est proposée au commencement de chaque année par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne.

Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique interne auquel il est attaché ; 2° la réponse à la question proposée.

Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire reconnaître.

Un jury est chargé de faire un rapport sur les pièces présentées au concours et de soumettre à la sanction de la Faculté les récompenses à décerner.

La question pour 1878-79 est : *les Hémiplégies.*

Prix Montyon. — Ce prix, qui consiste en une somme de 700 francs en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir.

Ce prix peut être partagé entre deux candidats.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire reconnaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Châteauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné, chaque année, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 30 janvier de l'année qui suit leur publication.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé tous les deux ans, alternativement, au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*. Ce prix Lacaze sera accordé, en 1878, au meilleur ouvrage sur la *fièvre typhoïde*. Les mémoires doivent être remis au secrétariat avant le 1er juillet.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses qui lui ont été présentées pendant le cours de l'année scolaire, en désigne un certain nombre qui lui paraissent dignes d'obtenir des récompenses. Ces récompenses sont partagées en trois classes :

Première classe : Médailles d'argent;

Deuxième classe : Médailles de bronze ;

Troisième classe : Mentions honorables.

Legs du baron de Trémont. — Grâce à un legs de M. Joseph Girod de Viennet, baron de Trémont, ancien préfet, la Faculté de médecine de Paris dispose d'une somme annuelle de 1,000 francs en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Les candidats trouveront au secrétariat de la Faculté les renseignements sur la nature des pièces à fournir. Elles sont reçues jusqu'au 1er juillet.

— *Faculté de médecine.* — *Avis.* — L'ouverture des cours de chimie médicale et de chimie biologique n'aura lieu qu'à la fin du mois de novembre, M. le professeur Wurtz ayant été chargé de la « lecture de Faraday » à Londres.

— M. le docteur Fano, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, commencera des conférences publiques et gratuites sur l'oculistique le lundi 25 novembre, à une heure de l'après-midi, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera les jours suivants à la même heure. Il traitera pendant le semestre d'hiver du diagnostic et de la thérapeutique des affections oculaires.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 137. — MARDI 26 NOVEMBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 26 NOVEMBRE 1878. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Kyste folliculaire profond du vagin.

Je viens de faire une ponction avec injection iodée pour une maladie rare, occupant une région où l'observation n'est pas toujours facile, d'un diagnostic un peu embarrassant et enfin d'un traitement délicat.

Il s'agit d'une femme qui s'est présentée à nous se plaignant d'avoir, aux organes génitaux, une grosseur qui, toutes les fois qu'elle était debout ou qu'elle marchait, venait faire saillie à l'extérieur de la vulve. Cette grosseur, disait-elle, remontait à cinq ou six mois; d'abord peu volumineuse, elle avait toujours été en augmentant, et, actuellement, elle était assez développée pour causer un état de gêne permanent. Enfin, quoique, au dire même de la malade, cette tumeur fût plutôt une incommodité qu'une occasion de grandes souffrances, il existait chez cette femme une grande appréhension, comme cela se voit d'ailleurs chez toutes celles qui ont une affection quelconque du côté des organes génitaux. J'ajouterai que cette tumeur disparaissait spontanément dans la position couchée.

Qu'était-ce que cette tumeur? Je ne l'ai d'abord pas vue, mais, par le toucher vaginal, j'ai senti, sur la paroi supérieure du vagin, commençant près de l'entrée de ce canal et se prolongeant jusqu'au niveau du col, un peu à droite de la ligne médiane, une saillie molle, semblant être un peu fluctuante, qui, sans augmenter beaucoup quand la malade toussait, tendait, à ce moment, à venir faire saillie au dehors.

Ma première impression fut qu'il s'agissait ici, soit d'un de ces prolapsus de la vessie que l'on rencontre quelquefois chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, prolapsus qui consistent, comme vous le savez, dans un relâchement de la cloison vésico-vaginale, laquelle, étant moins rigide qu'à l'état ordinaire, descend jusqu'à la vulve, et, laissant l'urèthre à sa place habituelle, vient faire saillie à l'orifice de la vulve; soit de cette autre variété de prolapsus que j'ai indiquée sans l'avoir vue et qui résulte d'une véritable hernie de la vessie à travers la tunique extrême du vagin éraillée.

Dans ce cas, au lieu d'un amincissement, d'un relâchement des parois vaginales dû à une régression des éléments constitutifs de ce conduit, il arrive que, par suite de la distension excessive qu'il subit au moment de l'accouchement, une déchirure, une éraillure ont lieu aux dépens de la couche externe du vagin et du tissu cellulaire qui sépare celui-ci de la vessie, d'où un orifice par lequel s'engage une partie de cet organe. Telle est la variété de tumeurs à laquelle j'ai donné le nom de cystocèle herniaire.

La distinction que je viens d'établir entre ces deux variétés de tumeurs n'existe pas dans les livres, et Malgaigne lui-même, dans son traité sur les cystocèles, ne l'a pas faite. Quoi qu'il en soit, ma première impression, quand j'ai vu cette femme à la consultation, a été, comme je vous l'ai dit, qu'il s'agissait de l'une ou l'autre de ces variétés de cystocèle. Aussi, en la faisant entrer dans le service, mon intention était-elle simplement de compléter le diagnostic et de conseiller à cette femme un moyen palliatif que nous employons ici pour presque tous les prolapsus, les pessaires en bondon.

Mais, pour justifier ce conseil, j'ai voulu me démontrer exactement que nous avions bien affaire à une cystocèle. Pour cela, la malade étant couchée sur son lit, j'ai introduit une sonde d'argent dans le canal de l'urèthre, pour savoir si, le cathéter étant parvenu dans la vessie, nous parvenions par le toucher vaginal à le sentir sous la muqueuse du vagin, faisant saillie à la vulve.

Malgré mes efforts, je n'ai pu y arriver : il ne s'agissait donc ni d'une cystocèle vaginale, ni d'une cystocèle herniaire.

Qu'était-ce donc? Comme cette tumeur augmentait de volume pendant la marche, quand cette femme toussait, etc., en un mot, lorsqu'elle faisait un effort quelconque; comme, au contraire, il y avait une apparence de réduction de la tumeur dans le vagin, quand la malade était couchée, je me demandai alors si nous n'avions pas affaire, par hasard, à un de ces cas, très-rares à la vérité, d'entérocèle, de hernie vaginale.

Mais je ne me suis pas arrêté longtemps à cette hypothèse, parce que j'ai constaté que la réduction n'était qu'apparente.

La réduction, en effet, au lieu de se faire dans le vagin, comme cela avait lieu, devait, s'il s'agissait bien réellement d'une entérocèle réductible, se faire au-delà du vagin. En outre, introduisant le doigt dans le canal, nous aurions dû, après la réduction, sentir une ouverture plus ou moins large correspondant à l'endroit où les parois vaginales étaient éraillées, rompues, et par laquelle se serait produite la hernie. En

l'absence de ces signes, j'ai donc dû abandonner immédiatement l'idée d'une hernie vaginale.

Introduisant alors profondément mon doigt dans le vagin, j'ai cherché s'il n'existait pas une tumeur fluctuante. J'ai constaté qu'en effet il existait de la fluctuation. Or une tumeur fluctuante du genre de celles qui rentrent dans le vagin sans effort, sans qu'on soit obligé de débrider, n'étant pas formée par une hernie de la vessie et ne déterminant en outre aucune douleur vive, ne peut être autre qu'un kyste.

Mais quelle espèce de kyste?

J'avais à choisir entre deux variétés, dont l'une, quoique rare, est un peu plus commune que l'autre. Je veux parler d'abord de ces tumeurs qui sont connues surtout depuis la description qui en a été donnée par Huguier, en 1847 ou 1848, dans le premier volume des mémoires, in-4°, de la *Société de chirurgie*. Ce sont des kystes formés aux dépens des follicules mucipares du vagin et siégeant, les uns à l'entrée du vagin, à la vulve, et parfaitement visibles à l'extérieur; les autres, plus profondément situés et échappant à l'observation directe.

Ici, cette tumeur est intra-vaginale quand la malade est couchée; elle a une large implantation sur le vagin, auquel elle adhère dans une assez grande étendue et même très-loin de l'orifice vulvaire. Ce serait donc plutôt ce que Huguier a appelé un kyste profond du vagin, d'origine folliculaire. Mais, à côté de cette première variété, je me souviens d'avoir lu l'indication qui était donnée par Demarquay, il y a une dizaine d'années, d'une autre espèce de kystes proéminant dans le vagin, s'avançant jusqu'à la vulve, et qui seraient des kystes séreux provenant du péritoine, des hydropysies enkystées de cette membrane séreuse, dans laquelle il se ferait, à la suite d'adhérences consécutives à une pelvi-péritonite, notamment, un enkystement de sérosité.

Cette sérosité enkystée dans l'excavation pelvienne peut, sous l'influence d'efforts répétés, venir s'engager à travers la paroi vaginale ou, simplement, repousser celle-ci devant elle et faire saillie dans le vagin. C'est, si vous voulez, la hernie d'une hydropisie enkystée du péritoine. Mais c'est un phénomène rare que, pour ma part, je n'ai jamais observé, pas plus que la hernie du vagin.

Cette femme avait-elle donc un kyste de ce genre? Cela n'est pas probable, attendu qu'elle n'a jamais eu de péritonite, et que l'on ne peut avoir de liquide enkysté dans l'excavation pelvienne sans avoir présenté, à un certain moment, une inflammation de cette séreuse.

Quoi qu'il en soit, hésitant entre ces deux diagnostics, entre un kyste du péritoine et un polype folliculaire vaginal profond, mais inclinant surtout en faveur de cette dernière hypothèse, j'ai fait ce matin une ponction exploratrice qui devait nous permettre de trancher la question d'une manière définitive. Si nous avions affaire à un kyste péritonéal, nous recueillerions une sérosité citrine, transparente; si, au contraire, il s'agissait d'un kyste folliculaire, le liquide fourni par la ponction devait nous présenter des caractères tout différents.

La ponction a donc été faite hier matin, et, comme je m'y attendais, j'ai trouvé un liquide épais, visqueux, d'un rouge jaunâtre, qui n'était autre que du mucus. Il s'agissait donc, non d'un kyste péritonéal, mais d'un kyste vaginal profond, d'origine folliculaire, tels qu'ils ont été décrits par Huguier, mais un peu plus gros, un peu plus volumineux que ne le sont d'ordinaire les kystes de ce genre.

Ce que voyant, et n'ayant pas d'ailleurs trouvé de pus en quantité notable dans le liquide qui avait été extrait par la ponction, j'étais décidé à traiter celui-ci comme la plupart des autres kystes, c'est-à-dire par la ponction suivie d'injection iodée, et nous avions ajourné à ce matin cette petite opération.

Je sais bien que ce mode de traitement n'est pas conseillé par Huguier, qu'il n'en est même pas fait mention dans son mémoire; néanmoins, bien qu'il n'en parle pas, j'ai décidé que nous y aurions recours, dans l'espoir que, s'il réussissait, il exposait la malade à moins d'accidents, à moins de complications ultérieures que l'opération qu'Huguier conseille à cette occasion, à savoir, l'incision et l'excision.

Voici pourquoi je n'ai pas voulu recourir tout de suite à ce mode de traitement. C'est, d'abord, parce que, le kyste étant assez volumineux, il nécessiterait une assez large incision; ensuite, et surtout, parce qu'il est profondément situé sur la paroi antérieure du vagin. Or, quoique cette portion du canal vaginal ne soit pas tapissée par le péritoine, il n'en est pas moins vrai qu'un kyste aussi profondément situé n'est pas très-éloigné de cette membrane séreuse. Et l'expérience m'a appris que l'on doit toujours se méfier des plaies qui peuvent être suivies d'inflammation suppurative un peu intense, quand elles siègent dans le voisinage du péritoine, parce qu'il peut arriver que l'inflammation se propage à la séreuse, même à travers la paroi plus ou moins épaisse qui sépare cette dernière de la solution de continuité vaginale.

Vous m'objecterez peut-être que c'est là une préoccupation excessive, une exagération. Ne le croyez pas : j'ai vu des femmes mourir de péritonite, à la suite d'une simple opération de polype, et, tout récemment encore, nous en avons eu un exemple dans le service. D'autre part, je me rappelle, à l'époque où j'étais élève, et où je fréquentais les services de Blondin, de Jobert (de Lamballe), avoir vu des malades succomber de la même manière, par suite d'une inflammation du vagin, au niveau duquel le péritoine n'avait cependant pas été lésé.

Voilà pourquoi j'ai préféré la ponction, suivie d'injection iodée dans la cavité kystique. Mais réussira-t-elle? Nous ne sommes plus, en effet, dans des conditions aussi favorables qu'hier, car, ce matin, le liquide que nous avons extrait contenait plus de leucocythes que la dernière fois, et il avait à la fois l'odeur et la coloration d'un liquide purulent. Il s'est donc développé, dans la cavité du kyste, un peu d'inflammation suppurative. Néanmoins, je n'ai pas renoncé à ma première intention, quoique les kystes purulents guérissent moins bien sous l'influence des injections iodées.

RECHERCHE PHYSIOLOGIQUE

DE L'OXYDE DE CARBONE DANS PLUSIEURS PRODUITS DE COMBUSTION,

Par N. GRÉHANT,
aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle.

Les expériences d'absorption de l'oxyde de carbone par l'organisme vivant dont j'ai déjà publié les résultats ont montré que dans une atmosphère qui renferme seulement de $\frac{1}{1.000}$ à $\frac{1}{4.000}$ d'oxyde de carbone le sang est capable d'absorber une quantité très-notable de ce gaz.

J'ai entrepris de rechercher si les gaz produits dans diverses combustions par des poids déterminés de combustible contiennent de l'oxyde de carbone en quantité suffisante pour être décelée dans le sang d'un animal servant de réactif physiologique du gaz toxique. J'ai expérimenté d'abord sur les produits de combustion de la bougie, de la braise de boulanger et du tabac à fumer.

Il a fallu d'abord produire la combustion dans un espace clos et recueillir la totalité des produits de combustion : pour y parvenir, j'ai employé un grand ballon de caoutchouc pouvant recevoir 200 litres de gaz, que j'ai introduit dans une grande cuve de bois doublée de zinc à couvercle mobile, d'une capacité de 600 litres, pleine d'air dont on diminue la pression à l'aide d'une trompe à eau aspirante. Les parois du ballon, dont la tubulure communique avec l'extérieur par un tuyau muni d'un robinet, sont alors soumises à une diminution de pression de 4 à 6 centimètres d'eau qui suffit pour faire de ce ballon un aspirateur permettant d'entretenir la combustion et de recevoir les produits gazeux.

J'introduis une bougie allumée dont j'ai pris le poids au milieu d'une allonge de verre dans laquelle elle est fixée par un bouchon traversé, en outre, par un tube de verre servant à l'entrée de l'air extérieur ; le col de l'allonge se continue avec un tube de verre long de 1 mètre, enveloppé d'un réfrigérant de verre traversé par un courant d'eau froide ; un tube de caoutchouc réunit le tube de verre au robinet du ballon aspirateur ; en ouvrant convenablement ce robinet, on entretient la combustion de telle sorte que la flamme soit éclairante et identique à celle d'une bougie qui brûle librement dans l'air.

Dans une expérience, la bougie a brûlé pendant un quart d'heure; le poids du combustible a été égal à 7 grammes. Le ballon rempli des produits de la combustion contenait sur cent volumes : dix-sept d'oxygène, deux d'acide carbonique et quatre-vingt-un d'azote. Après avoir pris du sang par la veine jugulaire du côté du cœur chez un chien du poids de 11^{k},9, on fait respirer à cet animal, par une muselière de caoutchouc et un tube à deux soupapes, les gaz contenus dans le ballon; les inspirations ont lieu dans le ballon, les expirations dans l'air; en vingt-cinq minutes, le ballon est complètement vidé, on prend alors dans la vessie un second échantillon de sang. On détermine les pouvoirs absorbants pour l'oxygène des deux échantillons de sang.

100^{cc} de sang normal ont absorbé 32^{cc},1 d'oxygène sec à 0° et sous la pression de 760^{mm}.

100^{cc} de sang de l'animal qui a respiré les produits de combustion ont absorbé 31^{cc},8 d'oxygène dans les mêmes conditions; la différence 0^{cc},3 indique donc seulement une trace d'oxyde de carbone, quantité fort petite et telle que, lors de la combustion d'une bougie à l'air libre, la viciation de l'air par l'oxyde de carbone est complètement négligeable.

La combustion du charbon dans l'air, comme l'a montré M. F. Leblanc, produit toujours de l'oxyde de carbone dont les effets toxiques sont bien connus; aussi j'ai recherché seulement la présence de l'oxyde de carbone produit par un faible poids de combustible.

Dans un creuset de terre à fond percé d'un trou, je place une petite grille en fil de fer, qui reçoit seulement 5 grammes de braise de boulanger allumée avec un chalumeau à gaz et air. Le creuset, fixé dans un support convenable, est recouvert d'une cloche de verre dont la tubulure est traversée par un tube de verre pénétrant jusque dans le creuset, puis, se recourbant et étant enveloppé d'un réfrigérant à eau, communique avec le ballon aspirateur. En ouvrant le robinet de ce ballon, on entretient la combustion régulièrement et on recueille tous les produits de la combustion qui se fait sans flamme. On replace dans le creuset un nouveau poids de 5 grammes de braise allumée et on recueille ainsi dans le ballon, qui est presque complètement gonflé, tous les produits de la combustion de 10 grammes de braise; les gaz recueillis contenaient 5,5 p. 0/0 d'acide carbonique et seulement 13,7 d'oxygène. On prépare ensuite de l'oxygène pur que l'on fait arriver dans le ballon pour augmenter la proportion centésimale de l'oxygène dans le mélange qui doit être respiré par un animal. Chez un chien du poids de 10^{k},5, 100^{cc} de sang pris dans l'artère fémorale ont absorbé 27^{cc},5 d'oxygène sec à 0° et à 760^{mm} de pression; on fait respirer à l'animal le mélange gazeux provenant de la combustion; bientôt le chien s'agite, vingt-quatre minutes après, on constate l'arrêt des mouvements respiratoires et des mouvements du cœur. On ouvre l'abdomen, avec un trocart on pique la veine cave inférieure et on recueille dans un flacon du sang qui est d'une couleur rouge vif et dont on détermine le pouvoir absorbant pour l'oxygène. On trouve que 100^{cc} de sang intoxiqué absorbent seulement 5^{cc},5 d'oxygène; donc le sang contient 27,5 — 5,5 = 22^{cc} d'oxyde de carbone combiné avec l'hémoglobine. Ainsi 10 grammes de braise de boulanger produisent assez d'oxyde de carbone pour empoisonner un chien de telle sorte que les 4/5 de l'hémoglobine sont combinés avec le gaz toxique.

J'ai déjà démontré autrefois que, lorsqu'on fait respirer un chien à travers trois ou quatre cigares en combustion, l'animal meurt empoisonné par l'oxyde de carbone. J'ai cru qu'il était utile de reprendre cette expérience en faisant brûler un certain poids de tabac et en cherchant par mon procédé l'oxyde de carbone dans les produits de la combustion ; j'ai fait brûler dans une pipe 20 grammes de tabac à fumer et j'ai recueilli dans le ballon aspirateur tous les produits de la combustion auxquels j'ai ajouté de l'oxygène pur. Un chien du poids de 19 kilogrammes fournit d'abord du sang normal et fut astreint à respirer directement dans le ballon, sans employer l'appareil à soupapes, parce que le volume du gaz n'était pas très-considérable : vingt-trois minutes après, l'animal est mort ; du sang fut pris dans la veine cave inférieure.

100^{cc} de sang normal ont absorbé 19^{cc},1 d'oxygène, tandis que 100^{cc} de sang intoxiqué ont absorbé seulement 5^{cc} d'oxygène, par suite ils contenaient 14^{cc},1 d'oxyde de carbone fixé par l'hémoglobine.

Ainsi les produits de la combustion dans l'air de 20 grammes de tabac renferment une quantité d'oxyde de carbone qui suffit pour tuer un chien d'assez forte taille.

LA DIFFÉRENCIATION SUIVANT LES SEXES.

Par M. le docteur DELAUNAY.

M. Delaunay a étudié la *sexualité* d'après la méthode qu'il a exposée, et qui consiste à étudier un phénomène biologique quelconque suivant toutes les circonstances anatomiques, physiologiques, mésologiques et pathologiques qui peuvent l'affecter.

Espèce. Chez les espèces inférieures, les deux sexes sont égaux, et il arrive même quelquefois que le sexe féminin l'emporte sur le masculin, exemple : le termite, la cochenille. Au contraire, chez les espèces supérieures ou arrivées au terme de leur évolution, on observe toujours la prééminence du mâle sur la femelle, qui mesure la différence existant entre les deux sexes. Parmi les vertébrés, ce sont les poissons qui présentent le moins de différence entre les deux sexes. La prééminence du mâle sur la femelle s'accroît à mesure qu'on s'élève des mammifères inférieurs aux supérieurs. Le mâle a le sang plus riche en globules rouges ; il absorbe plus d'oxygène et d' aliments, et excrète plus d'acide carbonique et d'urée ; sa température est plus élevée, ses muscles sont plus développés, son cerveau plus lourd, etc. Cette prééminence du mâle sur la femelle, qu'on observe chez les oiseaux et les mammifères, atteint son maximum dans l'espèce humaine. Prenons la température, par exemple; nous voyons qu'il y a plus de différence, à ce point de vue, entre l'homme et la femme qu'entre le coq et la poule. La même chose s'observe si l'on considère le poids du cerveau, etc.

Race. Chez les races inférieures, il y a égalité entre les deux sexes. Parfois même la femelle l'emporte sur le mâle. Chez les races humaines préhistoriques, M. Broca a reconnu que la capacité crânienne était presque aussi grande chez la femme que chez l'homme. La différence en faveur de l'homme va en s'accroissant : elle était de 100^{cc} chez la race de Cromagnon, elle est de 150^{cc} chez le Français d'aujourd'hui.

Si nous considérons les races humaines actuelles, nous voyons que les deux sexes sont égaux chez les inférieures, et inégaux chez les supérieures, par suite de la prédominance constante de l'homme.

D'après M. Broca, l'Européen s'élève plus au-dessus de l'Européenne que le nègre au-dessus de la négresse. D'après M. Pruner Bey, «la femme druse diffère très-peu de l'homme, et ce phénomène s'observe d'ailleurs chez beaucoup de peuples non civilisés.» Les

deux sexes sont de même taille chez les Boschismans, etc. Chez les Européens, la différence de taille en faveur de l'homme est en moyenne de douze centimètres, d'après M. Topinard. De même, si l'on considère la capacité crânienne, on voit que la différence en faveur de l'homme est de 37cc chez l'Australien, de 59 chez le Chinois, de 73 chez le nègre de Dahomey, de 149 chez l'Esquimau, de 203 chez l'Anglais. D'après M. le docteur Le Bon, « à taille égale, la femme a un cerveau beaucoup moins lourd que celui de l'homme. Les graphiques des cerveaux féminins de diverses races montrent que, même dans les agglomérations les plus intelligentes, comme les Parisiens contemporains, il y a une notable proportion de la population féminine dont les crânes se rapprochent plus par leur volume de ceux de certains gorilles que des crânes du sexe masculin les mieux développés. La différence existant entre le poids du cerveau de l'homme et de la femme va en s'accroissant constamment, à mesure qu'on s'élève dans l'échelle de la civilisation, en sorte qu'au point de vue de la masse du cerveau, et par suite de l'intelligence, la femme tend à se différencier de plus en plus de l'homme. » En considérant ainsi les divers appareils, on arrive aux mêmes conclusions.

Age. L'homme diffère plus de la femme pendant l'âge adulte que pendant la jeunesse et la vieillesse. Au moment de la naissance les garçons ont un centimètre de plus que les filles. L'homme adulte a 12 centimètres de plus que la femme. En vieillissant l'homme perd plus de taille que la femme, ce qui diminue la différence entre les deux sexes. Si l'on considère le poids du corps, le squelette, le pouls, le volume des poumons, etc., on arrive au même résultat. En ce qui concerne le poids du cerveau, d'après M. Broca, la différence de poids en faveur du cerveau masculin qui est de 7 0/0 de vingt et un à trente ans, s'élève à 11 0/0 de trente-et-un à quarante ans, puis s'abaisse à 10 0/0 de quarante et un à cinquante ans et à 8 0/0 de cinquante et un à soixante ans. Ces différences anatomiques entraînent des différences intellectuelles et morales qui expliquent pourquoi, dans les sociétés supérieures, les deux sexes, après avoir confondu leurs jeux pendant l'enfance, se séparent intellectuellement pendant l'âge mur et se rapprochent de nouveau pendant la vieillesse.

Constitution. La prééminence de l'homme sur la femme est plus grande chez les habitants des villes que chez ceux des campagnes, et chez les Parisiens que chez les provinciaux. D'après M. Broca, le Français, en général, a 150cc de capacité crânienne de plus que la Française, tandis que le Parisien en a 221 de plus que la Parisienne. Dans nos villes il est facile d'observer que l'homme diffère beaucoup plus de la femme dans les classes riches que dans les classes pauvres. Cette considération biologique nous explique pourquoi, tandis que chez les paysans et chez les ouvriers, les deux sexes ayant à peu près les mêmes facultés intellectuelles et morales peuvent sympathiser et n'ont pas de raison pour s'éloigner l'un de l'autre, il n'en est plus de même dans les classes intelligentes des villes où les deux sexes, par suite de la prééminence de plus en plus grande de l'homme, n'ayant plus les mêmes idées, les mêmes sentiments ni les mêmes goûts, ne peuvent plus se comprendre et font bande à part. Depuis longtemps les moralistes ont signalé cette scission qui s'opère entre les deux sexes dans la famille, dans les réunions d'hommes et de femmes, etc., etc., qui s'accroît d'année en année.

Appareils et organes. Certains organes et systèmes de la vie végétative sont plus développés chez la femme que chez l'homme, exemple : le rein, le système adipeux, etc. Au contraire, les appareils et organes de la vie animale (muscles, cerveau) sont beaucoup plus développés chez l'homme que chez la femme.

Fonctionnement. On pourrait croire que l'instruction donnée également aux individus de l'un et de l'autre sexe a pour effet de rétablir l'égalité entre eux. Il n'en est rien. Au contraire, le fonctionnement du cerveau accroît la prééminence de l'homme sur la femme. Dans les écoles mixtes où les deux sexes reçoivent la même éducation jusqu'à quinze ans, les instituteurs observent qu'à partir de douze ans les filles ne peuvent plus suivre les garçons. Cette observation démontre que l'égalité des deux sexes rêvée par certains philosophes n'est pas près de s'accomplir. Au contraire, cette égalité, qui existait chez les races primitives, tend à disparaître avec les progrès de la civilisation. La prééminence de l'homme sur la femme, qui est un produit de l'évolution, est encore accrue par l'instruction qui assure définitivement la suprématie de l'homme.

Conclusion. La prééminence du mâle résultant de l'inégalité des deux sexes étant plus grande chez les espèces et les races supérieures que chez les inférieures, chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard, chez les forts que chez les faibles, dans les appareils de la vie animale que dans ceux de la vie végétative, en un mot chez les individus et les parties d'individus les plus avancés en évolution, est *en raison directe de l'évolution.* De plus, cette prééminence étant accrue par le fonctionnement est *en raison directe de la nutrition.*

Au contraire, l'égalité des deux sexes existant chez les individus les moins avancés en évolution (races inférieures, enfants, vieillards, faibles) et étant accrue par le défaut d'exercice cérébral, est *en raison inverse de l'évolution et de la nutrition.*

Au point de vue pathologique, certaines maladies frappent le sexe masculin plus fréquemment et plus gravement que le féminin. Et ces maladies qui frappent le sexe le plus avancé en évolution sont précisément celles qu'on observe surtout chez les individus ou les parties d'individus les plus avancés en évolution (races supérieures, adultes, forts, côté droit). Aussi peut-on considérer ces maladies comme agissant en raison directe de la nutrition et de l'évolution. Telles sont les phlegmasies, la goutte, etc.

Au contraire, certaines maladies frappent le sexe féminin plus fréquemment et plus gravement que le masculin. Ce sont précisément les maladies qui affectent les races inférieures, l'enfant, le vieillard, le faible, le côté gauche, en un mot les individus ou les parties d'individus les moins nourris et les moins avancés en évolution. Aussi peut-on considérer ces maladies comme agissant en raison inverse de l'évolution. Parmi ces maladies se trouvent la tuberculose, le rhumatisme, certaines névralgies, etc.

En terminant, M. Delaunay rappelle qu'il est arrivé aux mêmes résultats en comparant les deux côtés entre eux. La droiterie ou prééminence du côté droit est en raison directe de la nutrition et de l'évolution, tandis que la symétrie est en raison inverse. Il se propose d'étudier la différenciation qui lui paraît être une loi de la biologie, non-seulement suivant les côtés et les sexes, mais encore suivant les espèces, les races, les constitutions, les divers appareils, et il fera connaître le résultat de ses recherches.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 novembre 1878. — Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. LABORDE présente plusieurs travaux de la part de M. Maurel, médecin de la marine, candidat au titre de membre correspondant.

M. DE SINÉTY, au nom de M. Verrier, présente une brochure sur la prophylaxie des teignes.

COMMUNICATIONS

Accidents déterminés par l'emploi de l'atropine et de la duboisine. — M. GALEZOWSKI fait une communication sur ce sujet. (Voir notre numéro du 23 novembre.)

M. DUMONTPALLIER s'étonne de voir aujourd'hui l'emploi de l'atropine donner lieu si fréquemment à des accidents alors que l'on ne signale jamais d'accidents à l'époque où Trousseau, et surtout Béhier, un peu plus tard, la préconisèrent au point que, jusqu'en 1866 ou 1867, presque tous les médecins eurent pour ainsi dire la passion de l'atropine... Depuis, des accidents s'étant manifestés, l'atropine a été remplacée par la morphine pour les injections sous-cutanées. M. Dumontpallier fait remarquer, en outre, que les accidents signalés aujourd'hui par M. Galezowski diffèrent de ceux qu'on observait autrefois ; autrefois, en effet, on constatait surtout une sensation de chaleur à la gorge, parfois même du gonfle-

ment du cou, des éruptions, des nausées et des vomissements, mais jamais d'accidents convulsifs ou épileptiformes semblables à ceux dont vient de parler M. Galezowski.

M. LABORDE, se plaçant seulement au point de vue physique, fait observer qu'il n'est pas étonnant que l'atropine détermine plus souvent des accidents, introduite dans un œil sain, et à plus forte raison dans un œil où vient d'être faite une plaie, qu'injectée sous la peau. L'absorption, en effet, dans ces cas, est beaucoup plus rapide et plus complète.

Relativement aux réflexions de M. Dumontpallier, M. Laborde fait remarquer qu'en général, chaque fois qu'une méthode nouvelle s'introduit en thérapeutique, elle semble ne présenter que des avantages et ne jamais donner lieu à des accidents; cela peut s'expliquer par plusieurs raisons : d'abord les accidents qui se produisent passent inaperçus ou sont attribués à toute autre cause qu'à l'emploi de la méthode nouvelle. En effet, la morphine elle-même, qu'on a, avec raison, considérée comme bien moins dangereuse que l'atropine, n'a-t-elle pas donné lieu déjà à des accidents très-graves et même à des syncopes mortelles? En outre, il est évident qu'au début on n'a pas employé de l'atropine aussi pure que celle qu'on obtient aujourd'hui. La question de provenance ou de préparation du médicament doit donc également entrer en ligne de compte relativement aux accidents observés.

L'atropine n'est pas un convulsivant; cependant, quand elle détermine la mort, chez les animaux, on observe presque toujours une période terminale de convulsions; mais on peut dire, d'une façon générale, que les convulsions n'entrent pas dans le plan physiologique des effets de l'atropine. Les faits de M. Galezowski, à ce point de vue, présentent donc une particularité anomale.

M. GALEZOWSKI fait observer qu'il n'a constaté d'accidents convulsifs que chez les enfants. Or l'on sait que les troubles nerveux se traduisent en général chez l'enfant par des convulsions.

Des signes différentiels de l'anévrysme abdominal et des tumeurs solides. — M. FRANCK, au nom de M. Boursier, interne des hôpitaux, et en son propre nom, présente l'observation d'un malade qu'ils ont examiné ensemble dans le service de M. Fauvel, à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années qui présente, avec des vomissements continuels, au niveau de l'épigastre, une tumeur pulsatile qui a d'abord été considérée comme une tumeur cancéreuse de l'estomac soulevée par les battements de l'aorte. Mais, après un examen attentif, MM. Franck et Boursier se crurent autorisés à réformer ce diagnostic et à admettre celui de tumeur anévrysmale, cela pour les raisons suivantes :

Deux signes, pour ainsi dire caractéristiques, permettent de distinguer l'anévrysme de toute autre tumeur de l'abdomen, l'un tiré du retard exagéré du pouls fémoral, l'autre de l'influence de la compression et de la décompression de la tumeur sur la circulation des membres inférieurs. Le premier de ces signes, très-net chez ce malade, comme l'indique le tracé sphygmographique que M. Franck met sous les yeux de la Société, suffirait pour le diagnostic d'anévrysme abdominal; mais, en outre, si on comprime la tumeur, la tension de l'aorte étant augmentée, les pulsations deviennent plus énergiques, comme l'indiquent les tracés; si l'on vient à décomprimer, c'est le phénomène inverse qu'on observe. Il s'agit donc bien d'un anévrysme siégeant, soit sur l'aorte, soit sur le tronc cœliaque.

Recherche physiologique de l'oxyde de carbone dans plusieurs produits de combustion. — A. GRÉHANT fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Des hémorrhagies intestinales consécutives aux lésions expérimentales de la moelle. — M. NOEL, au nom de M. Brown-Séquard, présente un cobaye auquel a été faite une section incomplète de la moelle. Cet animal a succombé à des symptômes d'asphyxie produite par un épanchement considérable de sang dans les intestins.

De la différenciation suivant les sexes. — M. DELAUNAY fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 23 novembre 1878. — Présidence de M. LUYS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. LABORDE présente, au nom de M. Magnin, candidat, deux brochures, l'une sur une variété d'acarus, l'autre sur une forme de teigne chez certains animaux domestiques.

Influence des mouvements exagérés de la respiration sur la circulation dans les cas d'anévrysmes intra-thoraciques. — M. FRANCK fait une communication sur ce sujet.

Des modifications de la coloration chez certains animaux privés d'un œil. — M. POUCHET, après avoir pratiqué, sur des truites, un grand nombre d'expériences qui ne l'avaient conduit qu'à des résultats négatifs, est arrivé à réunir les conditions dans lesquelles se produit très-nettement le fait suivant : on enlève l'œil droit à une truite, et, un certain nombre de jours après l'opération, on constate une très-notable différence entre la coloration du côté droit et celle du côté gauche, la première devenant noirâtre. Ce phénomène ne se produit que sur les poissons qui vivent au fond de l'eau et qui nagent tantôt sur un fond de verdure, tantôt sur un fond de sable.

Paralysie du moteur oculaire interne avec déviation conjuguée. — M. GRAUX présente sa thèse inaugurale intitulée : *Contribution à l'étude des localisations cérébrales (mésencéphale); de la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée (paralysie centrale par lésion du noyau de la 6e paire); recherches cliniques, anatomiques et expérimentales sur les relations de la 6e et de la 3e paire des nerfs crâniens.*

Ce mémoire est divisé en deux parties : une partie clinique, une partie de recherches anatomiques et physiologiques.

Dans la première partie M. Graux a établi :

1° Qu'il existe sur le plancher du quatrième ventricule une région très-limitée (*eminentia teres*, noyau de la sixième paire) dont les altérations pathologiques se traduisent par un symptôme caractéristique : la paralysie du muscle droit externe d'un œil avec inaction conjuguée du muscle droit interne de l'autre œil, symptôme que l'auteur a dénommé : paralysie de la sixième paire avec déviation conjuguée de l'œil du côté opposé à la paralysie, ou plus simplement : déviation conjuguée des yeux (forme paralytique).

2° Que cette paralysie du muscle droit interne n'est pas, dans certains cas, absolue; qu'elle apparaît ou disparaît selon le muscle de l'autre œil avec lequel ce droit interne paralysé entre en synergie; qu'ainsi, le muscle droit interne est paralysé dans la vision binoculaire à distance, parce que dans ce cas il agit avec son congénère le droit externe, lui-même paralysé; qu'au contraire ce muscle droit interne retrouve son action si on le fait se contracter avec son homonyme le droit interne de l'autre œil qui est sain (vision binoculaire de près).

3° *Et réciproquement*, au point de vue du diagnostic : M. Graux a montré que la présence de ce symptôme permettait d'affirmer, de la façon la plus précise, que le noyau de la sixième paire était intéressé.

4° Que jamais la paralysie du droit interne de l'œil sain ne s'observe dans les paralysies périphériques de la sixième paire, si près que la lésion soit du noyau.

5° Qu'il est possible de mettre en opposition la forme qu'il décrit (*paralysie centrale de la sixième paire*) et la forme ordinairement décrite (*paralysie périphérique de la sixième paire*) en disant que *la déviation secondaire de l'œil sain* consiste dans le premier cas en un *strabisme externe*, dans le second en un *strabisme interne*.

Dans la seconde partie consacrée à la physiologie pathologique, M. Graux a cherché à expliquer les faits établis par la clinique. L'interprétation de ces faits, a conduit l'auteur à émettre les hypothèses anatomiques et physiologiques suivantes :

1° Le noyau d'origine de la sixième paire ne fournit pas seulement le nerf moteur oculaire externe destiné au muscle droit externe du même côté, il fournit encore un filet au muscle droit interne de l'œil du côté opposé.

2° Le muscle droit interne n'est pas seulement innervé par le filet fourni par la sixième paire, il est de plus sous l'influence de la troisième paire.

M. Graux a demandé alors à l'anatomie et à la physiologie la confirmation de ces hypothèses.

Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Au point de vue *anatomique* : Il existe un faisceau de fibres nerveuses longitudinales, étendues sous le plancher du quatrième ventricule, du noyau de la sixième paire d'un côté au noyau de la troisième paire du côté opposé. (Ce faisceau n'a été bien constaté que chez le chat, les préparations sur l'homme n'ont pas été assez heureuses pour permettre d'être affirmatif sur ce point ; cependant, par analogie, on peut en considérer l'existence comme très-probable chez l'homme.)

2° Au point de vue *physiologique* : les mouvements de latéralité des yeux doivent être décomposés en :

(A) Mouvements de déplacement d'un côté à l'autre : mouvements sans accommodation (par exemple le regard étant porté à l'infini), destinés à porter le regard dans la direction de l'objet. Dans cette sorte de mouvements de latéralité, la solidarité des deux yeux est assurée par la synergie du muscle droit interne d'un côté et du muscle droit externe de l'autre. C'est le noyau de la sixième paire de chaque côté qui est le centre d'où part cette double innervation simultanée.

(B) Mouvements d'accommodation des axes optiques, concordant avec l'accommodation des milieux réfringents de l'œil : mouvements destinés à porter le regard sur l'objet, relativement à sa distance. Dans ces mouvements qui sont produits par les deux droits internes, la synergie de ces deux muscles et l'accommodation intra-oculaire sont produites par la même excitation nerveuse venue du noyau de la troisième paire.

Enfin, tout à fait incidemment, ces expériences conduisent à substituer à la théorie de Prévost sur la déviation conjuguée, une hypothèse plus physiologique, à savoir que, dans les lésions cérébrales à ictus, la déviation conjuguée serait produite par un retentissement à distance sur le noyau de la sixième paire (soit au moyen du mécanisme signalé par M. Duret : compression par le liquide sous-arachnoïdien et ventriculaire, soit au moyen d'une action directe sur les centres sensitivo-moteurs, écorce et tubercules quadrijumeaux supérieurs, etc.).

M. JAVAL pense que les faits dont vient de parler M. Graux peuvent trouver une explication physiologique : si on suppose, en effet, une paralysie du droit externe de l'œil droit amenant un strabisme convergent de cet œil, sans chercher un lien anatomique entre l'innervation du droit externe de l'œil droit et celle du droit interne de l'œil gauche, on peut admettre que, pour éviter la diplopie résultant de la perte de la vision binoculaire, l'œil gauche se porte de lui-même dans une sorte d'adduction forcée pour ramener le parallélisme des axes visuels.

M. GRAUX fait remarquer que, chez le malade dont il a rapporté l'observation, il n'y avait pas de diplopie et par conséquent pas de raison pour nécessiter cette adduction forcée de l'œil sain dont vient de parler M. Javal. Il ajoute, d'ailleurs, que les faits cliniques et les faits expérimentaux qu'il a publiés lui semblent à l'abri de toute contestation.

M. LABORDE ajoute quelques mots, seulement au point de vue physiologique : le droit externe d'un côté et le droit interne de l'autre devant, dans les conditions normales, se contracter toujours synergiquement, il y a lieu de s'étonner que ces deux muscles soient soumis à une innervation différente et n'obéissent pas conséquemment à la même influence : les physiologistes ont donc pensé qu'il devait y avoir une liaison anatomique entre ces deux muscles, et il était naturel d'admettre un entre-croisement des fibres nerveuses. M. Vulpian pratiqua la section médiane du ventricule dans le but de détruire cet entre-croisement jusque-là simplement hypothétique. Contrairement à ce qu'il attendait, il n'obtint aucun changement. Depuis, de nouvelles expériences ont été entreprises, et M. Laborde a démontré que cet entrecroisement existait en réalité, mais siégeait beaucoup plus haut que là où l'avait cherché M. Vulpian.

De l'action vaso-motrice du sympathique et des nerfs des membres. — M. DASTRE rappelle que dans le cours de cette année il a fait, avec M. Morat, deux communications successives où ils ont exposé les résultats de leurs recherches sur l'action vaso-motrice : 1° du sympathique, et 2° des nerfs des membres (sciatique). Cette double étude comparative avait pour but de fixer le sens et la nature de l'action vaso-motrice des troncs nerveux complexes qui naissent des plexus du système nerveux cérébro-spinal et se rendent aux organes de la périphérie, notamment à la peau. Ces expériences ont permis d'affirmer, contrairement à l'opinion généralement soutenue, *qu'il n'y a pas de nerfs vaso-dilatateurs dans le tronc du sciatique* et par extension dans les troncs nerveux analogues, tels que les nerfs émanés du plexus brachial et du plexus cervical. Des expériences exécutées récemment dans le laboratoire de M. Chauveau pour répondre à certaines objections sur la nature variable des effets obtenus, suivant la nature et l'intensité des courants employés, permettent aux auteurs de maintenir dans toute sa rigueur leur première conclusion.

Où donc sont les vaso-dilatateurs correspondant aux vaso-constricteurs contenus dans ces nerfs? Par quel mécanisme se fait la dilatation vasculaire que l'on remarque dans les régions correspondantes, tantôt sous l'influence de causes extérieures telles que la chaleur, tantôt sous des influences réflexes comme dans l'expérience de Löven?

Dans le but de répondre à ces questions, MM. Dastre et Morat ont entrepris une double série de recherches sur l'action vaso-motrice du sympathique abdominal, et en second lieu des branches d'origine du sympathique cervical. Il s'agissait de déterminer quel est le sens et quelle est la nature de l'action vaso-motrice de ces nerfs, suivant qu'on agit sur eux avant ou après leur passage dans les ganglions qu'ils traversent.

Les résultats ont paru assez nets pour être publiés dès à présent.

Sur un chien légèrement curarisé, on découvre, par une plaie faite, au niveau de l'épaule, le ganglion cervical inférieur et les rameaux de communication qui le relient au ganglion premier thoracique. Ces rameaux sont au nombre de deux et embrassent par leur dédoublement l'artère sous-clavière en constituant l'anneau de Vieussens. L'un de ces rameaux est directement étendu d'un ganglion à l'autre ; c'est le plus superficiel. L'autre, plus profond, décrit une anse et souvent ne rejoint les ganglions que par un trajet indirect en réunissant l'un à l'autre les deux principaux nerfs cardiaques. Ces variations, dans sa situation et ses rapports, le rendent quelquefois difficile à découvrir. Lorsqu'on excite ce dernier filet nerveux par l'électricité, on produit d'emblée du côté de la face des phénomènes vasculaires qui se traduisent par une rougeur et une dilatation des petits vaisseaux de la joue bien visibles du côté de la muqueuse, en arrière de la commissure. Rien d'apparent du côté de la langue et du pharynx, ainsi que de la joue du côté opposé. Si on coupe le filet nerveux après l'avoir lié et qu'on excite le bout resté en rapport avec le ganglion cervical inférieur, on observe que l'excitation produit encore les mêmes effets. Si, au contraire, on porte l'excitation sur le cordon sympathique lui-même, au dessus du ganglion cervical inférieur, on détermine la constriction des vaisseaux et la pâleur de la muqueuse.

Cette observation est de nature à éclairer les fonctions actuellement inconnues des ganglions échelonnés le long de la chaîne du sympathique. Elle nous montre d'autre part quelle idée il faut se faire des nerfs vaso-dilatateurs et pourquoi certaines régions en paraissent dépourvues. Si ce résultat se généralise, on devra comprendre le système vaso-moteur de la façon suivante : Les muscles des vaisseaux reçoivent, comme le supposait Cl. Bernard, une seule espèce de nerfs, les vaso-constricteurs ; ceux-ci entrent en connexion avec les vaso-dilatateurs par l'intermédiaire des éléments ganglionnaires qu'ils présentent sur leur trajet. Mais c'est là surtout le point nouveau mis en lumière par l'expérience de MM. Dastre et Morat. Ces connexions n'existent pas nécessairement à la périphérie, dans le voisinage même des vaisseaux ; elles peuvent se faire à des hauteurs très-différentes, tantôt dans l'épaisseur même des organes (langue), tantôt à une faible distance (ganglion sous-maxillaire), tantôt loin

de la périphérie (ganglion cervical inférieur. C'est entre la moelle et ces ganglions qu'il faut rechercher les nerfs vaso-moteurs des membres, du sciatique en particulier. Les résultats obtenus dans ce sens par MM. Dastre et Morat, en étudiant la chaîne du sympathique abdominal, sont de nature à confirmer cette vue. Les auteurs se réservent de les faire connaître lorsqu'ils auront pu éliminer les causes possibles d'erreur qui, dans une région si difficilement abordable à l'expérimentation, sont de nature à faire hésiter sur les conclusions à tirer des expériences.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Si nous sommes bien informés, M. Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne, serait prochainement nommé médecin en chef de la maison de Charenton, et M. le professeur Ball trouverait dans le bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne un riche terrain pour son cours de médecine mentale. Ainsi se terminerait au bénéfice de la science et des personnes un état de choses qui a trop duré.

— La Faculté de médecine de Paris, selon les déclarations de M. Bardoux, à la Chambre des députés, dans la séance du 22 novembre, va posséder six amphithéâtres, trois laboratoires. L'étendue de sa bibliothèque sera quadruplée; les galeries de ses collections seront triplées.

L'École pratique aura six amphithéâtres, quatorze laboratoires, et les tables de dissection, de quatre-vingts, seront portées à cent quatre-vingts.

— Par décret en date du 17 novembre 1878, ont été promus, dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Raoult-Deslonchamps;

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Aron et Muller;

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Marvaud, Bucquoy, Claudot, Blanche, Breton, Daguerret et Renard.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. Élie Faivre passe de l'hôpital de la Croix-Rousse à l'Hôtel-Dieu. MM. Albert Carrier et Schaack deviennent titulaires de l'hôpital de la Croix-Rousse.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Polosson est nommé aide d'anatomie.

— Les administrateurs de l'hospice civil de Versailles informent les élèves qu'il y a actuellement deux places d'internes vacantes. Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent faire une demande et y joindre : 1° le relevé de leurs inscriptions; 2° un certificat de moralité. S'adresser à l'administration de l'hospice civil de Versailles.

— M. Armand Gautier, agrégé, maître de conférences à la Faculté de médecine de Paris, commencera des conférences de chimie médicale et toxicologique, mardi 26 novembre à midi (grand amphithéâtre). Il traitera les principales substances toxiques chimiques, minérales et organiques, et exposera les méthodes de recherches toxicologiques.

— M. le professeur Wurtz commencera son cours de chimie médicale le jeudi 28 novembre, à midi (grand amphithéâtre), et les continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure.

M. Wurtz commencera son cours de chimie biologique le mardi 3 décembre, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis suivants, à la même heure.

— M. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons de clinique médicale, le mardi 30 novembre, à neuf heures (amphithéâtre n° 3). Tous les jours, visite et interrogatoire des malades par les élèves (salles Saint-Athanase et du Rosaire).

Le jeudi, examen au spéculum, et consultation spéciale des maladies des femmes.

Les mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre.

— M. Gariel, agrégé, maître de conférences à la Faculté de médecine, commencera des conférences de physique médicale lundi 2 décembre, à midi (grand amphithéâtre). Il traitera les propriétés générales des corps et les actions moléculaires.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 138. — JEUDI 28 NOVEMBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 28 NOVEMBRE 1878. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La Revue scientifique publiait, dans son numéro du 3 août dernier, un article intitulé : *La fermentation alcoolique; dernières expériences de Claude Bernard.* Cet article, dont on doit la mise au jour à M. Berthelot, était une réunion de notes diverses, et une sorte de programme d'expériences à suivre, en partie réalisées déjà, et ayant pour objet le contrôle des faits et des conclusions sur la fermentation que M. Pasteur a souvent produits devant l'Académie des sciences et l'Académie de médecine. Ces notes sont la condamnation absolue des vues de M. Pasteur, au sujet de la fermentation en général, et de la fermentation alcoolique en particulier. En voici les conclusions :

« La théorie est détruite.

« 1° Ce n'est pas la vie sans air, car, à l'air comme à l'abri de son contact, l'alcool se forme sans levure.

« 2° Le ferment ne provient pas des germes extérieurs, car, dans les jus aplasmiques ou inféconds (verjus et jus pourris), le ferment ne se développe pas, quoiqu'ils soient sucrés. Si l'on ajoute du ferment, alors ils fermentent.

« 3° L'alcool se forme par un ferment soluble, en dehors de la vie, dans les fruits mûrissants ou pourris; il y a alors décomposition du fruit, et non synthèse biosique de levure ou de végétation. L'air est absolument nécessaire pour cette décomposition alcoolique.

« 4° Le ferment soluble se trouve dans le jus retiré du fruit (jus pourri); l'alcool continue à s'y former, et à augmenter.

« Avec l'infusion de levure ancienne, la démonstration devient encore plus facile.

« Il y a, dans la fermentation, deux états à étudier :

« A. Décomposition.

« B. Synthèse morphologique. »

M. Pasteur, surpris par la publication de ce document dont il n'avait eu jusque-là aucune connaissance, conçut, dès ce moment, le projet de répéter les expériences de Claude Bernard, en se plaçant dans le courant même de ses idées préconçues, et fit part à l'Académie des sciences de cette intention. C'est le résultat de cette nouvelle série d'expériences qu'il a exposé hier à l'Académie de médecine. Dans l'impossibilité où nous sommes de donner aujourd'hui les détails des expériences, nous reproduisons seulement, pour nos lecteurs, un résumé de son appréciation générale du manuscrit de Claude Bernard.

Nous ne pourrions que répéter ici, à cette occasion, ce qu'a dit M. Berthelot à l'Académie des sciences lorsque M. Pasteur y a porté les premiers éléments de ce nouveau débat. On ne peut qu'applaudir à l'exécution de nouvelles expériences de M. Pasteur; la science vivant d'observations et de contradictions, la publication du manuscrit de Claude Bernard aura été utile si elle nous procure de nouvelles découvertes de M. Pasteur. Elle le sera doublement, et par les travaux de M. Pasteur, et par les travaux des autres savants, suscités sans doute dans un sens différent et suivant la direction nouvelle signalée par Cl. Bernard.

Avant la communication de M. Pasteur, l'Académie a entendu la lecture d'un très-important mémoire de M. le docteur Léon Labbé, candidat pour la section de médecine opératoire, sur les indications de l'anus artificiel dans le cancer du rectum. On trouvera les conclusions de ce mémoire dans le compte-rendu de la séance.

A la fin de la séance, M. J. Rochard a présenté divers appareils prothétiques imaginés et heureusement appliqués par un aumônier de la marine, M. l'abbé Néel; on en trouvera également une courte description dans le compte-rendu.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Épisodes nouveaux de l'hystéro-épilepsie. — Zoopsie. — Catalepsie chez les animaux.

I. *Contracture hystérique ; disparition subite.* — On sait que la contracture hystérique est d'une ténacité extrême, et persiste quelquefois pendant plusieurs années. J'ai vu ici une malade atteinte de contracture hystérique permanente pendant huit années consécutives. Mais il peut arriver que la contracture disparaisse tout à coup sous l'influence d'une émotion morale vive, et surtout sous l'influence d'une excitation religieuse. C'est là un fait qui n'est absolument pas douteux. Ainsi, je vous présente cette malade qui est aujourd'hui très-bien guérie. Elle est entrée à la Salpêtrière comme incurable : elle était atteinte d'une contracture du côté gauche qui durait depuis huit ans : quelque temps après la Commune, elle se trouve dans cet hospice, mêlée à une cé-

rémonie religieuse qui l'impressionne vivement; tout à coup ses membres se détendent et sa contracture cesse immédiatement. Ce n'est pourtant que les jours suivants que disparurent successivement l'anesthésie, puis l'achromatopsie qui siégeaient du même côté gauche; depuis cette époque, elle est restée guérie complètement : vous pouvez reconnaître chez elle la malade dont j'ai publié la photographie dans mon livre, par les cicatrices de brûlures qui sillonnent son visage. C'est cette même malade qui nous a présenté des phénomènes d'ischurie hystérique, et qui vomissait de l'urée tous les jours. Notons aussi que l'hystéro-épilepsie chez elle a survécu quatre années à la ménopause.

II. *Paralysie hystérique; diagnostic.* — La paralysie est le phénomène précurseur ordinaire de la contracture : un membre se paralyse d'abord, puis survient la contracture. C'est, par exemple, ce qui est arrivé chez la religieuse de la Creuse dont je vous ai entretenus dans la précédente leçon (1). A la suite d'une attaque plus ou moins violente, un membre est paralysé, puis il devient le siège d'une contracture.

Je vous présente aujourd'hui une jeune fille atteinte d'anesthésie totale, prédominante du côté gauche : c'est de ce côté qu'il existe une paralysie hystérique très-marquée. Il y a presque une paraplégie. Comment distinguer une paralysie hystérique d'une paralysie due à une myélite, à une lésion matérielle de la moelle? A côté de cette jeune fille je place une femme atteinte de myélite partielle, et qui ne présente aucun phénomène hystérique. Vous pouvez constater que les phénomènes *locaux* sont absolument identiques. Vous savez que l'on dit caractéristiques des myélites partielles latérales de la moelle, de ces myélites qui intéressent surtout les fonctions motrices, les caractères suivants : 1° la *trépidation spontanée* qui se produit lorsqu'on redresse la pointe du pied du côté paralysé; 2° le *réflexe tendineux* que l'on observe quand on produit un choc sur le tendon rotulien : aussitôt on voit une petite secousse du membre (il faut fléchir la jambe et bien la soutenir en tenant la main sous la partie postérieure de la jambe); 3° la *trépidation spontanée* que l'on produit lorsque l'on cherche à élever le membre en le tenant avec la main appliquée sur la plante des pieds.

Vous voyez que chez l'une et l'autre de ces deux malades je provoque également ces trois phénomènes classiques de la lésion des faisceaux latéraux de la moelle. Il faut donc chercher ailleurs le diagnostic différentiel de la paralysie hystérique et de la paralysie organique. Il faut étudier le tableau tout entier, les phénomènes généraux de l'organisme, et chercher les symptômes que l'on pourrait croire accessoires, et qui pourtant sont de la plus haute importance puisque, par eux seuls, on peut dire si la malade est hystérique ou ne l'est pas. Je vous montre ici des types accomplis dont vous pouvez nettement saisir les différences. Mais il n'en est pas toujours ainsi dans la pratique ordinaire, et parfois il est difficile de se prononcer. J'ai ainsi été appelé à l'étranger pour donner mon avis dans un cas où l'on se demandait la nature d'une paralysie dont était atteinte une jeune femme de vingt ans. Le diagnostic était difficile, mais je fus mis sur la voie du diagnostic dès que, l'ayant regardée fixement avec beaucoup d'intérêt, je remarquai que ses yeux convergeaient en haut, avec du strabisme interne, et que ses paupières palpitaient légèrement. Il n'y avait pas d'anesthésie des membres supérieurs; mais, ma main ayant touché légèrement l'autre membre inférieur que je croyais contracturé, la malade poussa un cri; il y avait donc hyperesthésie de ce côté du corps. C'étaient là des stigmates de l'hystérie; bien qu'il n'y ait pas eu antérieurement d'attaques ni de crises nerveuses, ce qui n'est pas indispensable au diagnostic, j'affirmai que c'était là de l'hystérie et que la guérison surviendrait spontanément, et, en effet, elle survint rapidement.

Cette jeune fille, atteinte de paralysie du côté gauche, présente aussi une anesthésie totale des deux côtés du corps. Vous voyez que son pharynx est absolument insensible; nous lui rendons cependant la sensibilité au moyen de l'application d'un collier fait avec des plaques de zinc. Après quelques minutes, la sensibilité est complètement rétablie.

III. *Zoopsie.* — L'achromatopsie partielle ou totale n'est pas le seul trouble de la vision que l'on observe chez les hystériques. Je veux aujourd'hui appeler votre attention sur un autre phénomène intéressant des troubles visuels; je veux parler de la *vision des animaux*, que l'on pourrait appeler la *zoopsie*. En effet, dans nos salles, même pendant les périodes de calme, nos hystériques sont parfois épouvantées par des visions d'animaux. Elles voient des rats, des chats, des animaux, noirs en général, qui se présentent toujours du même côté, du côté de l'achromatopsie; ils courent, sautent dans la même direction, venant par derrière et latéralement.

Il est des cas où ils sont rouges. A ce propos, il est intéressant de signaler, dans les causes célèbres, un détail du fameux procès de La Roncière (vers 1835) : la jeune fille prétendait que l'homme qui avait escaladé les fenêtres de sa chambre portait un habit et un bonnet rouge : cette hallucination rouge revenait toujours à la jeune hystérique.

Parmi les hystériques que je vous présente, celle-ci voit des chats noirs du côté gauche, côté de sa paralysie; celle-là voit un lion rouge, cette autre voit des rats à sa droite, cette dernière voit des rats et des araignées, toujours venant d'arrière en avant.

Pour mieux établir le contraste que je vous signalais dernièrement entre l'hystéro-épilepsie et l'épilepsie, je fais venir à côté de ces hystériques plusieurs malades atteintes d'épilepsie et surtout d'épilepsie vertigineuse; vous constatez combien sont plus graves les troubles de l'intelligence chez les épileptiques. Telle hystérique, la doyenne de cet hospice, est sans doute d'une intelligence très-bornée, mais elle ne présente pas de démence. Au contraire, cette épileptique n'a plus trace d'intelligence; elle ne connaît que le sucre et les petits papiers qu'elle collectionne; toutes ces autres se rapprochent plus ou moins du genre gâteux; elles savent à peine leur nom, etc.; en un mot, elles ne peuvent être comparées aux hystériques les plus invétérées.

IV. *Catalepsie artificielle; nouvelles expériences.* — Je vous ai montré comment il suffit pour rendre cataleptique une hystérique de lui faire regarder fixement la lumière électrique. Dès qu'on cesse l'éclairage électrique, elle tombe dans l'état d'hypnotisme, pendant lequel nous avons constaté l'excitabilité spéciale des muscles et des nerfs. Pour vous montrer que cette expérience n'est pas faite avec ce qu'on appelle un sujet, je la répète avec une autre de nos hystériques. Pendant qu'elle est dans l'état de somnambulisme, je puis, en la *sollicitant*, lui faire faire quelques petites choses. Je n'ai pas la prétention de la faire voir et lire par l'épigastre, mais je puis la faire lever de son siège en la priant à plusieurs reprises, je lui dis de s'asseoir à cette table et d'écrire « mon nom, mes prénoms » (qu'elle connaît), et vous voyez qu'elle les a écrits sur cette feuille de papier : « Charcot (Jean-Martin) ».

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, n° 135.

Elle est maintenant insensible sur toute la surface du corps, tandis qu'à l'état ordinaire elle ne l'est que du côté droit.

Nous pouvons la rendre hypnotique ou somnambule d'un côté du corps et cataleptique de l'autre (ce fait a été découvert par M. Descourtis, externe de mon service). Il suffit pour cela de rendre la lumière électrique et d'ouvrir à la malade les paupières du côté droit par exemple; aussitôt elle est cataleptique de ce côté droit, et je donne à ses membres droits toutes les attitudes imaginables. Pendant ce temps, le côté gauche est dans l'hypnotisme; il présente les phénomènes d'excitabilité musculaire et nerveuse que vous connaissez; je puis provoquer de ce côté gauche les contractures hystériques, de la langue par exemple.

Je la rends cataleptique des deux côtés en ouvrant les paupières du côté gauche, et je la réveille en lui soufflant sur la figure. Elle a gardé ses contractures du côté gauche de la langue. Je les fais disparaître comme vous savez : je lui fais regarder la lumière électrique, elle devient cataleptique ; je fais cesser la lumière électrique, elle devient hypnotique, et je la réveille brusquement.

Il est un autre moyen de provoquer la catalepsie : je fais asseoir ces deux hystériques sur la caisse à résonnance de ce gros diapason. Dès que je fais vibrer le diapason, vous les voyez tomber immédiatement en catalepsie. Arrêtons les vibrations du diapason : elles tombent en somnambulisme. Faisons de nouvelles vibrations du diapason, la catalepsie reparaît.

Ce fait curieux, remarqué par M. Vigouroux, est-il dû à l'excitation de la sensibilité auditive, ou à celle de la sensibilité générale? Nous ne le savons pas; nous rechercherons bientôt si l'excitation de la sensibilité de l'odorat, du goût, provoque les mêmes phénomènes.

V. *Catalepsie chez les animaux.* — On a pu provoquer la catalepsie chez les animaux. C'est un fait reconnu depuis longtemps. En 1636, le R. P. Athanase Kircher raconte (*Ars magna lucis et umbræ*) un fait curieux, dû à l'imagination des poules, et surtout des coqs : si l'on fixe, pendant un certain temps, la tête d'un coq près d'un tableau noir sur lequel on a fait une raie blanche, juste au niveau de la tête du coq, celui-ci devient cataleptique : il ne sent plus les piqûres, et garde une attitude spéciale. Avant le R. P. Kircher, Schwenter avait parlé de cette expérience, et lui-même l'avait apprise dans un livre imprimé à Paris, et intitulé : *Récréations mathématiques.* Le fait avait donc été été observé en France d'abord, puis transporté en Allemagne, d'où il est revenu ensuite.

Nous remplaçons le tableau noir avec une raie blanche par une lumière vive, devant laquelle nous tenons fixé le bec d'un coq : il devient cataleptique. Hier, l'expérience nous a parfaitement réussi, plus complètement qu'aujourd'hui.

On peut la répéter sur d'autres animaux, moineaux, salamandres, écrevisses, lapins, etc. Avec le cochon d'Inde, nous avons toujours échoué.

VI. *De l'hystérie dans l'art.* — Nous nous proposons, mon collaborateur M. Richet et moi, d'étudier cette question : de l'hystérie dans l'art. Je termine cette conférence en vous montrant de quoi il s'agit.

Nous projetons sur cet écran la copie exacte d'une fresque que j'ai remarquée dans une église de Florence, pendant un voyage fait récemment en Italie. Elle représente un miracle de saint Philippe de Néri, ascète qui passait pour reconnaître les gens chastes à leur seul parfum spécial.

Il est représenté guérissant une possédée (1595). Remarquez comme il fixe l'attention de la malade qui est devant lui, et examinez l'attitude de celle-ci ; c'est la chute d'une hystérique dans l'état hypnotique ou de somnambulisme. Voyez la résolution des membres : ce fait est absolument copié sur nature. Sans le savoir ni le vouloir, le saint a produit l'effet que nous étudions actuellement.

Ce deuxième tableau, que j'ai vu dans une église de Gênes, est de Rubens : il représente un autre miracle : saint Ignace de Loyola guérissant une démoniaque.

Nous remarquons ici une autre phase de l'hystérie : c'est une véritable attaque d'hystérie ; la démoniaque déchire ses vêtements, et ses membres se contracturent; la convulsion de la langue et des mâchoires est admirablement représentée : les détails en sont d'autant plus authentiques, que nous avons l'esquisse même de cette tête, faite par Rubens. C'est la photographie la plus fidèle des contorsions d'une attaque d'hystérie.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Ernest BESNIER.

De l'éléphantiasis (1).

Pronostic. — Le pronostic de l'éléphantiasis est extrêmement variable selon les cas : d'une manière générale, il n'entraîne aucun danger direct pour l'existence. Les accès éléphantiaques, malgré la violence que présente parfois leur degré fébrile, se terminent généralement d'une manière favorable. Le danger pour la vie des malades provient seulement des complications locales : phlébites, phlegmons profonds, gangrènes, qui peuvent survenir, soit spontanément, soit à la suite des divers procédés chirurgicaux dirigés contre l'éléphantiasis. C'est surtout par sa résistance à tous les modes de traitement, par l'impotence qu'elle produit, par les accidents sans nombre dont son cours est traversé que cette affection acquiert toute sa gravité propre.

TRAITEMENT. A. *Prophylaxie générale et individuelle.* — Les progrès de l'hygiène et de la police médicale, l'amélioration des conditions sociales, diminuent rapidement le nombre des cas d'éléphantiasis dans tous les lieux où la maladie est endémique ; la simple installation d'un service sanitaire à Damiette a suffi, en dix ans, pour réduire de moitié le nombre des éléphantiaques.

Les individus doivent évidemment, de leur côté, s'entourer de toutes les précautions pour éviter toutes les causes d'irritation particulière du tégument propres aux contrées qu'ils habitent. C'est de l'absence de ces précautions, et surtout de l'absence de soins au moment des premières attaques, que relèvent le plus grand nombre des cas de la maladie, dans toutes les contrées où elle est endémique.

B. *Traitement de l'accès éléphantiasique.* — En présence d'un accès éléphantiasique on prescrira le repos au lit, les boissons diaphorétiques dont on prolongera l'usage jusqu'à la sudation ; le sulfate de quinine; les évacuants, à dose purgative ou vomitive selon l'indication, seront aussi employés; localement, on mettra le membre dans l'élévation sur un coussin, protégé par un cerceau, et recouvert de cataplasmes de fécule de pommes de terre arrosés d'eau blanche, ou de toute autre espèce de fomentation appropriée, humide ou sèche ; eau de son, poudre d'amidon, etc.

Dans les pays exposés à la fièvre paludéenne, on fera bien

---

(1) Fin. — Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 23 novembre 1878.

de prescrire les préparations de quinine; à titre préventif, on recommandera aux malades d'éviter les causes de refroidissement surtout le soir, et on leur conseillera l'usage de la flanelle, etc. Il est évident que tout individu, ayant déjà eu un accès d'éléphantiasis, ne devra négliger aucune des règles de l'hygiène préventive.

c. *Traitement de la lésion à la période d'état.* — La compression représente le moyen d'action réellement efficace auquel on puisse avoir recours dans le traitement de l'éléphantiasis confirmée; elle doit être opérée à l'aide d'une bande de caoutchouc élastique, appliquée avec méthode et d'une manière conforme aux règles particulières de la compression élastique; la partie qu'il s'agit de comprimer aura toujours été préalablement recouverte d'une couche d'ouate épaisse maintenue par un bandage roulé, modérément serré, et disposé de façon que la bande de caoutchouc trouve un substratum régulier et uniformément cylindrique.

Il est inutile de dire que c'est là un mode de pansement qui doit être effectué par le médecin lui-même, et qui réclame de sa part une surveillance minutieuse; chez les divers malades le degré exact de la compression efficace, suffisante, et non trop forte, varie notablement, et il ne peut être réalisé qu'après divers tâtonnements : trop peu serré, le bandage est sans action; trop serré, il devient rapidement la cause de vives douleurs, et de lésions ulcéreuses ou gangréneuses.

Dans les cas d'éléphantiasis sordide, l'application du bandage élastique doit être précédée d'une mise en état des surfaces, à l'aide du savon noir, des lotions alcalines, des cataplasmes de fécule, etc.; dans les circonstances où l'on trouvera, au moment de la mise en traitement, des lésions telles que lymphangites, eczéma, lichen, etc., on commencera, il est superflu de le dire, par appliquer à ces altérations le traitement local qui leur convient.

S'il existe, ainsi que cela est fréquent à la jambe, un ulcère primitif ou secondaire, cela n'est pas une contre-indication formelle à l'emploi de la compression élastique, mais cela en rend l'application plus délicate et plus laborieuse; à cause même du mode d'application de la force constrictive, on ne peut avoir recours à aucun drainage suffisant pour amener au dehors, par une voie déterminée, les liquides dont la compression exagère l'écoulement; il en résulte une infection rapide des pièces de pansement, et la nécessité de les changer incessamment.

Ce sera donc surtout dans les cas d'éléphantiasis lisse, avec intégrité du derme, alors surtout que l'altération occupera la *jambe* d'un seul côté et une position seulement de la cuisse, que la compression et l'élévation combinées donneront de beaux et rapides succès, et que l'on pourra restituer au malade l'état presque normal, à la condition expresse de porter indéfiniment un bas lacé ou élastique, et un brodequin approprié. Mais combien de fois le médecin et le malade éprouveront de cruelles déceptions !

Lorsque l'éléphantiasis atteint la totalité d'un membre, lorsqu'il a envahi les deux membres, les résultats sont imparfaits, incomplets, et, bien des fois, le malade et le médecin lassés et découragés en sont réduits à employer une compression simplement palliative.

Voyez notre malade du n° 53 : les membres inférieurs, monstrueusement hypertrophiés jusqu'à leur racine, et au delà, puisque le pli sous-abdominal est déjà induré et épaissi, ont atteint ce degré malgré des tentatives réitérées de compression qui avaient semblé d'abord réussir.

Vous avez vu encore, au commencement de cette année, dans mes salles, un malade atteint d'éléphantiasis lisse unilatéral de la totalité du membre inférieur gauche, lésion dont voici le moulage et le dessin; pendant plus de six mois le décubitus dorsal, l'élévation et la compression élastique ont été sévèrement maintenus; je n'ai jamais pu obtenir qu'une amélioration relative cessant aussitôt que la compression était interrompue. C'était évidemment un de ces cas rares dans lesquels une intervention chirurgicale peut être admise en principe, et je m'étais déjà assuré, à cet objet, de l'opinion et du concours précieux de mon savant collègue dans cet hôpital, M. Duplay; mais, avant que nous ayons rien décidé, le malade a jugé prudent de se soustraire par un départ hâtif aux efforts de notre sollicitude, et jamais il ne reviendra s'y exposer.

Dans d'autres cas, ce sont les accès intercurrents qui, en multipliant les lymphangites, interrompent sans cesse le cours de la médication, et en retardent indéfiniment les résultats favorables; si vous ajoutez à tout cela les mille impédiments qui résultent de l'indocilité des malades, de leur condition souvent misérable et de toute une série d'incidents prévus ou imprévus, vous vous ferez une idée peu brillante mais juste de la valeur absolue du principal moyen de traitement dont nous disposons contre l'éléphantiasis vrai des membres.

Soyez assurés que je n'exagère pas les revers de ce traitement dont j'ai poursuivi l'application sous toutes ses formes avec autant de soin et de ténacité que cela a été possible, et sur la valeur réelle duquel il est nécessaire que le médecin soit exactement renseigné.

Il faut être bien pénétré de l'insuffisance absolue de la compression dans un grand nombre de cas pour comprendre et pour admettre comme légitimes les tentatives opératoires qui ont été conçues et réalisées dans l'espoir, le plus souvent vain, d'obtenir une guérison radicale.

Ces tentatives opératoires consistent, non pas exclusivement, comme nous le disions tout à l'heure, mais essentiellement, dans la ligature de l'artère principale du membre : ce sont, par conséquent, des ressources extrêmes, dangereuses pour la vie de l'opéré, et dont le résultat est malheureusement des plus incertains; il serait fort intéressant d'établir, ici, le bilan réel de cette opération, mais nous n'en avons pas le loisir surtout en présence du résultat négatif auquel aboutirait notre enquête.

Je ne saurais trop vous affirmer que c'est une pure illusion, basée sur une notion imparfaite de la nature et de la marche du plus grand nombre des cas d'éléphantiasis, de supposer que l'interruption momentanée du cours du sang artériel puisse en procurer l'arrêt et la guérison; cette tentative, je le répète, ne peut être discutée en principe que dans certains cas, tout exceptionnels, de lésion dûment localisée, unilatérale, *stationnaire*, et sur la demande expresse et formelle du malade éclairé sur toutes les éventualités qui s'y rattachent.

Voyez, en outre, que la compression digitale, déjà tentée à plusieurs reprises, ne compte encore que des insuccès, au moins dans notre pays. Chez un malade de M. Gosselin, qui fut soumis à la compression digitale de l'artère crurale pour un éléphantiasis unilatéral, la compression digitale devint la cause d'une excoriation d'où partit un érysipèle intense, lequel se propagea à l'autre membre, jusque-là intact, et qui, de ce moment, commença à s'hypertrophier. Aussitôt que ce patient fut en état de marcher, il réclama instamment

sa sortie de l'hôpital, désireux, comme mon malade dont je vous parlais tout à l'heure, de se soustraire au plus tôt à la sollicitude trop active du chirurgien.

Quelques médecins ont cru trouver dans les scarifications ponctuées, dans les incisions plus ou moins profondes et étendues, dans l'application des vésicatoires volants, etc., un moyen de donner issue au liquide éléphantiasique; mais ici encore la persistance de l'obstacle au courant lymphatique, la coagulation rapide du liquide éléphantiaque, liquide fibrinogène, autant combiné qu'infiltré, rendent l'écoulement insuffisant et ne permettent d'arriver à aucun autre résultat qu'à un amendement tout à fait passager. Je n'ai jamais, pour ma part, pratiqué en semblable occurrence et je ne pratiquerai jamais de larges incisions; mais j'ai maintes fois, chez un même sujet ou chez divers malades, fait d'innombrables piqûres à l'aiguille à la manière de ce que je fais dans l'anasarque; une assez vive douleur, un écoulement très-modéré de quelques heures à quelques jours, voilà quel a été le plus ordinairement le résultat acquis. Cependant j'y reviens encore quelquefois dans les cas de distension extrême, et pour donner quelque aliment à la pensée de pauvres sujets désespérés rapidement si on abandonne à leur égard toute intervention active. Peut-être même ne serait-il pas sans utilité d'établir, avec de la pâte de Vienne ou du chlorure de zinc, quelques petits exutoires qui deviendraient, pour ces cas extrêmes, de véritables fonticules.

Je dois enfin, pour ne rien omettre de ce qui est digne d'intérêt, mentionner les injections hypodermiques substitutives, proposées et mises en pratique dans un cas par le professeur Luton; sous la réserve des réflexions déjà émises sur le rôle nécessairement limité qui appartient aux interventions de cet ordre dans la thérapeutique de l'éléphantiasis, je n'hésiterai pas, le cas favorable échéant, à imiter le savant clinicien de Reims, aussitôt que la démonstration qu'il a commencée sera achevée.

En résumé, c'est donc surtout à la *prophylaxie* locale et générale, sociale et individuelle, que l'avenir doit surtout s'adresser.

Pour l'éléphantiasis des membres (je ne parle pas de l'éléphantiasis des organes génitaux dans les deux sexes, lequel, au contraire, est essentiellement justiciable de la thérapeutique chirurgicale), pour l'éléphantiasis des membres, dis-je, il n'y a véritablement pas de cure radicale en dehors de quelque cas tout à fait particulier.

Dans tous les cas où la lésion n'a pas atteint un développement excessif ni dépassé la racine des membres, la compression élastique, méthodiquement pratiquée, pourra rendre à la vie sociale tous les malades assez intelligents et assez dociles pour suivre les règles imposées par le médecin : absence de fatigue, soustraction de toute cause locale d'irritation, traitement actif des accès lymphatiques, usage préventif des préparations de quinquina, etc., règles variables selon les sujets, les lieux et les circonstances de la vie des malades.

En toute occurrence, on se rappellera que les conditions pathogéniques de l'éléphantiasis sont fort nombreuses, que la *syphilis* et la *scrofule*, soit par les lésions du système ganglionnaire, soit par les lésions osseuses, peuvent être indirectement incriminées, et devenir le point de départ d'indications thérapeutiques spéciales.

HYDROLOGIE.

Des eaux bicarbonatées sodiques fortes de Vals.

I.

Lorsque, il y a tantôt quinze ans, nous attirions l'attention du corps médical sur l'existence des eaux de Vals, ce fut presque une révélation.

Ces eaux étaient bien connues de nom depuis longtemps, mais elles n'étaient pas encore entrées dans le courant thérapeutique. Les plus grands cliniciens, Trousseau en tête, savaient tout le parti que l'on pouvait en tirer, mais on ne s'en servait pas d'une manière générale. Il a fallu peu à peu montrer au corps médical le rôle qu'elles étaient appelées à jouer à côté des eaux de Vichy. Aujourd'hui le monde entier connaît les eaux de la Saint-Jean et de la Dominique, les deux plus remarquables de la station. Leur emploi, sur une échelle immense, n'a pas tardé à exciter toutes les convoitises et explique, sans les excuser, les assertions inexactes de la concurrence la plus effrénée et la moins délicate. Mais les médecins ne se trompent point en ces matières.

Nous n'avons plus à établir les qualités des sources faibles de Vals; la source-type (Saint-Jean) est assez connue, et la dyspepsie a trouvé dans son usage le meilleur des modificateurs.

La Dominique est universellement connue, et sa composition arsenico-ferrugineuse, si curieuse, lui a fait prendre un rang à part parmi les eaux de Vals. Cette eau n'a pas, selon nous, donné encore toute la mesure de sa valeur thérapeutique. Nous aurons un jour à revenir sur les bénéfices que l'on peut en tirer dans le traitement des maladies de peau et même de certaines lésions traumatiques. Il y a là un point de vue trop laissé dans l'ombre.

Nous venons de nommer seulement deux groupes des eaux de Vals.

Ces groupes avaient été très-nettement indiqués dès 1865 par l'inspecteur de la station, M. le docteur Chabannes.

« Toutes les sources minérales de Vals actuellement connues peuvent se ranger en trois groupes très-distincts répondant chacun à des indications thérapeutiques différentes.

« Le premier groupe comprend les eaux bicarbonatées sodiques fortes, eaux minérales types. Nous ne connaissons pas ailleurs une minéralisation aussi puissante que celle qui nous est offerte par les sources de ce premier groupe : sources Désirée, Précieuse, Magdeleine, etc. » (Chabannes, médecin-inspecteur des eaux de Vals; voir *Gaz. des hôp.*, 1865, p. 142.)

Il est inutile de poursuivre cette citation, car notre intention est de borner notre étude à ce premier groupe.

Mais, avant de commencer l'étude de chaque source, nous préciserons avec soin la composition chimique de ces eaux. Nous ne saurions nous borner à citer le chiffre du bicarbonate de soude qu'elles contiennent. Ce procédé, qui semble très-heureux aux yeux de la foule ignorante, ne saurait satisfaire le médecin : car il n'ordonne pas seulement du bicarbonate de soude, — autant lui vaudrait alors se confier à une ordonnance magistrale. Les eaux minérales ne valent pas par un seul de leurs éléments, mais bien par l'ensemble de leurs substances. Sans cette vérité élémentaire, irait-on si loin chercher un médicament que chaque pharmacien pourrait facilement fabriquer?

Toutes les eaux de ce groupe ont une thermalité invariable à la source :

De 13° pour la Précieuse;

De 14° pour la Rigolette;

De 15° pour la Désirée et la Magdeleine.

Comme toutes les eaux du bassin de Vals, ce sont des eaux froides.

Vals ne possède aucune source chaude; c'est une station minérale et non une station thermale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 novembre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet: 1° Une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, les eaux minérales d'Hammanrrhira, en Algérie; 2° le rapport général de M. le médecin-inspecteur des eaux d'Évaux, pour l'année 1877. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend: 1° des lettres de candidature de MM. Gaujot, dans la section de médecine opératoire; Polaillon, pour la section d'anatomie et de physiologie; Jungfleisch et Leroux pour la section de physique et de chimie, et Prunier pour la section de pharmacie; 2° une lettre de M. le docteur Trouin, relative aux vaccinations dans le département des Côtes-du-Nord (comm. de vaccine); 3° une note de M. Brachet, relative à l'emploi de la lumière électrique; 4° le rapport général des travaux de la commission des logements insalubres de 1870 à 1876.

PRÉSENTATIONS

M. Gosselin présente, au nom de M. Tillaux, la première partie de la 2e édition de son traité d'anatomie topographique.

M. Depaul, au nom des amis de M. Auzias Turenne, présente un volume intitulé: *la Syphilisation.*

M. Trélat présente un volume intitulé: *Chirurgie de guerre*, de M. le docteur Frédéric Esmarck, traduit par M. le docteur Roye de Lausanne.

M. Leroy de Méricourt, au nom de M. le docteur Nicolas, présente une brochure intitulée: *les Progrès de l'Hygiène*.

M. Regnauld présente, au nom de M. le docteur Méhu, la 2e édition du traité pratique et élémentaire de chimie médicale.

LECTURES

Anus artificiel. — M. le docteur Léon Labbé lit un travail ayant pour titre: *Des indications de la création d'un anus artificiel dans les cas de cancer du rectum.* De l'observation qu'il rapporte dans ce travail et des considérations dont il l'a fait suivre, M. Léon Labbé tire les conclusions suivantes:

1° Dans l'état actuel de la chirurgie, les opérations pratiquées sur le rectum ont acquis, grâce aux perfectionnements apportés dans ces dernières années, un degré de précision et d'innocuité remarquables.

2° Malgré ces progrès réels, on est en droit de se demander si, dans le cas de cancer du rectum, l'intervention directe est toujours utile et si, quelquefois, elle n'a point l'inconvénient de hâter la marche de la maladie.

3° La plupart des observations démontrent que, le plus souvent, la récidive a lieu au bout de quelques mois.

4° En présence de ces résultats, on doit se demander s'il ne serait pas souvent préférable de laisser évoluer la maladie sur place, sauf à parer, par une opération à distance, à la conséquence la plus redoutable de la maladie, l'obstruction complète ou incomplète de l'intestin.

5° Dans le cas d'obstruction complète, l'indication est tellement nette qu'il n'y a pas à hésiter; on doit établir un anus contre nature.

6° Même quand les matières fécales peuvent encore être expulsées, si elles circulent difficilement et déterminent, par leur passage au niveau des parties malades, une irritation incessante et des douleurs intolérables, il est encore indiqué d'intervenir pour détourner les matières de leur cours normal et rendre, par ce fait, *la vie plus supportable et peut-être retarder la marche du mal.*

7° La pratique, principalement celle des chirurgiens anglais et américains, démontre que les malades retirent un véritable bénéfice de la *création d'un anus contre nature à une époque relativement rapprochée de la maladie.*

8° L'indication de cette opération étant ainsi posée, le chirurgien peut choisir entre la méthode de Littre (création d'un anus dans la région iliaque) et celle de de Callisen (création d'un anus dans la région lombaire).

9° La première, dans laquelle on doit intéresser le péritoine, peut donner des résultats satisfaisants, grâce surtout à l'emploi de la suture faite préalablement à l'ouverture de l'intestin.

10° Néanmoins la méthode de Callisen, à laquelle les travaux d'Amussat ont donné toute sa valeur, paraît devoir être préférée, parce qu'elle permet d'arriver à l'intestin sans traverser le péritoine, et parce que la situation occupée par le nouvel anus semble favorable à l'application des appareils susceptibles de pallier cette infirmité.

Je dois ajouter que, jusqu'à démonstration contraire, le résultat de la pratique si remarquable des chirurgiens anglais et américains doit nous faire donner la préférence à la création d'un *anus lombaire.*

Le travail de M. Léon Labbé est renvoyé à la section de médecine opératoire constituée en commission d'élection.

EXAMEN CRITIQUE D'UN ÉCRIT POSTHUME DE CL. BERNARD SUR LA FERMENTATION ALCOOLIQUE.

M. Pasteur, depuis la publication de cet écrit dans la Revue scientifique, n'a cessé d'en faire l'objet de réflexions et d'un contrôle expérimental. Il ne craint pas de dire aujourd'hui que ce manuscrit est une des révélations les plus curieuses qui se puissent voir de l'influence d'un système défectueux sur l'esprit même le plus juste, le plus voué au culte d'une expérimentation rigoureuse. Les conceptions de Cl. Bernard au sujet des phénomènes de la vie, dit-il, l'obligeaient à opposer les phénomènes de vie ou de synthèse et les phénomènes de mort ou de destruction; c'est-à-dire la vie proprement dite et les fermentations. De là la condamnation des conditions expérimentales de mes études. M. Pasteur s'attache à démontrer que les faits sont incompatibles avec les vues systématiques de Bernard sur ce point.

Il y a dans le manuscrit de Bernard une théorie de la génération spontanée et cette conclusion que le ferment du raisin ne provient pas de germes extérieurs. J'ai le droit d'être sévère lorsque je vois cette théorie reposer tout entière sur l'affirmation que dans le jus du grain de raisin mûr il existe une force qu'il appelle propriété protoplasmique, propriété qui n'existe pas encore dans le verjus et qui est déjà tuée dans le jus des grains pourris; qu'il existe en conséquence des jus plasmiques ou féconds ou des jus aplasmiques ou inféconds.

M. Pasteur se propose de montrer expérimentalement le néant des hypothèses et des observations de Bernard. C'est cette démonstration qui fait l'objet de cette lecture.

M. Pasteur discute ensuite la plus grave des propositions du manuscrit de Bernard, celle qui en est l'âme, savoir l'existence d'un ferment alcoolique soluble.

En résumé, dit M. Pasteur en terminant, le manuscrit de Bernard est une tentative stérile de substituer à des faits bien établis les déductions d'un système éphémère. La gloire de notre illustre confrère ne saurait en être diminuée. Les erreurs de ceux qui, dans les sciences, ont accompli une vaillante carrière, n'ont que l'intérêt philosophique qui s'attache à la connaissance de notre humaine faiblesse. Les hommes ne sont grands que par les services qu'ils ont rendus, maxime que je suis heureux d'emprunter à l'une des pages du dernier ouvrage que Bernard nous a laissé en mourant.

COMMUNICATIONS

M. J. Rochard présente, au nom de M. l'abbé Néel, aumônier de la marine, divers appareils de son invention, tels qu'un appareil pour les fractures non consolidées de la rotule et un nouveau système de bras et avant-bras artificiels. L'idée de la confection de l'appareil pour la rotule a été inspirée à M. l'abbé Néel par un accident dont il a été lui-même victime. S'étant fracturé la rotule transversalement, bien que la consolidation eût eu lieu à deux reprises, par suite de chutes répétées, M. Néel est resté définitivement avec une non-consolidation irrémédiable, avec écartement de 5 à 6 centimètres entre les deux fragments osseux. Après avoir essayé succes-

sivement sans aucun résultat avantageux les divers appareils en usage pour ce genre de lésion, il se mit à la recherche d'un système exempt des imperfections dont il avait eu à souffrir, et il imagina l'appareil que présente M. Rochard et dont le mécanisme principal consiste en deux ressorts à boudin placés en arrière et sur les côtés de l'articulation de l'appareil.

Les appareils de prothèse pour les amputés de l'avant-bras ou des jambes, que M. l'abbé Néel avait déjà imaginés et confectionnés avant, sont mis sous les yeux de l'Académie. M. Rochard fait remarquer en particulier un modèle d'avant-bras artificiel qui a été imaginé par un soldat qui a eu les deux avant-bras enlevés par un obus. Le système consiste dans l'obtention automatique des mouvements latéraux du poignet et du coude par le moyen de tiges métalliques placées en excentriques sur la charpente du bras et de l'avant-bras, et dans l'emploi d'une main toujours fermée, faisant office de porte-outil universel.

M. COLIN est appelé à la tribune pour une lecture; mais, vu l'heure avancée, sa lecture est remise à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Lundi matin tout semblait arrêté pour la chaire de M. le professeur Ball; le soir, tout était remis en question. Attendons la fin de ce regrettable imbroglio.

— A partir du 1er janvier 1879, la *Revue médicale français et étrangère* passera entre les mains de M. le docteur Edouard Fournié. Tous nos compliments de bienvenue à notre nouveau collègue et tous nos regrets à M. le docteur Sales-Girons qui prend un peu trop tôt le repos dû à sa longue carrière militante.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Piban-Dufeuillay, directeur honoraire de l'École de médecine de Nantes, et de M. le docteur Ecochard, créateur du Jardin des plantes actuel de Nantes, professeur de botanique à l'École supérieure des sciences.

Le docteur Ecochard, depuis une morsure de vipère qu'il avait reçue en herborisant, n'avait fait que décliner et était tombé dans un état de cachexie, comme on en voit fréquemment dans l'Ouest, à la suite de l'empoisonnement vipérique.

— M. le docteur Galezowski a commencé son cours sur les maladies des yeux le lundi 25 novembre 1878, à l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, à huit heures du soir, et il le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure.

Ce cours comprendra : 1° physiologie de la rétine et du nerf optique ; 2° troubles visuels réflexes ; 3° amblyopies et amauroses hystériques ; 4° amblyopies et amauroses simulées ; 5° affections oculaires cardiaques, rhumatismales et goutteuses ; 6° altération de la rétine dans la syphilis, la glycosurie, l'albuminurie, etc.; 7° des localisations cérébrales, en rapport avec les altérations de la vue ; 8° des troubles de la vue dans les maladies de la moelle épinière.

— M. Frémy, professeur au Muséum, ouvrira son laboratoire d'enseignement de chimie expérimentale à l'École pratique des hautes études le 3 décembre 1878. Les manipulations auront lieu tous les jours de midi à cinq heures : les élèves recevront toutes les explications théoriques utiles pour leurs manipulations et seront soumis à des interrogations régulières. Leurs progrès seront constatés par un diplôme de fin d'année.

Les élèves qui doivent suivre cet enseignement devront se faire inscrire immédiatement au laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon.

Guide administratif du médecin-accoucheur et de la sage-femme, précédé d'une notice historique et comprenant: 1° Des considérations sur toutes les lois, décrets, ordonnances et règlements concernant la pratique des accouchements. — 2° Des conférences sur toutes les questions relatives aux enfants nouveau-nés et notamment sur la surveillance protectrice à exercer à leur égard, par M. Eugène LOVET. 1 vol. in-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Germer-Baillière et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 139. — SAMEDI 30 NOVEMBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 30 NOVEMBRE 1878. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

ÉTUDES MÉDICALES

Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs d'Académie la circulaire suivante :

Paris, le 20 novembre 1878.

Monsieur le recteur,

J'ai l'honneur de vous adresser un certain nombre d'exemplaires du décret du 20 juin dernier, portant règlement d'administration publique pour les études et les examens des aspirants au doctorat en médecine.

Bien que ce règlement ne puisse recevoir un commencement d'exécution qu'à partir du 1er novembre 1879, et ne doive devenir obligatoire en toutes ses parties qu'en 1885, il me paraît utile de vous en exposer, dès à présent, l'économie, et, pour donner au nouveau décret toute sa signification, de comparer les dispositions qu'il renferme aux prescriptions qui l'ont précédé; ces dispositions portent sur les points suivants :

1° Valeur des inscriptions dans les Écoles préparatoires ;

2° Obligation des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences dès la première inscription ;

3° Régime des examens;

4° Travaux pratiques ;

5° Rétributions de toute nature;

6° Conversion d'inscriptions d'officier de santé en inscriptions de docteur.

1° VALEUR DES INSCRIPTIONS DANS LES ÉCOLES PRÉPARATOIRES.

Le décret du 20 juin n'apporte aucune modification à la durée des études des candidats au doctorat. A diverses reprises, il avait été question de l'élever de quatre à cinq ans; cette opinion n'a pas prévalu, mais on est tombé d'accord sur la nécessité de n'admettre tout au moins aucune réduction.

Les quatre années réglementaires ne sont, du reste, qu'un minimum, et chacun sait que le nombre et la diversité des matières d'études, aussi bien que les sérieuses exigences que comportent les examens, élèvent, en fait, la durée moyenne de la scolarité à six et sept ans.

Jusqu'ici les inscriptions prises dans les Écoles préparatoires ne conservaient toute leur valeur, en cas de passage dans une Faculté, que jusqu'à la huitième inclusivement; au-dessus de huit, elles subissaient une réduction équivalente à trois ou six mois d'études.

A l'avenir, les candidats au doctorat pourront prendre douze inscriptions dans les Écoles préparatoires, et ces inscriptions seront admises pour toute leur valeur dans les Facultés et les Écoles de plein exercice. La quatrième année d'études devra être nécessairement faite dans une Faculté ou dans une École de plein exercice.

Ces mesures auront pour effet, sans doute, d'accroître la population des Écoles préparatoires; et il y a lieu de se féliciter de ce résultat, car ces établissements, réorganisés sur une plus large base par le décret du 10 août 1877, offrent désormais à l'Université les plus sérieuses garanties au double point de vue des leçons théoriques, dont le cadre est agrandi, et des examens pratiques, rendus à l'avenir obligatoires.

2° OBLIGATION DES DEUX DIPLÔMES DE BACHELIER ÈS LETTRES ET ÈS SCIENCES DÈS LA PREMIÈRE INSCRIPTION.

Sous le régime du décret du 23 août 1858, les aspirants au doctorat peuvent prendre la première et la deuxième inscription en médecine avec le seul diplôme de bachelier ès lettres; ils ont jusqu'à la troisième inscription pour produire le diplôme de bachelier ès sciences. A l'avenir, en vertu de l'article 2, paragraphe 1er, du décret du 20 juin 1878, les candidats seront tenus de produire les deux diplômes au début même de leurs études, c'est-à-dire en prenant leur première inscription.

Les considérations qui ont déterminé le Conseil supérieur et le Conseil d'État à adopter cet avis peuvent se résumer comme il suit : Le régime de 1858 donnait lieu à des abus maintes fois signalés. Les bacheliers ès lettres candidats au doctorat, qui se jugeaient incapables de se préparer au baccalauréat ès sciences dans un délai de six mois, s'inscrivaient comme candidats au titre d'officier de santé, ce qui leur permettait d'ajourner la justification du baccalauréat ès sciences à un an, et quelquefois à deux ans et plus. La préoccupation de cet examen les accompagnait donc pendant une partie notable de leurs études, et il arrivait qu'ils ne parvenaient à le subir avec succès qu'après des échecs répétés.

Si, au contraire, ils se proposaient de subir l'épreuve des sciences au terme voulu, après avoir pris régulièrement leurs deux premières inscriptions de doctorat, le premier semestre de leurs études médicales se trouvait compromis par un souci étranger à ces études. D'autre part, comme ils n'avaient pas acquis en temps utile les connaissances voulues pour suivre avec fruit à la Faculté des cours spéciaux de chimie, de physique et d'histoire naturelle, leur premier examen de fin d'année se ressentait de leur insuffisance, et ils se voyaient fréquemment ajournés au mois de novembre et de là à un an.

C'est donc à la fois dans l'intérêt des études et dans l'intérêt des candidats que le décret a prescrit l'obligation des deux diplômes à l'époque de la première inscription.

Il est bien entendu, d'ailleurs, que le diplôme de bachelier ès sciences complet doit avoir la même valeur que celui de bachelier ès sciences restreint. Vous aurez à répondre dans ce sens aux questions qui vous seraient soumises à ce sujet par les chefs d'établissement et par les familles.

3° RÉGIME DES EXAMENS.

Depuis 1849, le nombre des examens est de neuf, savoir :

3 examens de fin d'année;

5 examens de réception;
1 thèse.

Le décret du 20 juin 1878 supprime les examens de fin d'année, mais en dédoublant le deuxième, le troisième et le cinquième examen de réception. Le nombre des épreuves imposées au candidat au doctorat est donc de neuf, comme par le passé.

Les examens de fin d'année, dont la suppression était réclamée depuis longtemps, ne constituaient à vrai dire qu'un moyen de contrôle destiné à constater le profit que les étudiants avaient su tirer de leur assiduité aux cours. Ils avaient cet avantage de vérifier les aptitudes acquises et de permettre aux professeurs de frapper d'un avertissement, quand il y avait lieu, les élèves mal doués ou trop peu laborieux.

Mais, d'un autre côté, ces épreuves présentaient le grave inconvénient d'être sans valeur pour l'obtention du grade, d'imposer aux étudiants, en cas d'échec, un ajournement de trois mois ou même d'une année; d'où cette double conséquence, chez les élèves, d'une émulation médiocre, et, chez les juges, d'une indulgence inévitable.

En supprimant les examens de fin d'année, il importait néanmoins de ne pas abandonner les élèves à eux-mêmes et de ne pas laisser, pendant quatre années, leurs études sans vérification. C'est dans cette pensée que les Conseils compétents ont résolu de placer trois examens probatoires dans le courant de la scolarité.

Le premier examen, subi à la fin de la première année d'études, portera sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle médicale. Les élèves déjà bacheliers ès lettres et ès sciences étudieront à fond ces matières pendant les deux semestres de leur première année passée à la Faculté; les leçons accoutumées des professeurs seront complétées à leur intention par des cours complémentaires, auxquels viendront s'ajouter les exercices pratiques dont je presse l'organisation. Les résultats favorables de cette première épreuve seront acquis à l'étudiant, qui ne devra pas perdre de vue cependant qu'il retrouvera dans les cinq examens placés après la quatrième année tels objets d'étude qui réclameront de lui des connaissances en chimie et en physique toujours présentes.

Au sujet de ce premier examen probatoire, placé après la quatrième inscription et avant la cinquième, vous remarquerez que le troisième paragraphe de l'article 4 a soin de stipuler que :

Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le premier examen, en novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de l'année.

Il s'ensuit que l'examen dont il s'agit comporte deux sessions : la première, placée en juillet, immédiatement après la prise de la quatrième inscription; la seconde, du 15 octobre au 15 novembre, avant la prise de la cinquième inscription.

Tout candidat refusé à la session de novembre ne pourra se représenter qu'au mois juillet de l'année suivante et n'aura licence de prendre sa cinquième inscription qu'après avoir été reçu.

Du reste, cette disposition n'est pas nouvelle; elle est actuellement en usage pour les examens de fin d'année; et il importait d'autant plus de la maintenir que l'examen acquiert désormais un caractère infiniment plus sérieux, puisqu'il compte pour le grade.

L'article 4 du décret du 29 juin, paragraphe 2, fixe l'époque du troisième examen après l'expiration du seizième trimestre d'études, et c'est également à partir de cette époque que les étudiants peuvent, s'ils se jugent suffisamment préparés, subir le quatrième et le cinquième examen et la thèse. Aucun intervalle de temps ne leur est imposé entre chacune de ces épreuves. Toutefois un candidat ajourné ne pourra se représenter à l'examen qu'après le délai réglementaire de trois mois au minimum.

L'article 5 du décret du 20 juin prévoit, en faveur des Écoles de plein exercice et des Écoles préparatoires, des dispositions particulières.

Il serait contradictoire, en effet, et peu équitable de déclarer que les élèves des Écoles préparatoires peuvent faire trois années d'études complètes dans ces établissements, que les élèves des Écoles de plein exercice peuvent y accomplir leur scolarité tout entière, et de les astreindre, d'autre part, à venir subir devant les Facultés leur premier examen après leur quatrième inscription, et les deux parties du deuxième examen après la dixième et la douzième. Cette exigence, si elle était rigoureusement appliquée, imposerait à ces jeunes gens des déplacements onéreux; elle aurait en outre l'inconvénient de provoquer de fréquentes désertions. L'article 5 décide donc très-sagement que les élèves des Écoles préparatoires sont autorisés à ne subir le premier examen qu'après la douzième inscription, c'est-à-dire au moment même où ils sont tenus de passer dans les Facultés, et le même privilège est assuré aux élèves des Écoles de plein exercice.

La facilité ainsi offerte à ces deux catégories d'élèves ne leur interdit d'ailleurs, en aucune manière, de se présenter devant les jurys dans les mêmes conditions que les élèves des Facultés, c'est-à-dire après la quatrième inscription et avant la cinquième. Toutefois il demeure entendu que ceux d'entre eux qui ne subiront le premier examen qu'après la douzième inscription n'en devront pas moins, comme les élèves des Facultés, subir le deuxième examen (première et deuxième parties) avant la treizième inscription. A partir de la treizième inscription, quelle que soit leur origine, ils sont, en matière d'examen, soumis à la même règle.

Vous voudrez bien, Monsieur le recteur, appeler sur ces divers points l'attention des directeurs d'Écoles, en les invitant à donner aux familles et aux élèves tous les renseignements qui pourraient déterminer leur opinion entre les deux modes de scolarité.

Une instruction ultérieure vous fera connaître le programme des interrogations que les élèves des écoles de plein droit et des écoles préparatoires auront à subir à la fin de chaque semestre, à partir de la deuxième année d'études. Cette instruction indiquera en même temps dans quelle forme seront rédigés les certificats qui devront être transmis aux Facultés, pour qu'il en soit par elles tenu compte, conformément aux prescriptions de l'article 5.

La réglementation de 1853 avait prévu que les candidats à l'officiat pouvaient, pendant le cours de leurs études, convertir leurs inscriptions en inscriptions de doctorat. L'article 6 du décret du 20 juin, donnant satisfaction à un vœu dès longtemps émis, interdit cette conversion, dont j'ai signalé plus haut les inconvénients.

Toutefois il n'aurait pas été équitable de fermer à tout jamais l'accès du doctorat aux praticiens du second ordre qui parviennent à concilier les obligations de leur clientèle avec la préparation au grade qui leur faisait défaut.

L'article 6 autorise, en conséquence, la conversion des inscriptions en faveur des officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins. Ces praticiens devront d'ailleurs subir les épreuves complètes du doctorat, dans les conditions prévues par l'article 5, en ce qui concerne les élèves des écoles préparatoires.

L'article 9 porte que « tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répondra pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois et perd les droits d'examen qu'il a consignés ».

Il arrive assez fréquemment, en effet, que des étudiants qui ont pris jour pour subir un examen s'abstiennent, le jour venu, de se présenter devant le jury. Ici encore, l'abus était manifeste, le candidat n'ayant, en général, d'autre intention que de se dérober aux appréciations de tel ou tel professeur dont il appréhendait la sévérité. Je crois devoir vous faire remarquer, au surplus, que la disposition dont il s'agit deviendrait illusoire si le jury se montrait disposé à accepter, sans aller au fond, les excuses dont il est parlé. Je ne doute pas qu'il ne s'associe aux intentions du décret en exerçant rigoureusement le nouveau droit qui lui est attribué.

Le jury ne devra considérer comme excuses légitimes que les motifs ci-après :

1° La maladie, constatée au moyen d'un certificat délivré par l'un de MM. les professeurs ou agrégés de la Faculté, ou par un médecin des hôpitaux;

2° L'éloignement du siège de la Faculté, constaté par un certificat

du père ou tuteur, et visé par les autorités du lieu où le candidat se sera transporté.

L'étudiant dont l'excuse aura été admise conserve le montant de sa consignation et est appelé à subir l'examen quand les causes qui l'ont empêché de se présenter ont cessé.

MM. les doyens des Facultés et directeurs des écoles prendront les mesures nécessaires pour assurer la publicité de ces dispositions.

Mais il ne suffisait pas de réorganiser le système des examens; il importait en même temps d'assurer aux élèves l'instruction pratique dont ils ont besoin, et que nos établissements peuvent et doivent leur fournir. Tel est le but de l'article 7, qui rend obligatoires les travaux pratiques dès la première année d'études.

Jusqu'à présent les travaux pratiques (dissection, médecine opératoire, manipulations chimiques, botanique, physique, histologie, physiologie et anatomie pathologique), n'étaient que facultatifs. La continuation d'un tel état de choses était inadmissible. Les sciences en général et, en particulier, les sciences médicales, n'ont pas de fondement plus solide que l'expérimentation. Les traités spéciaux les mieux conçus, la parole d'un professeur, si nette qu'elle soit, la vue des expériences, ne sauraient en aucune façon suppléer à la recherche et à la constatation personnelle des phénomènes. Il est donc établi que désormais les élèves devront prendre part aux travaux pratiques afférents à l'année d'études dans laquelle ils sont placés.

Il y a là, comme vous en jugerez, toute une transformation qu'il importe de réaliser sans délai, et je dois prévoir que les Facultés ne seront pas en tout lieu préparées à y faire face. Si donc elles ont à m'adresser à cet égard des demandes de crédits supplémentaires, vous voudrez bien me les transmettre immédiatement en les accompagnant de votre avis motivé.

L'article 8 indique les droits à payer par les élèves, tant pour les inscriptions que pour les examens et les travaux pratiques. La somme de ces droits ne s'écarte pas sensiblement des tarifs, puisqu'elle est de 1,360 francs au lieu de 1,300. Encore y a-t-il lieu de remarquer que dans les 1,300 francs indiqués dans la précédente nomenclature ne figuraient pas les droits facultatifs correspondants aux exercices pratiques.

L'article 10 décide que les droits acquittés par les élèves des Facultés seront versés au Trésor public, et que les droits d'inscriptions et de travaux pratiques acquittés par les élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires seront versés intégralement dans les caisses municipales, tandis qu'auparavant le Trésor opérait un prélèvement sur ces dernières prescriptions. Cette mesure compensera donc les sacrifices imposés aux municipalités par l'extension des travaux pratiques.

Le décret du 20 juin ne commencera, comme je l'ai dit, à devenir exécutoire qu'à dater du 1er novembre 1879. A cette époque, les candidats au doctorat en cours d'études auront, aux termes de l'article 11, la faculté d'opter entre le mode actuel d'examens et le mode nouveau.

La commission des études médicales du comité consultatif m'a proposé, à cet égard, les dispositions suivantes, que j'ai approuvées :

1° Les élèves qui prendront leur première inscription au mois de novembre 1879 seront soumis aux prescriptions du décret relatives à la justification des deux baccalauréats et des exercices obligatoires;

2° Tout élève qui, au 1er novembre 1879, n'aura que quatre inscriptions de doctorat révolues pourra opter entre l'ancien et le nouveau régime d'examens; mais, en cas d'option pour le nouveau régime, il subira son premier examen probatoire avant de prendre la cinquième inscription;

3° Tout élève qui, au 1er novembre 1879, aura plus de quatre inscriptions de doctorat révolues pourra opter entre l'ancien et le nouveau régime d'examens; mais, en cas d'option pour le nouveau régime, il subira son premier examen probatoire après la douzième et avant la treizième inscription.

Les élèves, quelle que soit leur situation scolaire, qui opteront pour le nouveau mode devront avoir acquitté les droits afférents aux exercices pratiques.

Vous voudrez bien, Monsieur le recteur, en notifiant aux doyens et aux directeurs des Facultés et écoles comprises dans votre ressort académique le décret dont il s'agit, vous concerter avec eux pour en assurer la pleine exécution.

Je vous prie de faire également auprès de MM. les préfets et de MM. les maires les démarches nécessaires afin d'obtenir des municipalités que les locaux destinés au fonctionnement des travaux pratiques dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires soient appropriés le plus promptement possible aux besoins du nouveau régime d'études.

Recevez, Monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,
A. Bardoux.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement des maladies du cœur. — Maladies mitrales dites composées.

Dans des leçons cliniques professées à l'hôpital Saint-Antoine (1), dans le but avoué et très-louable de chercher à frayer une nouvelle voie à la thérapeutique, parallèlement aux progrès dus aux recherches scientifiques modernes, et à travers les débris des médications surannées qui encombrent la pratique, M. le docteur Dujardin-Beaumetz a pris, comme premier exemple de l'application des principes formulés dans la première leçon d'introduction, les maladies du cœur. En choisissant ce sujet qui comprend des maladies chroniques incurables par elles-mêmes, ou, du moins, considérées comme telles, il a voulu montrer que, malgré toutes les conditions défavorables où il semblait se placer volontairement, il était encore possible au médecin d'être utile et d'exercer une influence favorable sur la marche de ces maladies.

Étant donné l'enchaînement des différents phénomènes morbides qui ont pour point de départ les lésions valvulaires, affections locales au début, et qui constituent par leur ensemble les maladies chroniques du cœur, devenues dès lors générales, et prenant pour exemple une lésion mitrale, insuffisance ou rétrécissement survenu à la suite d'une endocardite rhumatismale, voyons d'abord, avec M. Dujardin-Beaumetz, quel sera le premier effet, et quel sera ensuite la série des phénomènes qui vont se succéder.

Le premier effet d'une insuffisance ou d'un rétrécissement sera de produire une distension de l'oreillette gauche; d'une part, parce que le liquide sanguin, passant lentement de cette dernière dans le ventricule, s'y accumulera; d'autre part, parce que, à chaque systole du ventricule, une partie du sang refluera dans cette oreillette. Au bout d'un certain temps, cette distension atteindra les veines pulmonaires; puis, de proche en proche, il se fera une stase sanguine dans la petite circulation. Pour vaincre l'obstacle qui est ainsi apporté à ses fonctions, le ventricule droit augmentera son action musculaire, et s'hypertrophiera en même temps

(1) Ces leçons viennent d'être l'objet d'une publication nouvelle, sous le titre de *Leçons de clinique thérapeutique*, éditée par Octave Doin, 8, place de l'Odéon. C'est au premier fascicule de cette publication, comprenant le traitement des maladies du cœur et de l'aorte, que nous empruntons les éléments de cet article.

qu'il se dilatera. Ce trouble réagira sur l'oreillette correspondante, et tout le système veineux, qui y aboutit, participera à son tour à cette distension. Alors le ventricule gauche commencera à modifier son mécanisme, parce que, la grande circulation étant atteinte à son tour, il devra s'efforcer de compenser et de lutter contre l'obstacle apporté à son fonctionnement. Il s'hypertrophiera et se dilatera.

Mais, dans le cours du système nerveux, se trouvent compris des organes importants qui ont une influence prépondérante dans la formation du liquide sanguin, le foie et les reins. Aussi, aux troubles mécaniques de la circulation verra-t-on succéder peu à peu des altérations profondes du sang, d'où l'état désigné sous le nom de cachexie cardiaque.

De la connaissance de cette évolution se déduisent les indications principales du traitement des affections du cœur dites compensées. Mettre le cœur au niveau de sa tâche, en respectant l'hypertrophie, au lieu de la combattre, comme on le faisait autrefois, telle est la première indication.

Mais il ne faut pas oublier que tout travail musculaire physiologique exagéré, s'il amène d'abord une augmentation de volume dû muscle, produit aussi des phénomènes de combustions chimiques qui modifient rapidement la structure de la fibrille musculaire, laquelle finit par perdre ses propriétés contractiles. En un mot, à l'augmentation physiologique de ses éléments musculaires succèdent bientôt l'altération granulo-graisseuse et toutes ses conséquences de troubles locaux du cœur et de perturbations générales de la circulation. D'où une seconde indication qui répondra à cette seconde phase de la maladie : S'opposer, autant que possible, à cette dégénération granulo-graisseuse du cœur.

C'est sur ces deux données fondamentales, basées aussi bien sur la physiologie pathologique que sur l'observation clinique, que repose tout entière la thérapeutique des affections mitrales. On comprend que les moyens doivent différer dans ces deux périodes.

Dans la première période, celle qui répond à l'hypertrophie compensatrice, on n'a guère à opposer que des soins hygiéniques, tels que la surveillance de tous les exercices du corps qui devront être régularisés et modérés; la direction dans le choix et dans l'exercice des professions au point de vue des dépenses de forces. Parmi les professions que le médecin devra, autant que cela sera possible, interdire aux cardiaques, figurent en première ligne la profession militaire, celles qui exposent au froid, à l'humidité et qui peuvent provoquer des rhumatismes, celles qui exigent de grands efforts, celles dans lesquelles on respire un air impur ou chargé de principes nuisibles, celles qui prédisposent à l'anémie, etc.; la surveillance de l'alimentation, qui joue aussi un rôle important dans le traitement diététique des affections cardiaqnes, ainsi que celle de l'état des organes digestifs, l'abstinence des alcooliques et la cessation de l'usage du tabac, etc.

Le choix des climats, dans lequel devront être exclus les climats à températures excessives, celui des habitations, devra faire également l'objet de la préoccupation du médecin.

A côté de ces préceptes d'hygiène, il y aura aussi à tenir compte de l'hygiène morale, toute émotion vive, tout mouvement passionnel, toute contention trop continue, ne pouvant qu'aggraver l'état de ces malades.

Les médicaments proprement dits ne jouent qu'un rôle absolument secondaire dans le traitement des maladies compensées. La digitale ne doit pas être employée, elle est formellement contre-indiquée et doit être réservée pour les maladies non compensées.

Le fer, qui a été vanté, si utile dans les troubles anémiques du cœur, doit également être proscrit. M. Dujardin-Beaumetz lui préfère de beaucoup le quinquina et surtout les préparations arsenicales qui, dans l'anémie, ont les avantages du fer sans en avoir les inconvénients, et dont l'action tonique sur le cœur s'associe heureusement à la stimulation qu'elles exercent sur les fonctions générales.

A côté de ce médicament, M. Dujardin-Beaumetz place le bromure de potassium, dont l'action est beaucoup mieux indiquée dans les affections mitrales non compensées. Il peut, cependant, rendre des services dans cette première phase, par exemple, pour combattre les douleurs, les sensations d'oppression, l'insomnie, en un mot toute la série des phénomènes nerveux que l'on voit souvent se manifester au début des affections mitrales, surtout chez beaucoup de femmes nerveuses. M. Dujardin-Beaumetz conseille de le prescrire, soit en solution : 15 grammes de bromure de potassium pour 250 grammes d'eau, à la dose d'une cuillerée dans de la tisane ou dans du lait, soit en potion : bromure de potassium 15 grammes, pour 250 grammes de sirop d'écorce d'orange amère.

Les bains, qui tiennent le milieu entre les moyens hygiéniques et les moyens médicamenteux, ne peuvent être permis que tièdes; les bains chauds et les bains froids, l'hydrothérapie, les bains de mer, enfin l'usage des eaux minérales, bien qu'il ait été préconisé récemment dans des conditions spéciales, il est vrai, sont également proscrits.

Tel est l'ensemble des indications et des contre-indications thérapeutiques et hygiéniques formulées par M. Dujardin-Beaumetz.

Il sera intéressant de rapprocher de ces préceptes, relatifs à la période première des affections mitrales compensées, ceux qui sont applicables à la deuxième période, à la période caractérisée par les symptômes des troubles mécaniques secondaires de la circulation. C'est ce que nous ferons dans un deuxième article.

Xanthoma. — Xanthelasma.

Il est une maladie cutanée assez rare, paraît-il, qui a été signalée pour la première fois par Rayer, sous le nom de *plaques jaunes des paupières*, et qui a été décrite depuis par plusieurs dermatologues français et étrangers qui lui ont imposé les divers noms de *vitiligoidea*, de *xanthoma* et *xanthelasma*, de *fibroma lipomatodes* et de *molluscum cholestérique*. Cette affection, qui coexiste ordinairement avec l'ictère et dont l'étiologie est encore inconnue, paraît se lier à une affection du foie. Elle consiste en deux ordres de symptômes que l'on observe, soit isolés, soit réunis sur le même individu. Ce sont des plaques jaunes, couleur chamois, qui se produisent dans plusieurs régions, principalement sur les paupières, d'abord presque insensibles, de très-petite dimension, et qui se développent ensuite progressivement, et de petits tubercules, ou nodosités de même couleur, à surface lisse, arrondies, dures, recouvertes d'un épiderme normal, que l'on voit se manifester surtout au menton, aux oreilles, au cou, à la face palmaire des mains et à la face plantaire des pieds, sur le tronc, sur le cuir chevelu et à la racine de la verge. D'où l'on a été conduit à reconnaître et à distinguer deux formes que l'on a désignées, la première sous les noms de forme plane (*vitiligoidea plana, — xanthoma planum*) et de forme tuberculeuse (*vitiligoidea tuberosa, — xanthoma ou xanthelasma tuberosum*).

C'est un cas très-curieux de ce genre qui a fait l'objet d'une communication de M. Hillairet à l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, que nous n'avions pu que mentionner, n'ayant pas alors sous les yeux les détails de l'observation. Voici l'histoire du malade présenté par M. Hillairet, dont nous empruntons les principales particularités au *Bulletin de l'Académie*.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, sans antécédents héréditaires dignes d'être notés, n'ayant eu d'autre maladie sérieuse qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de vingt-six ans. Il a un ictère chronique de moyenne intensité dont le début remonte à seize mois et qui est arrivé graduellement à la teinte actuelle. Son urine renferme un peu de pigment biliaire. Le malade éprouve un prurit assez intense. Pas de xanthopsie. Le volume de la rate est normal. Le foie est sensiblement hypertrophié.

Le malade présente, en outre, un xanthelasma généralisé, de forme plane aux paupières et au prépuce. Cette affection revêt la forme tuberculeuse sur les autres points du corps et notamment à la paume des mains.

Les plaques palpébrales consistent en taches d'un jaune fauve, lisses, à bords mal limités. Elles occupent les paupières supérieures, à l'angle interne, et se prolongent sur la partie la plus interne des paupières inférieures.

Sur la muqueuse préputiale, surtout au niveau de la rainure pubio-préputiale, on voit une large tache irrégulière qui en fait presque le tour et qui ne diffère pas des taches palpébrales.

Des taches analogues, mais beaucoup moins étendues, existent aussi aux commissures des lèvres, où elles empiètent à la fois sur la peau et sur la muqueuse buccale. Il en existe également sur les gencives, sur la muqueuse du plancher de la bouche et à l'entrée des narines.

Les tubercules xanthélasmiques, qui ont commencé à apparaître, il y a trois mois environ, sur la face palmaire des mains, sous forme de petites élevures blanchâtres, se sont colorés en jaune, en même temps qu'ils sont devenus plus nombreux et plus gros. Aujourd'hui on les rencontre, à l'état d'isolement, sur diverses parties de la face, de la poitrine, du dos et des membres supérieurs, en groupes clair-semés sur l'épaule droite, à l'état confluent sur d'autres points du corps, sur le menton, à la racine de la verge et surtout à la paume des mains. Les éminences thénar et hypothénar, le creux des mains, la face palmaire des doigts et surtout la pulpe des dernières phalanges, sont semés de tubercules volumineux, jaunes, si nombreux qu'en beaucoup de points ils se touchent, sur la pulpe du pouce notamment, où ils forment une plaque granuleuse. Quelques tubercules plus rares existent sur la face dorsale des doigts.

Sous les ongles on voit en quelques endroits, par transparence, de petites taches jaunâtres qui semblent indiquer l'existence d'un xanthélasma sous-unguéal.

Ces tubercules, dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un petit pois, ont une assez grande dureté; ils ne se laissent traverser que difficilement par une épingle. Ils sont, surtout aux mains, le siége de picotements continuels; très-sensibles à la pression, dans certaines régions, ils constituent une cause de souffrance pour le malade et un obstacle à l'exercice de toute profession manuelle. Lorsqu'on vient, soit à appuyer un peu fortement sur un de ces tubercules avec la tête d'une épingle, soit à serrer un peu entre les doigts l'extrémité de l'un des doigts du malade, on provoque une douleur comparable à celle que déterminent les névromes sous-cutanés et les cicatrices douloureuses, douleur qui persiste plusieurs secondes après que la cause a été éloignée. Il est impossible au malade de soutenir un objet lourd. La sensibilité au contact, à la température, à la piqûre et à la pression, n'a cependant paru que très-peu diminuée au niveau des tubercules qui couvrent la peau des mains et la pulpe des doigts.

En résumé, les points principaux à faire ressortir sur ce malade, sont : la tendance et la généralisation de la maladie, la simultanéité des deux formes, la confluence des tubercules à la paume des mains, l'apparition du xanthoma planum sur le prépuce et le reflet du prépuce des deux côtés du pénis, se prolongeant presque sur le gland, fait qui n'avait pas encore été signalé, la sensibilité douloureuse de la face palmaire des mains, devenue si pénible qu'elle empêche tout travail, enfin, autre fait qui ne paraît non plus avoir été signalé nulle part, la présence chez ce malade de taches jaunes sous-unguéales, indice du développement du xanthoma dans cette région.

De l'examen histologique qui a été fait de quelques parcelles de peau et de tubercules excisées chez ce malade, par M. Chambord, interne du service, il ressort ces faits : que les lésions de la peau affectée de xanthélasma consistent en un double processus irritatif et régressif; qu'identiques au point de vue clinique, les deux formes principales de cette affection le sont encore au point de vue histologique.

Le processus irritatif se traduit dans la forme plane par la tuméfaction, le trouble des cellules conjonctives et la prolifération de leurs noyaux; dans la forme tuberculeuse, par une sclérose du tissu conjonctif dermique, des parois artérielles, de la capsule fibreuse des glandes sudorifiques et du tissu conjonctif péri et intra-fasciculaire des nerfs.

Le processus régressif est caractérisé par la transformation graisseuse des cellules conjonctives, qui existe dans les deux formes, mais qui est surtout prononcée dans la forme plane. Les altérations des nerfs, la compression des tubes nerveux par le tissu conjonctif de nouvelle formation qui les entoure et les pénètre, expliquent les picotements qui précèdent et accompagnent l'éruption des tubercules xanthélasmiques, et les douleurs que la pression de ces tubercules fait ressentir au malade s'expliquent également par l'analogie qui existe entre cet état pathologique et les fibromes des nerfs sous-cutanés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 novembre 1878. — Présidence de M. Labric.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Difficultés des localisations cérébrales. — M. Rendu rapporte l'observation d'un malade âgé de dix-sept ans, qui est entré dans son service, à l'hôpital Cochin, dans un coma complet analogue à celui de la méningite tuberculeuse; cependant il n'y avait ni paralysie ni anesthésie, et on pouvait, en secouant le malade, obtenir de lui quelques réponses. Il se plaignait d'une céphalalgie atroce et poussait des cris hydrencéphaliques. La maladie remontait à huit jours; le début avait été lent, la marche progressive. Le diagnostic porté par l'interne du service et accepté par M. Rendu fut celui de méningite tuberculeuse. Peu à peu la respiration, chez ce malade, devint lente, suspirieuse; la température s'abaissa à 36°, le pouls à quarante-quatre pulsations. On constata une dilatation de la pupille gauche. Les facultés intellectuelles allaient en s'affaiblissant de plus en plus. Les sangsues et les vésicatoires derrière l'oreille, le calomel, l'iodure de potassium restèrent sans résultat; cet état persista pendant trois semaines, et le malade succomba un mois après le début de sa maladie.

A l'autopsie on trouva, non pas de la méningite tuberculeuse, mais au côté droit du cerveau, au niveau du quatrième ventricule, une tumeur avec hydrocéphalie ayant comprimé les couches optiques. Cette tumeur semblait être un kyste à gelée tremblotante, jaunâtre. L'examen histologique montra que c'était un gliome.

Sclérodermie et vitiligo. — M. FÉRÉOL présente un malade de son service affecté d'un vitiligo avec une teinte bronzée de la peau remontant à vingt mois. Voici d'ailleurs, en résumé, l'observation de ce malade : âgé de quarante-trois ans, né d'une mère nerveuse, il a eu dans son enfance un abcès de l'aine gauche, qui a suppuré pendant six ou huit ans. De vingt à trente ans, il a eu deux pleuro-pneumonies du côté gauche. En 1865, il commence le métier d'étameur de glace. Ayant eu des accidents mercuriels, il quitte ce métier deux ans après. En 1872, il fut atteint d'un rhumatisme généralisé qui débuta par un torticolis et qui dura environ une année, à l'état subaigu, sans complications cardiaques.

Le début de son affection actuelle remonte à vingt mois environ. Ce malade, qui avait les parties exposées à l'air très-basanées, s'aperçut que sa peau brunissait et devenait dure au niveau de la ceinture. Trois semaines après, ces parties devinrent le siège de démangeaisons très-vives, puis cette coloration brune et la dureté qui l'accompagnait s'étendirent successivement à tout le tronc, aux bras, à la face et aux cuisses, mais ne dépassèrent jamais les genoux; en même temps toutes ces parties devinrent le siège de démangeaisons. Trois mois après, le malade se plaignit d'une forte courbature; la région lombaire devint douloureuse, surtout à la pression. En même temps il accusait de la céphalalgie, une grande faiblesse, les digestions devinrent difficiles, sensation de pesanteur au niveau de l'estomac, nausées, constipation. Bientôt la face fut atteinte comme le reste; la peau semblait adhérer aux os, les pommettes étaient saillantes. La mastication était gênée. Les fonctions génitales sont émoussées; il n'a pas eu de rapports sexuels depuis plus de six mois. Le caractère s'est modifié, et, de gai qu'il était, est devenu triste et mauvais.

Actuellement ce malade, tout en ayant conservé un bon appétit, a des digestions difficiles, des nausées, se plaint d'une sensation de pesanteur au creux épigastrique, rend une grande quantité de gaz; les selles sont normales. La bouche est en très-mauvais état, presque toutes les dents sont cariées, déchaussées et branlantes; on y voit le liséré mercuriel; il existe sur la muqueuse labiale trois plaques de tatouage; le bord des lèvres est un peu teinté.

On constate, du côté du cœur seulement, quelques palpitations après les repas et après une fatigue; l'auscultation n'y révèle aucun trouble. La respiration se fait librement; la sonorité, à la percussion, est un peu diminuée; on perçoit à l'auscultation des frottements pleuraux assez intenses en avant et à gauche. Les urines sont décolorées, mais n'offrent pas d'albumine ni aucun dépôt. Rien du côté des organes des sens. Parfois un peu de céphalalgie, diminution de la mémoire, un peu d'embarras de la parole.

Les mouvements de la mâchoire sont un peu gênés, mais moins qu'au début : ceux des épaules sont difficiles et s'accompagnent de craquements; ceux des mains sont très-limités ; les mouvements de flexion et de latéralité sont impossibles ; dans la paume de chaque main on sent très-bien les tendons des fléchisseurs qui forment des cordons durs; dans les tentatives de flexion de la main, on sent que les membres de l'avant-bras entrent en contraction, et l'on perçoit des craquements, surtout à gauche. Les mouvements sont un peu douloureux. Du côté des membres inférieurs existe une certaine raideur.

La sensibilité est normale; le malade éprouve seulement une sensation de froid aux parties exposées à l'air.

Au premier abord ce malade présente l'aspect d'un mulâtre. La peau de la face est moins tendue et moins dure qu'ailleurs. La coloration noire est surtout marquée à la ceinture; le reste du tronc est comme enfumé, çà et là, au niveau des saillies osseuses, on aperçoit des taches d'un blanc mat qui suivent la direction des os. La coloration brune ne dépasse pas les genoux, mais la dureté de la peau s'étend aussi aux membres inférieurs. C'est aux membres supérieurs et aux avant-bras que la peau est le plus dure. Enfin, le malade perd ses cheveux depuis le commencement de sa maladie.

M. Féréol se demande s'il y a deux affections distinctes, teinte bronzée et vitiligo, ou mélange de la maladie d'Addison et de sclérodermie. Après examen et discussion, M. Féréol croit à un vitiligo avec sclérodermie sans maladie d'Addison.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande à M. Féréol s'il ne croit pas à l'existence de troubles trophiques.

M. FÉRÉOL ne saurait se prononcer à ce sujet; il a bien constaté chez le malade des troubles de température, mais il n'a pu voir s'il y avait eu diminution de température locale.

M. DELASIAUVE dit avoir rencontré autrefois un même homme atteint d'une affection bronzée qui a été en progressant jusqu'à la mort, sans qu'il y ait eu de vitiligo.

M. RENDU, après avoir examiné le malade présenté par M. Féréol, croit à l'existence d'une maladie d'Addison compliquée de sclérodermie.

Vomique et pleurésie purulente. — M. GUYOT a observé récemment deux cas de pleurésie purulente dans lesquels il se produisit une vomique qui a vidé la plèvre sans que l'air du poumon soit entré dans cette membrane. Il demande si ses collègues ont observé des cas de ce genre.

M. FÉRÉOL rappelle que plusieurs opinions, non vérifiées par l'autopsie, ont été émises pour expliquer ces faits. Barthez dit que chez les enfants, quand la pleurésie se vide par les bronches, jamais l'air n'entre dans la plèvre. En général, lorsque l'évacuation se fait par les bronches, il s'agit de pleurésies localisées, enkystées, comme l'a dit M. Brouardel.

M. CONSTANTIN PAUL, étant porté à attribuer à une aspiration trop forte les accidents que l'on observe à la suite de la thoracentèse, a fait ajouter à son aspirateur un petit appareil barométrique.

M. EMPIS considère les vomiques comme assez fréquentes dans la pleurésie et rappelle que Chomel les regardait comme une complication heureuse. M Empis a vu, en effet, sept ou huit cas dans lesquels la vomique a été un heureux épiphénomène ; en pareil cas, il se garderait donc bien d'intervenir, car, dans les épanchements purulents qui ont déjà été ponctionnés, les vomiques ont toujours amené la mort.

M. MAURICE RAYNAUD regarde la vomique comme d'un bon augure. Il rappelle le procédé par inversion qu'il a employé, en 1877 à Lariboisière, chez une jeune fille de quinze ans, convalescente de fièvre typhoïde, qui fut atteinte d'une pleurésie purulente. Une ponction fut faite, et quelque temps après il se produisit une perforation pulmonaire suivie de vomique. M. Raynaud fit placer la malade la tête en bas, et il survint aussitôt une expectoration abondante qui fit évacuer une grande partie du liquide épanché. Cette manœuvre fut répétée plusieurs jours de suite avec un égal succès, et la malade guérit.

M. LABBÉ, convaincu comme ses collègues que la vomique est une complication heureuse, rappelle que M. Longuet, professeur de physiologie, a survécu dix ans à une vomique consécutive à une pleurésie.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 27 novembre 1878, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe Talairach (signalé pour le dévouement avec lequel il remplit les fonctions intérimaires de chef du service de santé au Sénégal depuis la mort du titulaire) et Laugier.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — A la suite des divers concours ouverts près la Faculté, sont nommés :

Chef de clinique chirurgicale : MM. Dubourg et Mandillon.—Chef de clinique obstétricale : M. Roy de Clotte. — Aides d'anatomie : MM. Bouvet et Courtin.

Préparateurs : 1° de physique, M. Bergonié; 2° de chimie, M. Denigès; 3° d'histoire naturelle, M. Simon; 4° de pharmacie, M. Magné.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Voici la liste des prix universitaires pour l'année scolaire 1877-78 :

Première année (physique, chimie, histoire naturelle). Prix : M. Hutin. Mentions honorables, *ex æquo :* MM. Bernardy et Mosimann.

Deuxième année (anatomie et physiologie). Prix : M. Simon. Mention honorable : M. Baur.

Troisième année (médecine). Prix : M. Bubendorf.

Quatrième année (chirurgie). Prix : M. Rohmer.

Prix de l'internat (fondé par M. le docteur Bénit) : M. Schmitt. Mention honorable : M. Thiébaut.

Prix de thèse : M. Deubel. Mentions honorables : MM. Drouot, René, Mabille, Delavaux.

Citations : MM. Neubauer, Lahalle, Frébillot, Retterer.

— *Collége de France.* — Les cours commenceront le lundi 2 décembre. Voici les heures de ceux qui peuvent intéresser nos confrères :

Médecine. — M. Brown-Séquard traitera des doctrines relatives aux principales actions des centres nerveux, les lundis et vendredis à trois heures.

Histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey traitera de la pression du sang chez l'homme et les animaux, les mardis et samedis, à deux heures.

Embryogénie comparée. — M. Balbiani étudiera la fécondation et les premiers phénomènes du développement des vertèbres, les mardis et samedis, à une heure et demie.

Anatomie générale. — M. Ranvier étudiera le système tégumentaire et les terminaisons nerveuses sensitives, les jeudis et samedis, à trois heures.

Physique générale et expérimentale. — M. Mascart traitera de la théorie des phénomènes électriques et magnétiques, les mardis et samedis, à dix heures et demie du matin.

Chimie organique. — M. Berthelot traitera diverses questions de philosophie chimique, les lundis et vendredis, à dix heures et demie du matin.

Chimie minérale. — M. Schutzenberger traitera de la méthode expérimentale en chimie, les mardis et samedis à une heure et demie.

Physique générale et mathématique. — M. Maurice Lévy, suppléant de M. Bertrand, traitera la théorie mécanique de la chaleur et ses principales applications, les mardis et vendredis, à une heure.

Histoire naturelle des corps inorganiques. — M. Fouqué traitera les principaux types de roches d'après les méthodes nouvelles, les jeudis et samedis, à neuf heures du matin.

Nota. — Il y a, pour chaque cours, un registre où les auditeurs qui voudront obtenir des certificats doivent s'inscrire.

— *École pratique.* — Les exercices pratiques de chimie biologique, sous la direction de M. Armand Gautier, agrégé, commenceront au laboratoire de chimie biologique, lundi 2 décembre, à une heure, et seront continués les jours suivants de une heure à cinq heures.

Les élèves qui désirent prendre part aux travaux et recherches de ce laboratoire devront se faire inscrire auprès du directeur du laboratoire.

— M. le docteur de Wecker reprendra ses conférences cliniques le lundi 2 décembre, à deux heures et demie, rue du Cherche-Midi, 55, et les continuera les jeudis et lundis suivants.

Ces leçons, comprenant la chirurgie oculaire, compléteront le cours de thérapeutique oculaire fait pendant l'année scolaire 1877-1878.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. -- Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 140. — MARDI 3 DÉCEMBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 3 DÉCEMBRE 1878. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Purpura hæmorrhagica. — Hémorrhagies de la rétine. — Épistaxis abondantes. — Anémie grave et hypoglobulie. — Transfusion. — Guérison.

I.

Il est entré hier dans mes salles une jeune fille de treize ans, atteinte d'une maladie que l'on appelait autrefois la *maladie tachetée de Werlhof* et que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de *purpura hæmorrhagica*. J'en ai retracé l'historique dans mon *Histoire de la médecine et des doctrines médicales* (1).

Cette maladie se présente chez les enfants sous trois formes : le *purpura simplex*, le *purpura fébrile* et le *purpura cachectique*. Ce dernier se montre à la fin des maladies chroniques de l'enfance, et, quand vous le verrez apparaître, vous pouvez être certain que la mort est prochaine.

« Dans les maladies chroniques l'apparition du purpura est un présage certain de la mort, » ai-je dit dans les aphorismes de mon traité des maladies de l'enfance. Cela est vrai, et depuis trente ans je n'ai jamais vu paraître ce signe sans que la marche fatale de la maladie n'ait consacré la justesse de ce présage. A la fin de la phthisie pulmonaire, de l'entérite chronique, de la cachexie scrofuleuse et de toutes les consomptions, ce phénomène apparaît et montre que la fin de la vie est prochaine.

En dehors de cette variété de purpura, il y a le purpura simple et le purpura fébrile hémorrhagique.

Chez notre malade, nous n'avons pas affaire à un simple purpura de la peau comme ceux que nous observons ici très-fréquemment.

La forme que vous avez sous les yeux est plus rare. C'est le type hémorrhagique fébrile. Ici, il y a des épistaxis fréquentes exigeant le tamponnement nasal, et, bien qu'il n'y ait pas d'hématurie ni de mélæna, ce cas de purpura est grave par l'état d'anémie et d'hypoglobulie excessive dans lequel il a déjà jeté la malade.

Chose curieuse, l'enfant n'a pas de scorbut, c'est-à-dire de gonflement, de ramollissement ni de saignement de gencives. Nous avons ici tout ce qui caractérise habituellement le scorbut, moins les lésions essentielles de la bouche. Or, ce sont ces hémorrhagies multiples, sur différents points du corps, sans stomatite hémorrhagique, qui caractérisent le purpura.

Quelle est la cause du purpura chez la jeune fille dont je parle? Habituellement cette maladie résulte de l'encombrement, du défaut d'aération, de la tristesse, de la misère, de la mauvaise nourriture, de la privation de végétaux frais. Chez notre malade, il n'y a rien de semblable.

Elle habite Passy, un des plus beaux quartiers de Paris, un des mieux aérés, celui où les maladies et la mortalité sont les moins fréquentes et les moins considérables. Elle est depuis quatre ans dans la même pension, où elle se trouve bien. Elle est bien nourrie, mange de la viande fraîche, boit du vin, et paraît donc être dans des conditions convenables d'hygiène.

Malgré cela, elle a du purpura, c'est-à-dire une nosohémie caractérisée par la fluidité de la fibrine, l'altération des globules rouges, l'accroissement relatif des globules blancs et la friabilité des capillaires sanguins. Par ses hémorrhagies nasales, elle s'affaiblit beaucoup et pâlit chaque jour davantage.

Elle ne peut plus se lever ni rester assise dans son lit. Elle mange à peine, le pouls varie de 120 à 140, et la température est le matin de 38 pour monter le soir à 39.

Elle a des petites hémorrhagies de la peau, des hémorrhagies du tissu cellulaire sous-cutané, et à l'*ophthalmoscope* on constate un grand nombre d'hémorrhagies rétiniennes de volume variable, ce qui annonce une diathèse hémorrhagique profonde.

Que faire contre cet état, qui devient grave et sur lequel je porte un pronostic fâcheux? Il faut rechercher les indications à remplir.

Première indication : Augmenter la plasticité du sang. — On arrive à ce résultat par les acides végétaux ou minéraux à l'intérieur, par les astringents et par les hémostatiques.

J'ai donné ici la *limonade sulfurique*, 1 gramme d'acide par litre; la *limonade nitrique* à même dose d'acide; le *suc de trois ou quatre citrons* dans les vingt-quatre heures.

On peut donner l'*eau de Rabel* à 2 et 3 grammes par jour en potion; l'*extrait de ratanhia* en potions, 2 et 3 grammes pour vingt-quatre heures, enfin, le *perchlorure de fer* dans de l'eau sucrée, 1 ou 2 grammes par jour, ou le *sang de mouton* défibriné frais à la dose de 100 à 250 grammes par jour.

Les eaux hémostatiques de Tisserant, de Léchelle, de Pag-

(1) Seconde édition, tome II, page 325.

liari, de Brocchieri et autres ne valent pas le perchlorure de fer dilué dans de l'eau, ni le sang de mouton défibriné.

Ces moyens employés chez notre malade n'ont pas réussi. La diathèse hémorrhagique augmente et la faiblesse anémique qu'elle engendre est énorme. Cela nous conduit à des indications nouvelles que je vais vous exposer.

Deuxième indication : Remédier à la déperdition sanguine et remplacer le sang perdu. — Lorsque la perte de sang est assez considérable pour compromettre la vie, il n'y a plus qu'une ressource : c'est la transfusion.

Transfusion. — Qui pourrait croire que cette conquête de l'anatomisme, combattue par les mandarins officiels de la médecine du dix-septième siècle et rayée de la science par arrêt de la Faculté de médecine, ait pu reprendre sa place dans la pratique médicale? — Eh bien oui, elle s'est relevée des condamnations prononcées contre elle. Ceux qui l'ont condamnée sont morts et personne ne sait plus leurs noms, tandis qu'elle a survécu à ses ennemis comme les noms de Denys notre compatriote et de l'Anglais Lower, ses inventeurs. Il en est ainsi de toutes les découvertes scientifiques que les corporations officielles et les jalousies professionnelles veulent arrêter au passage. On retarde leur avènement définitif, on recule le progrès de quelques années, de un ou deux siècles peut-être comme pour la transfusion ; mais la lumière se fait un peu plus tard, à la honte des prétendus savants qui ont jugé mauvais et dangereux ce qu'ils n'ont pas eu l'intelligence de comprendre ou la conscience d'étudier.

C'était comme cela au dix-septième siècle. C'est encore ainsi au dix-neuvième et ce sera encore ainsi dans les siècles futurs. Je pourrais vous citer bien des exemples récents, mais ce serait mettre ma personne en scène, et je préfère m'abstenir. Partout où il y a des privilégiés dans l'enseignement auxquels on donne mission de juger ce qui est progrès ou découverte, l'expérience montre que l'impartialité disparaît et que les jugements portés ne s'inspirent que de l'envie, des amitiés ou des intérêts particuliers.

La transfusion, interdite par la Faculté du dix-septième siècle, a reparu de nos jours et elle a sauvé assez de personnes pour avoir repris son droit de cité dans la chirurgie. Comme je l'ai raconté dans mon *Histoire de la médecine*, tome II, page 325, elle a d'abord été imaginée en 1657 pour l'introduction des médicaments dans les veines, par Wren, Clarke, Robert Boyle, Henshaw, Richard Lower. C'était l'idée qui, de nos jours, modifiée par Wood, est devenue la méthode hypodermique. Quant à la transfusion du sang, celle-là a été proposée en 1665 par Lower qui, à Oxford, l'essaya sur des chiens, et réalisée pour la première fois en 1666 chez l'homme par Denys de Dijon. Son malade guérit. A son exemple, Emmerey fit de même et eut un second succès.

Les autres essais ne furent pas aussi heureux. Au lieu de les attribuer au procédé, on les imputa à la méthode. Puis les fantaisistes de l'époque prétendirent faire de ce moyen une panacée. On allait redonner la jeunesse aux vieillards, la virilité aux impuissants, la guérison aux phthisiques, et on rêvait même de prolonger la vie. C'est alors que la transfusion fut défendue par arrêt du Parlement sur la demande de la Faculté en 1675. Il n'en fut plus question, mais, de nos jours, les questions de pratique ne relèvent plus de la Faculté ni des corporations savantes. Chacun obéit aux inspirations de son talent, s'il en a, ou ou moins de sa conscience pour ceux qui n'ont que cela, ce qui a bien son prix. Or, dans un jour de malheur, un infortuné qui perdait son sang par suite d'une hémorrhagie considérable allait mourir, on lui injecta du sang dans les veines et il fut sauvé. On l'avait rappelé à la vie aussi sûrement qu'un noyé que l'on retire de l'eau et qu'on rappelle à la vie. De ce jour-là, la transfusion du sang ressortait de l'abîme où l'obscurantisme officiel l'avait plongée.

Un grand nombre de transfusions ont été faites et on compte beaucoup de succès. Tout récemment encore, M. Bitot, de Bordeaux, en a fait huit avec succès sur quatre de ses malades. Seulement, il faut préciser les indications et contre-indications de l'opération.

Pour moi, la transfusion doit être exclusivement réservée aux anémies excessives, compromettant la vie et dues à une blessure artérielle ou veineuse, à une hémorrhagie puerpérale, à certaines hémorrhagies utérines, aux hémorrhagies ombilicales du nouveau-né (Bélina), aux hémorrhagies du purpura ou à quelques cas de mort imminente par anémie spontanée. Toute nosohémie chlorotique et toute hypoglobulie compromettante pour la vie, ne se rattachant pas à une lésion organique incurable, peuvent être soumises à ce moyen.

Je n'en dirai pas autant des cachexies cancéreuses ou tuberculeuses et des maladies incurables que l'on a voulu traiter par la transfusion. L'existence d'une lésion incurable est une contre-indication formelle, et c'est compromettre la transfusion que de l'employer dans ces circonstances.

Voilà les indications de la transfusion. Mais comment se pratique-t-elle? Il n'est plus question aujourd'hui de transfuser du sang de mouton ni d'aucun autre animal. Cette manière de faire est abandonnée. Il en est de même de la transfusion de sang humain défibriné. On transfuse le sang en nature et, après avoir essayé de la transfusion dans les artères, on la fait généralement dans les veines.

Pour cela on se sert d'une seringue ordinaire de bonne qualité, des appareils spéciaux de Bélina, de Collin ou de Mathieu, dont la description se trouve dans notre *Dictionnaire de thérapeutique*, ou de l'appareil très-ingénieux inventé par Roussel, de Lausanne. Ces appareils s'ajustent à un petit trocart placé dans la veine céphalique ou basilique ou dans une des veines du poignet et de la main.

Le sang fourni par une personne de bonne volonté est recueilli dans la seringue même ou dans le récipient des appareils spéciaux que j'ai nommés. Quelques médecins font chauffer ces appareils à 25 ou 30 degrés, mais cela est inutile si l'on opère promptement en cinq ou six minutes. Avec cette promptitude le sang ne se coagule pas, et il se coagule même moins, dit-on, que si l'on a fait chauffer les instruments.

Une fois les appareils chargés, on transfuse 120 ou 150 grammes de sang chez l'adulte, 60 ou 80 grammes chez les sujets de la seconde enfance et 30 grammes chez un nouveau-né.

A la suite de l'opération, les malades éprouvent souvent du bien-être, ils se colorent un peu et se raniment. Dans la journée ils ont parfois un accès de fièvre avec frissons, chaleur et sueur. Quelques-uns, enfin, éprouvent le soir une sensation de pesanteur gênante dans le bras opéré. C'est tout.

Accidents de la transfusion. — Un des accidents de la transfusion est la mort par embolie si le sang transfusé forme des caillots qui, par leur volume, peuvent gêner l'exercice des fonctions. Mais, en dehors des embolies mortelles, il se fait des embolies capillaires donnant lieu à des infarctus sous-

cutanés ou viscéraux semblables à ceux que j'ai décrits dans mon Mémoire sur les infarctus de la diphthérite et du choléra.

Un autre danger à craindre, plus chimérique que réel, est la transfusion des germes bactériques répandus dans l'air et surtout dans l'air d'une salle d'hôpital remplie de rougeoles, de scarlatines, de varioles, de typhus, de diphthérites, etc. Par ce temps de *bactérophobie*, on doit être effrayé de transfuser dans les veines du sang qui a subi le contact de l'air et qui a traversé des appareils où se trouvent toujours une plus ou moins grande quantité de poussière nosocomiale. Mais je n'insiste pas. Jusqu'à ce jour personne n'a parlé de ce danger, qui serait bien grand si les bactéries dont on parle tant étaient aussi terribles qu'on se plaît à le dire.

Si l'on avait cette crainte, il y aurait, d'ailleurs, moyen de la dissiper. Il faudrait employer l'appareil de Roussel dont j'ai parlé plus haut ou l'appareil à transfusion encore peu connu à Paris et qui a été imaginé et employé par un très-habile chirurgien de Bordeaux, M. Oré. Ce procédé consiste à recevoir le sang du donateur au moyen d'une canule mise dans la veine et communiquant avec un récipient où a été fait le vide.

De le là sang passe par un autre conduit à travers la canule placée dans la veine du malade, et le sang passe ainsi d'un organisme à l'autre sans avoir subi le contact de l'air. C'est très-ingénieux.

On a voulu remplacer la transfusion veineuse par la transfusion sous-cutanée. Karst en a fait l'essai sur les lapins et Schmeltz sur l'homme. Ce dernier a publié même le fait le plus extraordinaire qu'on puisse rencontrer et de la réalité duquel il est permis de douter un peu. Il aurait guéri un phthisique très-rapidement par huit injections sous-cutanées de sang à la dose de 40 grammes par injections sur huit parties du corps et cela dans la même séance.

LABORATOIRE DU COLLÈGE DE FRANCE.

De l'exagération des influences normales de la respiration sur le pouls, dans les cas d'anévrysme intra-thoracique et de la persistance du canal artériel.

Par M. Franck.

Le retentissement des influences de la respiration sur le pouls a été considéré comme un phénomène anormal, et on a désigné, en Allemagne, le pouls ainsi modifié par l'expression de *pouls paradoxal*. Il n'y a d'anormal, dans ces formes du pouls, que l'exagération des influences mécaniques de la respiration.

D'un autre côté, on ne doit pas attribuer de signification spéciale au pouls dit paradoxal. Cette forme se rencontre *chaque fois qu'une lésion anatomique, ou bien un trouble fonctionnel de l'appareil respiratoire ou cardio-vasculaire, est de nature à exagérer l'influence normale de la respiration sur la circulation artérielle.*

C'est ainsi que M. Marey a constaté cette influence exagérée des mouvements de la respiration, dans tous les cas où le passage de l'air est gêné à l'entrée ou à la sortie de l'arbre respiratoire. Riegel est revenu récemment sur des faits analogues, et a fait, du *pouls paradoxal* un signe des sténoses laryngées. On rencontre cette forme du pouls dans une foule d'autres conditions : M. François Franck la signale dans les cas d'anévrysme intra-thoracique et de persistance du canal artériel.

Dans les anévrysmes de l'aorte ou des grosses artères fournies par la crosse, les influences des mouvements respiratoires sur le pouls s'exagèrent, parce que le sac anévrysmal offre une large surface sur tous les points de laquelle s'exercent, avec intensité, les influences alternativement inverses de l'inspiration et de l'expiration ; de là, des oscillations respiratoires du pouls qui sont surtout accusées sur le trajet des artères, à l'origine desquelles se trouve la dilatation anévrysmale intra-thoracique.

Dans le cas de persistance du canal artériel, dont M. F. Franck a observé deux exemples, le pouls présente les mêmes oscillations respiratoires, mais pour une raison différente; pendant l'inspiration, le sang pénètre en plus grande abondance dans les séreuses pulmonaires, et sort en moindre quantité de la poitrine : d'où chute de la ligne d'ensemble du pouls à ce moment. Pendant l'expiration, au contraire, le sang passe de l'aorte dans le canal artériel, avec moins de facilité et il en sort davantage de la poitrine, de là le redressement de la courbe du pouls qui succède à l'abaissement du temps précédent.

Ces exemples suffisent à montrer que, non-seulement le pouls dit *paradoxal* ne représente qu'une exagération des influences normales de la respiration, mais qu'on ne peut en faire un signe diagnostique spécial à telle ou telle lésion de l'appareil respiratoire ou circulatoire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 novembre 1878. — Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Relations de la sixième et de la troisième paires des nerfs crâniens. — M. MATHIAS DUVAL, à l'occasion de la présentation faite dans la dernière séance par M. Graux de sa thèse sur la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée, complète les explications fournies par M. Laborde, en faisant observer que les fibres nerveuses partant du noyau du moteur oculaire externe, d'un côté, pour se rendre, de l'autre côté, au moteur oculaire commun, ne sont pas simplement des fibres commissurales venant se confondre avec celles du moteur oculaire commun, mais bien des fibres radiculaires indépendantes et fonctionnant séparément.

M. HALLOPEAU rappelle que c'est la pathologie qui, sur ce point, a précédé la physiologie dans la découverte de cette communication entre le moteur oculaire externe, d'un côté, et le moteur oculaire commun, de l'autre côté. Il rappelle avoir publié, il y a deux ans, une observation clinique, avec autopsie, dans laquelle cette disposition avait été parfaitement reconnue.

M. LUYS demande à M. Duval si, dans ces expériences, il n'a pas eu recours aux courants électriques directement appliqués sur les noyaux du moteur oculaire externe et ceux du moteur oculaire commun du côté opposé.

M. DUVAL fait observer que ces deux noyaux sont extrêmement rapprochés l'un de l'autre, et que, conséquemment, par suite de la diffusion des courants, il serait impossible d'obtenir des résultats précis.

M. LABORDE rappelle que, dans de précédentes communications, il a fait connaître exactement les procédés opératoires auxquels ils ont eu recours pour ces expériences : en produisant une simple excitation par le contact seul de la sonde cannelée, on obtient des phénomènes de contracture; en sectionnant, au contraire, les fibres dont il a été question, on produit des phénomènes de paralysie. Dans les deux cas, ces phénomènes sont très-nets.

Anesthésie locale; injection d'éther.— M. DUMONT-PALLIER a fait une série d'expériences qui montrent que, par des injections d'éther, à l'aide de l'appareil Richardson, on obtient des effets comparables à ceux qu'on produit chez les hystériques par l'application des métaux : en injectant de l'éther sur le bras droit, par exemple, on obtient non-seulement une anesthésie complète de ce bras dans une région li itee, mais aussi une diminution très-notable de la sensibilité sur les parties correspondantes ou symétriques de l'autre bras.

M. LABORDE fait observer que les expériences de M. Dumont-Pallier sont très-intéressantes, en ce sens qu'elles portent sur des

sujets à l'abri de toute suspicion, et que, par conséquent, elles doivent contenter ceux qui n'accordent aux hystériques qu'une médiocre confiance.

M. MALASSEZ demande à M. Dumont-Pallier si la température diminue dans le bras opposé comme dans le bras sur lequel est faite directement l'injection.

M. DUMONT-PALLIER a été converti à la métalloscopie à partir du jour où il a constaté, le thermomètre en main, que la température marchait parallèlement avec les phénomènes de la sensibilité. Quant aux effets obtenus par les injections d'éther, ils sont tellement passagers que M. Dumont-Pallier n'a pu encore les vérifier par ce moyen.

Des sels de cuivre. — M. GRÉHANT, au nom de M. Philippeau, communique les résultats d'une série d'expériences qui prouvent que les sels de cuivre, ingérés dans l'estomac des animaux, à hautes doses, sont toxiques et qu'un mois après on trouve du cuivre dans le foie de ces animaux.

Paralysie générale. — Tumeur cérébrale. — M. MAGNAN communique l'observation et montre le cerveau d'une malade qui a succombé dans son service et qui était atteinte de paralysie générale. Elle portait également une tumeur de l'hémisphère gauche, située dans le sillon de Rolando et qui comprimait, au point de l'avoir complètement atrophiée, la pariétale ascendante, sans que, dans l'histoire de cette malade, il ait été constaté aucun trouble attribuable à la présence de cette tumeur. Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans qui, en 1870, présenta tous les premiers symptômes de la paralysie générale. La maladie suivit son cours, et cette malade succomba sans avoir présenté un seul phénomène qui pût être rattaché à la tumeur, déjà volumineuse, dont elle était atteinte.

De l'urine dans l'hématurie des vaches. — M. ALBERT ROBIN, sur la demande de M. H. Bouley, a examiné plusieurs échantillons d'urine provenant de vaches atteintes d'hématurie. Comparant entre elles les urines provenant de deux vaches différentes, il résume ainsi les principaux caractères présentés par ces urines :

Les premières urines recueillies au début ou dans la première phase de la maladie sont très-voisines l'une de l'autre, sous le double rapport des caractères physiques et de la composition chimique : les différences qui les séparent portent sur des questions de quantité bien plus que sur les questions de la présence ou de l'absence de tel ou tel élément; ainsi, dans toutes les deux on trouve :

1° Couleur, odeur, aspect, consistance, réactions, sédiments identiques;

2° Un sédiment formé surtout de matière albuminoïde coagulée et teintée de brun;

3° Peu de globules sanguins;

4° Des cristaux d'urate d'ammoniaque;

5° Très-peu de carbonate de chaux;

6° Gouttes de graisse;

7° Globules blancs;

8° Pas d'oxalate de chaux;

9° Un peu plus d'urée qu'à l'état normal [Boussingault a trouvé 18gr,48 (1)], mais un peu moins de matériaux solides (état normal 79 grammes);

10° Une diminution considérable des hippurates qui, dans l'urine normale, s'élèvent à 16gr,51 et qui, dans les cas actuels, ont manqué complètement ou tout au moins ont énormément diminué;

11° Une augmentation notable des chlorures. Ces sels sont peu abondants dans l'urine des herbivores. Dans l'urine du cheval, Boussingault n'en a trouvé que 0gr,74, et si le même auteur en a dosé 1gr,52 dans l'urine de vache, il prend soin d'ajouter que les animaux en expérience recevaient journellement dans leur ration alimentaire une dose assez forte de sel marin (2). Or, j'ai trouvé 7gr,20 dans un cas et 6 grammes dans l'autre, soit une proportion au moins quadruple de l'état normal;

12° Acide phosphorique, en minime proportion, il est vrai; mais ce fait doit avoir une importance, puisque Boussingault, dans ses analyses, n'en a trouvé aucune trace;

13° Albumine en quantité considérable;

14° Urohématine, hémoglobine en quantité très-grande.

En dehors de la présence du sang dissous qui constitue le symptôme objectif le plus important de la maladie, on voit combien ces caractères séparent nettement ces urines de l'état normal, et cela dans des points absolument essentiels.

Dès que la maladie entre dans une phase décroissante, quand le lait, disparu ou tout au moins très-diminué, reparaît avec une certaine abondance, l'urine subit de profondes modifications qui la rapprochent de la normale : si quelques principes sont en proportion plus grande, si d'autres n'ont pas entièrement disparu, on peut s'assurer néanmoins que le liquide reprend dès lors les traits principaux de son type physiologique : il redevient urine d'herbivore. Ainsi :

1° L'urate d'ammoniaque, élément anormal, disparaît et les masses albumineuses amorphes diminuent dans de grandes proportions.

2° L'oxalate de chaux, le carbonate de chaux cristallisé en sphérules reparaissent.

3° On voit s'atténuer les caractères physiques anormaux.

4° Le phosphate de chaux, fréquent dans les sédiments de l'urine des herbivores, reparaît.

5° L'urée subit encore une notable augmentation qui est peut-être en rapport avec un accroissement de la combustion des principes rendus disponibles par une désintégration organique plus accentuée; mais, à côté de cela, l'acide urique est remplacé par une proportion normale d'acide hippurique.

6° Les chlorures, encore augmentées relativement à l'état physiologique, diminuent pourtant de plus de moitié.

7° L'albumine et l'hémoglobine tendent déjà à disparaître.

8° L'indican, qui, chez les herbivores, est en rapport avec l'alimentation, revient à l'état normal.

9° Il ne reste, comme autres caractères morbides, que la présence de la graisse en assez grande quantité, des globules blancs et des cylindres dans le sédiment; il est bon de remarquer à ce sujet que les cylindres ne se sont montrés que dans les urines de la défervescence, et que la graisse libre a été bien plus abondante dans celles-ci que dans les premiers liquides que j'ai examinés.

Tel est l'ensemble des faits qui ont été établis par l'analyse des urines; il en résulte principalement que, pendant le cours de la maladie, l'organisme fait de plus grandes pertes en urée, et surtout en chlorures, perte d'autant plus sensible que les animaux mangent moins; que l'acide urique remplace l'acide hippurique, rapprochant temporairement ainsi l'urine des animaux malades de celle des carnivores; que les sels de chaux diminuent dans le liquide et disparaissent dans le sédiment; que la graisse libre et les cylindres augmentent et apparaissent aux alentours de la défervescence; enfin, que l'affection paraît être une hémoglobinurie plutôt qu'une hématurie véritable.

La séance est levée à cinq heures.

(1) Boussingault. *Ann. de chimie et de phys.*, 1845, 3e série, t. XV, p. 103.

(2) Boussingault. Note ajoutée au mémoire de Braconnot. *Ann. de chimie et de phys.*, 1847, t. XX, p. 245.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 novembre 1878. — Présidence de M. LABRIC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Pleurésie purulente. — M. MOUTARD-MARTIN, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance, par M. Rendu, fait observer qu'il n'est pas très-rare de voir des pleurésies purulentes s'ouvrir dans les bronches sans pneumo-thorax, et même, cet état de perforation du poumon sans pneumo-thorax peut persister pendant des mois. Ces fistules bronchiques, compliquées ou non de fistules externes, ne sont nullement une contre-indication

de la ponction, du drainage ou de l'empyème, dans le traitement de la pleurésie purulente. M. Moutard-Martin cite plusieurs exemples où la ponction et le drainage, dans ces cas, lui ont donné de très-bons résultats.

De la pneumonie massive. — M. GRANCHER présente une brochure sur ce sujet, dans laquelle il rapporte l'observation d'un homme de quarante et un ans qui, après un refroidissement, entra à l'hôpital, pris brusquement de frissons, d'un malaise profond, se plaignant d'un point de côté, le faciès altéré, la respiration troublée, toussant et expectorant des crachats gélatineux et jaunâtres, si bien qu'avant d'ausculter ce malade, M. Grancher crut tout d'abord à une pneumonie fibrineuse lobaire. Mais, dans les trois quarts inférieurs du poumon droit, en arrière, latéralement et en avant, matité absolue, respiration et vibrations thoraciques nulles. M. Grancher porta le diagnostic de pleuro-pneumonie, non toutefois sans quelques réserves mentales. Cependant ces signes négatifs si complets pouvaient s'expliquer par l'abondance de l'épanchement pleural : les phénomènes allèrent en s'aggravant, des râles muqueux apparurent dans l'autre poumon, et des menaces d'asphyxie ne tardèrent pas à se produire dès le troisième jour ; deux ponctions furent faites, mais sans résultat. Le lendemain, le malade mourait, au neuvième jour de sa maladie.

A l'autopsie le poumon gauche est congestionné, le poumon droit est légèrement adhérent à la plèvre pariétale par des tractus fibrineux, mais il n'y a pas trace d'épanchement. Ce poumon est hépatisé, lourd, friable, grenu à la coupe. Les bronches ouvertes dans toute leur longueur sont remplies jusqu'au hile d'un moule fibrineux qui bouche complètement toute cette partie du système aérien. Les phénomènes physiques anormaux, constatés pendant la vie, se trouvent donc expliqués par cette hépatisation massive qui a transformé deux lobes du poumon en un corps compacte, en chassant tout l'air qu'ils contenaient.

M. Grancher, après avoir rapproché de ce fait les cas analogues qu'il a pu rassembler, en particulier une très-intéressante observation de M. Henrot (de Reims), présente quelques considérations sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la pneumonie massive.

M. BLACHEZ a observé récemment un cas analogue à celui de M. Grancher. Il s'agit d'une femme âgée chez laquelle se sont présentées les mêmes difficultés de diagnostic ; matité absolue dans tout le côté droit, la malade étant complètement aphone, il était impossible de juger de la présence ou de l'absence des vibrations thoraciques, souffle de haut en bas, en avant et en arrière. On pensa d'abord à une pleurésie; cependant l'intensité de la fièvre, le début brusque, la présence de quelques râles crépitants au sommet faisaient pencher vers l'existence d'une pneumonie, si bien que, malgré une dyspnée assez marquée, M. Blachez ne voulut pas faire la ponction. Mais dans la journée, la dyspnée étant devenue de plus en plus intense, l'interne de garde fit successivement trois ponctions qui n'amenèrent aucun résultat ; la malade mourut, et on trouva à l'autopsie une pneumonie étendue à tout le poumon droit; il n'y avait pas trace de pleurésie.

Rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire de nature rhumatismale chez un malade mort de tuberculose généralisée. — M. DUGUET, en son propre nom et au nom de M. Landouzy, communique l'observation de ce malade et présente des pièces à l'appui (sera publié).

Sclérodermie avec vitiligo. Maladie d'Addison. — M. FÉRÉOL présente à nouveau le malade atteint de sclérodermie avec vitiligo ponctué qu'il a présenté dans la dernière séance; mais, afin de mieux montrer les différences qui séparent cette dyschromie spéciale de la teinte bronzée qui caractérise la maladie d'Addison, il présente en même temps un type indiscutable de cette dernière maladie, de façon qu'on peut comparer les deux lésions cutanées à côté l'une de l'autre.

Sur le premier malade (sclérodermie et vitiligo), on peut remarquer la singulière disposition des taches blanches qui maculent la peau sur tous les points en saillie, et la constitution de ces taches formées par un granit noir et blanc, qui rappellent la disposition maculée de certaines peaux de serpents; les grains noirs sont rangés par séries linéaires et suivent tout à fait, dans les diverses régions, la configuration des papilles dermiques, telle qu'elle a été représentée par M. Sappey. Le malade a été rasé depuis la dernière séance, et on peut constater que le cuir chevelu, comme le reste du tégument, présente de nombreuses taches de vitiligo, petites, les unes arrondies, les autres irrégulières, qui se dessinent sur un fond brunâtre, et qui sont totalement dépourvues de cheveux. Les parties génitales sont d'une teinte moins foncée que la peau de l'abdomen. Enfin, sur les muqueuses de la bouche, c'est à peine si on constate au bord des lèvres une légère teinte brune, douteuse, et quelques ponctuations pigmentaires, légères sur la face interne de la lèvre inférieure, en face de dents avariés.

M. Féréol insiste, en outre, sur ce fait que, depuis un mois qu'il observe le malade, il a vu sous ses yeux se modifier les taches de vitiligo; certaines parties blanches ont bruni, et réciproquement des parties pigmentées se sont décolorées. Il semble donc que le pigment soit sans cesse en mouvement pour se transporter d'un point sur un autre.

Enfin, au point de vue de la sclérodermie, il fait remarquer la singulière disposition que présentent deux légères eschares qui ont été produites sur la peau sclérosée de l'avant-bras par l'application du pôle négatif d'une pile (10 éléments). Ces deux petites eschares sont taillées à pic dans le tissu induré, sans qu'il y ait autour d'elles aucun cercle éliminateur; on dirait des lésions produites sur un cadavre ou sur du bois.

Sur le deuxième malade (maladie d'Addison) en opposition avec les lésions dyschromiques précédemment décrites, on remarque l'absence de toute tache de décoloration, une teinte brune uniforme, enfumée, très-foncée à la face et aux mains, encore plus foncée aux parties génitales qui sont aussi noires que celles d'un nègre; la présence de quelques taches de lentigo disséminées à d'assez grandes distances sur la peau du visage et du tronc; enfin, sur les muqueuses des lèvres, de la face interne des joues, de la langue, de nombreuses taches pigmentaires d'un noir très-foncé.

On voit donc que ces deux malades qui, à première vue, paraissent très-analogues et présentent tous deux une coloration bronzée généralisée, ne se ressemblent que très superficiellement.

M. Féréol pense donc que le premier malade n'a pas de lésions capsulaires, et qu'il est atteint, non pas d'une maladie d'Addison compliquant sa sclérodermie, mais d'une dyschromie toute spéciale, qu'on peut appeler un *vitiligo ponctué* et qui se trouve sous la dépendance de la cause même qui produit la sclérodermie.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(REVUE MENSUELLE)

Kystes de la mâchoire inférieure, par le docteur HERBET, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Amiens. — **Pathogénie des kystes multiloculaires de la mâchoire (variété folliculaire)** (séances des 26 juin et 3 juillet). — M. MAGITOT, rapporteur.

M. HERBET a recueilli deux observations de kystes de la mâchoire inférieure. Elles présentent, au point de vue de leur mécanisme de production, une complète netteté de caractères en même temps qu'un grand intérêt clinique.

En voici un résumé :

1er *fait*. — Une femme de trente ans, d'une bonne santé habituelle, a présenté depuis son enfance une série d'accidents dans la région de l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit. Dès l'âge de cinq ans, cette région est le siège d'abcès multiples s'ouvrant d'une part dans la bouche et d'autre part sur la peau. Ces abcès sont attribués à certaines dents altérées qui sont extraites sans amener aucun changement. La succession des abcès à intervalles variés se prolonge jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, époque à laquelle la malade observe la production d'une tumeur qui prit naissance au niveau de l'angle de la mâchoire et acquit en quelques années le volume du poing.

C'est alors (en 1874) que la malade vient à Paris et entre dans le service de M. le professeur Richet qui pose le diagnostic suivant: KYSTE DENTAIRE AYANT POUR CENTRE DE PRODUCTION UNE DENT MOLAIRE.

L'exploration directe vint pleinement confirmer ce diagnostic. En effet, une ouverture pratiquée extérieurement, et dont les photographies de la malade indiquent encore la trace, permit de reconnaître l'existence d'une poche remplie d'un liquide citrin. Au fond de cette poche on rencontre un corps dur, adhérent à la paroi et qui n'est autre qu'une dent molaire. Cette dent est extraite, et un drain passant de la plaie extérieure dans la cavité buccale est établi en permanence.

Un érysipèle survient d'abord, puis la suppuration s'établit très-abondante dans la poche, et celle-ci décroît considérablement de volume.

Au bout de quelques mois, la malade quitte cependant le service de l'Hôtel-Dieu, incomplètement guérie, et cesse tout traitement.

Un an après, la tumeur avait repris un volume considérable, de telle sorte qu'elle mesurait 18 centimètres dans le sens antéro-postérieur et 17 centimètres dans le sens vertical. C'est à ce moment que M. le docteur Herbet observa la malade et qu'il constata une telle désorganisation de l'os qu'il n'hésita pas à pratiquer l'ablation complète de la masse. L'opération n'est suivie d'aucun accident ni d'aucune trace de récidive.

2e *fait*. — La seconde observation est relative encore à une femme adulte qui, à l'âge de huit ans, reçut sur la face, au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche, un coup de pied de cheval qui la renversa sans connaissance pendant plusieurs instants.

Rien de notable ne se produit cependant de ce côté jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque où l'on voit se développer sur le point correspondant au traumatisme antérieur une tumeur dure qui acquiert en deux ans le volume d'un gros œuf de dinde. La masse morbide est limitée par une coque osseuse dépressible sur un point, suivant l'expression de M. Herbet à la manière des os du crâne chez le fœtus.

Une large ouverture pratiquée dans la bouche donne accès dans une poche remplie de liquide et au fond de laquelle se rencontre adhérente à la paroi une dent molaire qui est extraite et dont les racines sont recourbées sur elles-mêmes.

La poche ainsi vidée est pansée avec des bourdonnets de charpie, et la tumeur décroît si rapidement qu'au bout de trois mois la mâchoire de ce côté ne présentait qu'un volume à peu près double de celui du côté opposé.

La malade quitte l'hôpital avec un simple trajet fistuleux qui est abandonné à lui-même; dix-huit mois plus tard, elle y rentrait avec une tumeur ayant acquis le volume du poing; la branche gauche de la mâchoire inférieure fut alors enlevée entièrement, la malade guérit sans complication ni récidive.

Ces deux observations présentent deux enseignements principaux: l'un au point de vue de la pathogénie de ces kystes, l'autre à l'égard de leur thérapeutique.

a. Au point de vue pathogénique, les deux faits ne laissent rien à désirer: ce sont bien là deux kystes développés au sein d'un follicule de dent molaire encore incluse dans le bord alvéolaire, kystes ayant pris naissance au moment où la couronne avait achevé son développement, soit kyste folliculaire de la période coronaire spontanément, ou sous l'influence traumatique, un liquide pathologique s'est formé au sein même du follicule; il en a distendu la paroi propre qui, devenue paroi kystique, a déplacé dans son expansion le tissu osseux dont il s'est fait une coque plus ou moins mince et dépressible.

La pièce anatomique de la première observation a été présentée par M. Herbet; elle offre une disposition bien remarquable; elle a été fendue d'avant en arrière et on y reconnaît l'existence de loges multiples au nombre de douze à peu près, la plupart communiquant ensemble, quelques-unes cependant paraissant être restées isolées.

Ces loges multiples se sont-elles formées au début même de la transformation kystique du follicule, ou se sont-elles développées ultérieurement après l'ouverture de la première poche? C'est là un point qu'il n'est pas possible d'établir. A propos de ces troubles fonctionnels du follicule dentaire, on peut faire plusieurs hypothèses: 1° ou bien plusieurs follicules inclus dans la mâchoire ont été simultanément le siège de transformation kystique; 2° ou bien il s'est produit une véritable hypergenèse de follicule, comme on voit dans un odontome l'hypergenèse de bulbes et de chapeaux dentinaires, et comme cela se présente aussi dans la polygnathie; 3° ou bien encore un follicule unique, primitivement siège d'un kyste, a produit dans son voisinage des cavités secondaires dont quelques-unes sont restées en communication avec lui, tandis que d'autres devenaient distinctes par clôture de l'orifice de passage. C'est à cette dernière explication que M. Magitot croit devoir s'arrêter.

b. Au point de vue thérapeutique, il ressort de ces deux faits le même enseignement: c'est qu'il y a eu, chez les deux malades, après ouverture de la poche primitive, récidive de la maladie. La continuation du processus pathologique a été due à l'insuffisance du premier traitement, le *drainage* de la cavité qui n'a pas été continué assez longtemps. La lenteur avec laquelle s'opère le retrait de semblables poches creuses au sein de maxillaires adultes, exige que le drainage soit poursuivi exactement pendant très-longtemps, dix-huit mois, deux ans.

Le drainage avait amené une diminution considérable chez l'un des malades et presque une guérison chez l'autre.

M. VERNEUIL soulève la discussion de ces deux intéressantes observations et pose la question suivante à résoudre d'une façon nette: Voici un kyste présentant douze poches; doit-on admettre qu'il s'agit d'un kyste développé dans un seul follicule, subdivisé en douze poches, ou faut-il admettre que douze follicules dentaires ont contribué à la formation de cette tumeur kystique? Est-ce dans la région du follicule que se trouve le point de départ? Oui, dit-on, puisqu'on a trouvé une dent. Mais chacune de ces poches a-t-elle pour origine un follicule? C'est difficile à admettre.

M. MAGITOT (séance du 3 juillet) répond à cette question de pathogénie: Comment un kyste des mâchoires de la variété *folliculaire* peut-il devenir *multiloculaire*? Les trois processus qu'il a invoqués pour expliquer cette transformation sont les suivants:

1° Plusieurs follicules sont simultanément le siège de transformation kystique, et la masse comprend un nombre de loges égal à celui des follicules affectés.

2° Un follicule isolé, affecté de maladie kystique, se cloisonne intérieurement en un nombre variable de loges, soit communicantes, soit distinctes.

3° Enfin une masse kystique, composée d'un nombre quelconque de loges, résulte de l'hypergénèse de follicules frappés simultanément du même trouble de nutrition.

Chacun de ces trois mécanismes est démontré par des faits existants. Il est bien entendu qu'il ne s'agit que des kystes des mâchoires formés d'emblée, et pas des kystes compliquant les tumeurs, odontomes, etc.

C'est par la seconde théorie, cloisonnement d'un kyste primitivement uniloculaire, que l'on s'explique le mieux le cas observé par M. Herbet. Dans certains faits, en effet, en plongeant le doigt dans un kyste, on a constaté l'existence de cloisons, de brides divisant incomplètement en plusieurs compartiments un kyste. Dans ce cas particulier, des abcès nombreux s'étaient produits dans la bouche, et aussi, à l'extérieur, sur la peau de la région de l'angle de la mâchoire. Ces abcès, dont aucun d'eux ne semble avoir réussi à ouvrir la poche principale, celle qui contenait la dent originaire, avaient probablement pour siège quelques-unes de ces poches secondaires. La formation de ces poches peut aussi résulter d'un travail inflammatoire qui aurait pour signe l'épaisseur même de la poche kystique hypertrophiée. On sait la possibilité de la transformation d'un abcès en kyste.

Si l'on se refuse à accepter l'un de ces trois modes de développement, qu'invoquera-t-on pour expliquer les kystes à loges multiples qui apparaissent dans les mâchoires?

Dira-t-on que c'est dû à la *maladie kystique des os*, c'est-à-dire à un état par lequel le tissu osseux deviendrait spontanément le siège de productions kystiques indépendantes de tout processus saisis-

sable? L'état kystique implique, comme l'a si bien dit Cruveilhier, la présence d'une cavité préalable, ou tout au moins d'une membrane d'un feuillet séreux ou fibreux préexistant.

On ne sait pas quelle est l'explication de l'origine des kystes des os, pas plus aujourd'hui qu'en 1863, alors que Follin écrivait que *les causes et le mécanisme des kystes osseux sont absolument inconnus.*

Pour les kystes des mâchoires, du moins, la démonstration donnée est plus précise et plus complète.

M. VERNEUIL se range à l'opinion de M. Magitot; il considère ces kystes comme des kystes analogues à ceux qui se développent dans les vestiges de corps qui ont disparu à un moment donné. Par la théorie de M. Magitot, il a déjà expliqué la formation des épithéliomes tubulés et cylindriques et spéciaux aux mâchoires; c'est en voyant sur les planches d'un mémoire de MM. Legros et Magitot les prolongements folliculaires que M. Verneuil a trouvé la pathogénie de ces tumeurs.

M. FORGET n'admet pas l'origine folliculaire des kystes multiples très-nombreux et de dimension considérable; la principale preuve donnée par M. Magitot est basée sur l'existence d'un tissu para. aréolaire et formé de franges gingivales, et auquel M. Magitot attribue une propriété kystogène fondée sur la présence qu'il aurait constatée dans ce tissu de granulations d'apparence dentinaire; mais il faudrait préciser les rapports de ce tissu avec le corps lui-même de l'os maxillaire transformé en une masse kystique.

On ne saurait admettre non plus que comme une hypothèse le cloisonnement par suite de l'influence de l'inflammation de la poche kystique, car le kyste folliculaire ou alvéolo-dentaire est indolore, il reste longtemps méconnu, ce qui ne serait pas si l'inflammation présidait à son développement successif.

Il est un autre processus inhérent au tissu osseux qui, avec ou sans la consistance d'un kyste folliculaire, donne lieu à ces tumeurs kystiques que M. Forget, dès 1840, puis en 1863 (à la Société de chirurgie), a désignés sous le nom de *kystes alvéolo-dentaires*, parce qu'ils ont l'alvéole pour siège et le périoste pour origine. Sans doute, il y a, comme Guibout l'a décrit en 1853, une autre étiologie des kystes, la formation du kyste par le follicule lui-même, mais il ne faut pas généraliser cette variété pathologique à toutes les tumeurs polykystiques des mâchoires : il en est qui se forment aux dépens du tissu, spongieux surtout.

Les kystes des os sont rares, mais leur existence est incontestable. A la pièce de Nélaton, citée par M. Forget, M. Houel ajoute la description de deux autres pièces du musée, l'une de Mayor, de Genève, l'autre de Richard; ces pièces présentent des cloisons minces, très-friables, sans bosselure; toute la mâchoire est envahie; l'intérieur des poches est formée par une couche polie, transparente. Les kystes ont dû se développer dans l'os même, et non par des prolongements épithéliaux qui ne peuvent se ramifier dans toute la mâchoire.

M. MAGITOT ne croit pas bien authentiques ces pièces pathologiques classées sous le nom de *kystes des os*, car elles n'ont pas d'histoire, et ne sont appuyées par aucune observation. Ils sont indéterminés et indéterminables.

Il reconnaît qu'il y a d'autres kystes des mâchoires que les kystes folliculaires; il y a assurément des kystes périostiques. Ce sont ces deux espèces qui doivent remplacer aujourd'hui les kystes classés autrefois sous la dénomination unique de kystes alvéolo-dentaires.

M. Magitot combat aussi les conclusions du travail de Reynaud (Paris, 1876), qui s'efforça d'établir que certains kystes des mâchoires étaient réellement spontanés et sans rapport aucun avec l'appareil dentaire. Ces affirmations ne reposent que sur des observations tout à fait incomplètes.

Rien dans la constitution normale des os n'autorise à croire au *mal kystique* des os; restons dans les termes de la définition du kyste faite par Cruveilhier. Il faut une cavité, un feuillet préexistant pour constituer un kyste. Il n'y a pas dans l'os d'élément remplissant ces conditions : il n'y a pas de kyste des os. Il n'y a pas non plus de kystes des mâchoires; il y a des *kystes du follicule dentaire* et des *kystes du périoste*. Il y a même des kystes dentaires en dehors des mâchoires, car, partout où peut naître un follicule migrateur ou hétérotopique, la transformation kystique peut s'y produire; ainsi les productions folliculaires renfermant des dents, qui ont été si souvent rencontrés dans la fosse temporale du cheval, dans le sinus maxillaire, dans la cavité crânienne, dans la vessie.

En résumé, le problème des kystes des os n'est pas résolu, mais la question des kystes des mâchoires est du moins, on peut le dire, en possession d'une démonstration satisfaisante et complète.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui lundi, M. Marey a été élu membre de l'Académie des sciences.

— Dans notre numéro du 28 novembre nous nous sommes fait l'écho du bruit qui avait couru à Nantes de la mort du vénérable M. Écorchard. La parfaite honorabilité de notre correspondant ne pouvait nous laisser un moment de doute sur l'exactitude des renseignements. Nous apprenons, avec le plus grand plaisir, que la situation du malade s'améliore et que tout fait espérer que M. Écorchard sera conservé à ses nombreux amis et au magnifique établissement qu'il a fondé.

— Le laboratoire de botanique de l'École pratique des hautes études, dirigé par M. Bureau, professeur au Muséum, sera ouvert aux études et recherches tous les jours à partir du 3 décembre, de onze heur s à quatre heures. Les conférences commenceront au printemps en même temps que les cours de botanique du Muséum.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 141. — JEUDI 5 DÉCEMBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 5 DÉCEMBRE 1878. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jules Guérin a repris le cours de ses lectures sur les déviations de la colonne vertébrale.

Précédemment, il s'était occupé des simples flexions momentanées, et il en avait démontré le mécanisme d'une façon très-neuve, par une étude approfondie des surfaces articulaires, unissant entre elles les vertèbres, et de leur disposition spéciale dans les régions où les mouvements normaux de latéralité sont aptes à se produire.

Aujourd'hui il en vient aux courbures permanentes, et il s'attache à expliquer comment ces courbures sont toujours multiples. La première appelle la seconde, qui en appelle une troisième. Pourquoi cela? M. Guérin l'a fait comprendre par une série de dessins au tableau. La première courbure une fois produite, toute la partie de la colonne vertébrale qui se trouve située au-dessus d'elle serait écartée de la verticale définitivement si elle restait droite. Or, la verticale est pour le corps humain la position normale, dont il tend toujours à se rapprocher. Une seconde courbure se produit donc, afin de compenser la première; mais il arrive qu'elle dépasse le but et rejette le corps, en sens contraire, de l'autre côté de la verticale. Ce n'est qu'après un certain nombre d'essais successifs, pour ainsi dire, que le but est enfin atteint et l'équilibre rétabli.

Le rôle des forces musculaires, celui de la pesanteur et des autres forces toutes physiques, ont été tracés et distingués avec grand soin dans cette ingénieuse théorie. Aussi semblait-elle si satisfaisante qu'on a été presque surpris, quand, après l'avoir exposée, M. Guérin, avec l'extrême bonne foi du vrai savant, a fait connaître l'objection principale qu'on peut lui opposer : une série de cas dans lesquels on trouve des déviations compensatrices sur des fœtus soit d'hommes, soit d'animaux, même d'oiseaux. Il ne serait plus possible d'expliquer ces courbures, successives ou simultanées, par la position normale du corps et la recherche de la verticale. M. Jules Guérin l'a reconnu lui-même ; ces faits échappent aux lois qu'il a posées.

M. Maurice Perrin a appelé l'attention sur un fait qui serait très-grave, s'il était vraiment général. S'étant procuré du chloroforme dans différentes pharmacies, il n'en a pas trouvé de pur. L'addition d'acide sulfurique a toujours donné une couleur rouge acajou, réaction caractéristique, et quand on a voulu produire l'anesthésie avec ce genre de chloroforme, non-seulement il a fallu un temps beaucoup plus long, mais des accidents, plus ou moins sérieux, en sont résultés chaque fois. L'élévation considérable des droits sur les alcools, en amenant les fabricants à se servir de produits moins purs, aurait été probablement, suivant M. Maurice Perrin, la cause première de cet état de choses, auquel il deviendrait urgent de remédier. Bien entendu les hôpitaux civils de Paris sont toujours fournis de chloroforme rectifié et pur, ainsi que l'ont déclaré du reste MM. Marc Sée et Richet. D'après ce dernier, on pourrait même trouver de bon chloroforme en ville, du moins dans certaines pharmacies. Mais les praticiens sont avertis qu'il serait maintenant imprudent d'employer pour l'anesthésie du chloroforme non essayé par le procédé indiqué plus haut.

Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

L'attaque hystéro-épileptique.

Les auteurs décrivent deux espèces d'hystéro-épilepsie : 1° l'hystéro-épilepsie *à crises distinctes*, celle qui est accompagnée d'attaques revêtant le caractère tantôt hystérique, tantôt épileptique; les deux genres de crise ne se combinent pas; c'est tantôt l'un, tantôt l'autre; 2° l'hystéro-épilepsie *à crises mixtes*, dans laquelle les crises ont toujours le même caractère; c'est de l'hystérie et de l'épilepsie mélangées à doses variables. On a dit que cette forme était hybride, mal déterminée et impossible à décrire. Telle n'est pas mon opinion : l'hystérie *major*, l'hystéro-épilepsie présente sans doute des attaques épileptiformes, mais ce n'est pas du tout de l'épilepsie; la crise hystérique n'est épileptique par aucun côté; il n'y a là d'épilepsie que des apparences, que des formes. C'est de l'hystérie à sa plus haute puissance, mais rien autre chose. On peut en suivre le développement ; on peut, quoi qu'on en ait dit, en chercher et en découvrir les lois. L'attaque d'hystérie elle-même est soumise à des lois; il suffit d'avoir la patience de les chercher et de regarder longtemps pour en être convaincu.

Nous avons pu ainsi constituer des types complets, soumis à des lois absolues, et autour de ces types nous sommes arrivés à grouper toutes les variétés qui paraissaient s'en éloigner. Nous avons ainsi établi le type de l'attaque hystérique, que nous nous proposons de décrire aujourd'hui et dont je

vous montrerai des exemples frappants sur plusieurs de nos malades.

Les malades sont toujours averties du développement prochain de l'attaque; elles ne sont pas surprises comme l'épileptique qui tombe foudroyée dans la rue; elles sentent les symptômes précurseurs et vont trouver les surveillantes en leur demandant de se faire attacher sur leurs lits. Ces symptômes prémonitoires sont très-variables. Mais les principaux sont le malaise général, l'inappétence, les vomissements, le changement de caractère qui se traduit par l'indocilité, les projets d'évasion, la fuite sur les toits, etc. Des crampes apparaissent dans les bras. Un *vertige hystérique,* analogue au vertige de l'épilepsie, est représenté par des secousses, l'agitation des membres et l'obnubilation de l'intelligence. Enfin arrive la série des phénomènes de l'*aura;* la plupart des hystériques sont des hystériques *ovariennes,* droites ou gauches, c'est-à-dire qu'elles présentent dans la région ovarienne les douleurs que je vous ai maintes fois signalées. Cette douleur s'exaspère, se montre des deux côtés, alors même que la malade était ovarienne simple; de même l'anesthésie, unilatérale précédemment, devient double et totale. Les zones hystéro-épileptigènes peuvent être plus accentuées et plus sensibles; les nœuds, les douleurs, au niveau de l'estomac, de la gorge, sont plus vifs ; ce que j'ai appelé l'*aura céphalique* est marqué par des bourdonnements d'oreilles, des battements des tempes, etc., qui deviennent plus violents; la crise commence.

Première période. — Le début est brusque; la malade pousse un cri et tombe dans un état de convulsion. C'est là la période que je nomme *épileptoïde,* celle qui ressemble à l'épilepsie et qu'on n'en saurait distinguer, à première vue, si les phénomènes en restaient là; ici, en effet, comme dans l'épilepsie, nous voyons le cri, la chute, la phase de contractions toniques, de tétanisme, puis la phase de convulsions cloniques, de secousses brèves, puis enfin la phase de résolution et de sommeil stertoreux. Mais tout s'arrête là dans l'épilepsie. Dans l'attaque d'hystérie, au contraire, cette phase n'est que le premier tableau de tout le drame qui va se dérouler dans la suite. La première période de l'attaque hystérique peut être divisée en trois phases : une phase *tonique,* une phase *clonique* et une phase de *résolution.*

On voit d'abord les mains se mettre dans la pronation et se ramasser sur la poitrine, comme pour exécuter des mouvements de moulinet; la rigidité des membres supérieurs s'accentue, les mains descendent le long du corps et se redressent au-dessus de la tête; après plusieurs mouvements de cette nature (et ils sont bien caractéristiques), la rigidité tétanique s'étend à tout le corps, puis apparaissent des secousses brèves d'abord, puis plus larges et plus longues, puis plus rares; elles sont ensuite suivies de résolution. Un sommeil stertoreux arrive et nous conduit à la deuxième période.

Deuxième période. — Alors commencent des phénomènes qui sont bien caractéristiques de l'hystérie, les mouvements désordonnés les plus bizarres et les plus singuliers. On peut cependant les décrire; nous les avons ramenés à deux types principaux : les contorsions et les grands mouvements.

Les *contorsions* représentent ce qu'on appelait autrefois les attaques démoniaques; on n'osait supposer jadis que la maladie seule pût amener des jongleries pareilles; on ne pouvait les rapporter qu'à une possession diabolique. Cette phase commence, le plus généralement, par l'*arc de cercle :* la malade se redresse tout à coup, ne reposant que sur l'extrémité des talons et sur la partie postérieure de la tête; elle répète plusieurs fois ce mouvement; une hystérique qui l'a fait dans une de ses attaques le reproduira certainement dans toutes les autres. Après cette figure, on les voit exécuter toutes sortes de contorsions, de grimaces, toutes ces attitudes démoniaques qui ont été si bien reproduites par Michel-Ange, Delacroix, etc. Ces formes, qui étaient épidémiques au moyen âge, nous les observons actuellement à l'état sporadique, mais le type est toujours le même.

Les *grands mouvements* sont caractérisés par une agitation extraordinaire du corps, la malade faisant avec une vigueur inouïe de grandes salutations d'avant en arrière, sept ou huit fois de suite en projetant son corps avec une violence étonnante.

Troisième période. — C'est la phase des *poses plastiques,* des *attitudes passionnelles.* Tandis que la période précédente ne nous présentait que des phénomènes illogiques et désordonnés, celle-ci a une certaine harmonie, c'est un délire de mouvements, mais avec une direction, un sens logique. Les gestes nous représentent une mimique suivie qui nous retrace le roman qui traverse en ce moment l'esprit de la malade et lui rappelle des situations antérieures de sa vie. On observe deux formes : la forme gaie et la forme triste. La malade se tourne d'un côté et prend l'attitude de la terreur, de la colère, de la tristesse la plus profonde; aussitôt après, elle se tourne d'un autre côté, elle sourit, étend les bras, est heureuse, appelle un ami ou un amant, etc. Les malades n'ont pas conscience de leur état, mais elles se rappellent ce qui vient de se passer, et, si on les réveille brusquement, elles racontent tout leur roman, la cause de leur joie ou de leur crainte. Cependant c'est le côté triste qui domine la scène : « L'attaque a du bon, disent-elles, mais elle a plus de mauvais que de bon. » La succession de ces tableaux peut se reproduire sept ou huit fois de suite.

Quatrième période. — De même qu'il y a le délire post-épileptique, délire des impulsions dangereuses, des suicides, des meurtres, de même nous observons ici le délire *post-hystéro-épileptique* pendant lequel la malade nous voit, mais ne nous reconnaît pas; c'est le moment de la zoopsie, des visions d'animaux de toute espèce; la malade pleure, tourmentée par les chats, les rats, les corbeaux, les vipères, etc. Quelques-unes se livrent à des prédications religieuses, à des prophétisations qu'elles entremêlent toutefois des propos les plus lubriques.

Les crises épileptiques deviennent d'un pronostic grave, souvent fatal dès qu'elles se renouvellent et atteignent le chiffre de quinze à vingt attaques successives; il n'en est pas de même des crises hystériques; nous les avons vues se répéter vingt, cinquante, cent cinquante fois de suite, sans qu'il y ait à s'en préoccuper; les crises hystériques ne provoquent jamais d'accidents, c'est ce qui distingue complètement l'épilepsie de l'hystérie.

Variétés. — Je viens de retracer le tableau de l'attaque hystéro-épileptique complète, typique et régulière.

Mais il existe des variétés : elles sont faciles à établir. Supprimons du type une ou plusieurs périodes, et nous aurons ces variétés. Ainsi, supposons les trois dernières périodes supprimées, il nous reste une seule période de l'attaque hystérique, la première période, avec ses trois phases, tonique, clonique et de résolution. Ce sera par conséquent le tableau de l'épilepsie pure, et, en effet, il serait difficile d'en reconnaître la nature si nous n'avions un moyen certain de diagnostic : l'arrêt facultatif de la crise hystérique par la compression de l'ovaire. Si c'est de l'épilepsie, cette com

pression n'arrêtera nullement la série des phénomènes.

Nous aurons une autre variété si l'une ou l'autre des périodes prédomine et se prolonge, au détriment des autres qui sont à peine esquissées. Nous avons des malades qui ébauchent la première période, et les deux dernières, pour nous donner les tableaux de contorsions les plus variés.

De même, pour la troisième période, la prédominance existe chez beaucoup d'hystériques, qui entrent presque immédiatement dans la phase des attitudes passionnelles, sans passer par les deux premières périodes. L'éther détermine, chez beaucoup de ces malades, le développement des crises nerveuses; elles ont un goût particulier pour cette substance parce qu'elles savent que l'éther va les plonger dans cette phase de leur roman, et, pour jouir des hallucinations agréables, elles se risquent à subir les désagréables par lesquelles il faut passer pour arriver aux premières.

D'autres hystériques sont surtout prédisposées à nous représenter la quatrième période : celle des prédications religieuses : c'est la spécialité de plusieurs de nos malades.

Dans la petite hystérie, dans l'hystérie qu'on observe tous les jours, on retrouve tout ce tableau, un peu de chaque période. Il y a qu'une différence de degré, mais, au fond, la crise est la même.

Après vous avoir fait la description des tableaux de ce drame, je vais vous faire assister à une attaque d'hystéro-épilepsie.

Vous vous demandez sans doute comment il se fait que je puisse commander une attaque et la produire à l'heure voulue : c'est vrai, et c'est bien simple. Nous tenons une attaque hystérique, pour ainsi dire, dans la main : pourvu que la malade soit en puissance d'attaque, c'est-à-dire qu'elle n'ait pas eu de crise depuis un certain temps, qu'elle ne soit pas déchargée, passez-moi cette expression. Ce matin, après avoir, bien entendu, obtenu son consentement, nous avons préparé cette jeune fille à son attaque en lui administrant de l'éther. L'attaque est toute prête à éclater : elle n'est arrêtée que par la compression de l'ovaire. Cette compression est obtenue au moyen d'un appareil particulier, d'un compresseur de l'ovaire, imaginé par un interne du service, M. Poirier. (Il consiste en un arc métallique passant au-dessus du ventre de la malade, et sur lequel est vissée une pelote que l'on peut enfoncer plus ou moins profondément sur le ventre, et du côté que l'on veut comprimer. L'arc métallique est fixé par ses extrémités sur une gouttière dans laquelle on place la malade.)

Enlevons le compresseur de l'ovaire, et immédiatement l'attaque commence. Vous voyez les mouvements de moulinet, la première période, puis celle des contorsions. Ici, nous observons un petit détail, assez fréquent : c'est la croix. Après les salutations, la malade se met en croix un instant : ce mouvement tient à un épisode particulier de son histoire : elle a été, en effet, attachée, les bras en croix, par un homme qui l'a maltraitée. Après les menaces, la lutte; vous la voyez secouer son lit, c'est pour chasser les rats qu'elle y voit. Tout à coup elle prend un air de béatitude, et bat la mesure avec la main : elle entend une musique militaire; elle passe aux attitudes passionnelles, etc.

Vous voyez se dérouler les quatre périodes bien marquées : aussitôt la quatrième période terminée, la crise recommence, en passant par tous les détails de la première phase, puis de la seconde, etc.

Nous pouvons arrêter l'attaque à un moment quelconque du roman, par la compression de l'ovaire. Dès que nous cessons la compression, l'attaque recommence, et toujours dans le même ordre, en recommençant par la première période. (Réveillée par ce moyen au milieu de la phase des attitudes passionnelles, la malade revient à elle en laissant échapper ces paroles : « Oh ! qu'ils sont embêtants ! »)

On peut provoquer la crise hystérique par un autre moyen, par l'excitation des points hystéro-épileptigènes. (A la fin d'une des précédentes leçons, un auditeur sceptique a surpris une des hystériques chez laquelle il suffit d'un léger chatouillement du dos pour provoquer une attaque; il lui a frotté le dos avec énergie, et a déterminé une attaque, d'une violence extrême. L'expérience était concluante.)

Chez cette autre jeune fille, nous excitons le point hystéro-épileptigène, sur les côtés de la poitrine; aussitôt elle tombe dans une attaque, et nous fait passer par une série de tableaux analogues à ceux que nous venons de décrire.

Nous arrêtons tous ces phénomènes par la compression de l'ovaire : à ce propos, disons que cette compression, pour être efficace, doit être faite avec une certaine énergie. Il faut agir résolûment comme si l'on voulait comprimer l'artère iliaque, il faut en sentir les battements : une compression faite plus timidement serait absolument nulle.

De l'hystérie dans l'art. — Je termine cette conférence en vous faisant voir les projections de deux tableaux intéressants qui font suite à ceux dont je vous ai déjà donné l'interprétation.

Dans ce premier tableau, il s'agit d'une scène d'exorcisme fait dans la cathédrale de Laon : après neuf jours de cérémonies religieuses, la possédée sort guérie. Il est manifeste que toutes les attitudes qui lui sont données dans les divers épisodes de ce tableau sont la peinture la plus fidèle des crises hystéro-épileptiques.

Il en est de même dans cet autre dessin, dont l'original est à Vienne dans la collection de l'archiduc Albert : il représente une scène de danse de saint Guy, alors qu'on a observé des épidémies de cette affection. On voit les malades se diriger en procession vers une chapelle où ils vont se faire guérir. Remarquez que chaque groupe se compose de trois sujets : une femme soutenue par deux hommes. Un seul regard sur la physionomie de ces femmes, sur leurs gestes et leurs attitudes, suffit pour démontrer incontestablement que tout cela n'est que de l'hystéro-épilepsie en action, des attaques d'hystérie aux diverses périodes des contorsions, des convulsions toniques ou cloniques, etc. C'est une photographie exacte de ce que je viens de vous faire voir chez ces deux hystériques.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE L'ACIDE CHROMIQUE, DES CHROMATES ET DE QUELQUES COMPOSÉS DU CHROME (1).

Par le docteur H. ROUSSEAU.

Conclusions. — L'acide chromique est un caustique destructeur qui, manié avec prudence, est appelé à rendre des services importants dans la thérapeutique chirurgicale et poura être souvent préféré à beaucoup d'autres. On s'en servira surtout avantageusement dans certaines affections chroniques du bord alvéolaire. On rencontre dans les différents échantillons d'acide chromique du commerce de nombreuses impuretés, parmi lesquelles se trouvent l'acide sulfurique et l'arsenic. Il est indispensable de ne faire usage que d'acide chromique chimiquement pur, car la présence de l'acide sulfurique et de l'arsenic peut rendre les cautérisations extrêmement douloureuses, tandis que les plus petites quantités d'arsenic

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. Paris, V. A. Delahaye et Ce.

peuvent occasionner des phénomènes graves, surtout lorsque les applications sont répétées sur de larges surfaces. Le bichromate de potasse ne me paraît pas applicable à l'extérieur comme caustique, d'abord, parce qu'il occasionne de vives douleurs; puis parce que, ne coagulant que lentement les matières albuminoïdes, il peut dépasser le but proposé. — A l'intérieur, comme vomitifs, les chromates de potasse n'offrent absolument aucun avantage sur les vomitifs ordinairement employés. Le chromate de soude, cependant, pourrait être appliqué en injection sous-cutanée, et il provoquerait alors sûrement et rapidement le vomissement. Quant aux propriétés anti-syphilitiques du bichromate de potasse, elles ne me semblent pas suffisamment établies pour conseiller l'emploi de ce nouveau médicament. — D'après les travaux de certains auteurs, entre autres de Gmelin, il résulte que les chromates de potasse sont des poisons énergiques. Je pense que les doses de chromate neutre indiquées comme toxiques par Gmelin sont beaucoup trop élevées. Il sera par conséquent important de ne procéder à l'emploi du bichromate de potasse qu'avec une très-grande prudence. En injection hypodermique le chromate neutre de soude amène la mort d'un cobaye à la dose de 0 gr. 005; un chien de forte taille succombe avec 0 gr. 30 c. Le chromate de soude s'élimine en partie par l'estomac, en amenant dans cet organe des phénomènes inflammatoires. On devra donc, à cause de l'action toxique de ce sel, éviter de faire avec l'acide chromique des cautérisations sur de trop larges surfaces. Le chromate de soude en injection sous-cutanée n'amène aucun désordre local. Les sels de chrome, tels que les chlorures, sulfates, sont infiniment moins toxiques que les chromates; ils ne causent la mort qu'à des doses beaucoup plus considérables, environ cent fois plus fortes. Il ne paraît pas y avoir de différence dans l'action des sels verts et des sels violets de chrome.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend:

1° Des lettres de candidature de MM. G. Bouchardat et Armand Gautier pour la section de *physique* et de *chimie*; Lannelongue, Duplay, Le Dentu, Cusco, pour la section de *médecine opératoire*; Baudrimont et Yvon, pour la section de *pharmacie*.

2° Un mémoire manuscrit intitulé: *De la mortalité dans la population civile de la Franche-Comté en* 1871 (invasion allemande), deux époques médicales à Besançon 1813-1814, 1870-1871, par M. le docteur Druhen aîné.

3° Un mémoire sur l'*Entérite cholériforme* ou *maladie d'été*, par M. le docteur Védal (de Lunel).

4° Un mémoire intitulé: *Des vers intestinaux comme causes de maladies chez les enfants, préjugés relatifs aux vers*, par M. le docteur Monot (de Montrouge).

LECTURES

M. JULES GUÉRIN lit sur les courbures de la colonne vertébrale un mémoire qu'il résume ainsi:

Il résulte de mes observations sur le phénomène de la courbure:

1° Que la courbure commence où s'arrête la flexion de la colonne;

2° Qu'à défaut de limite précise entre le rayon de la flexion et le rayon de la courbure, il existe des caractères matériels propres à les faire distinguer. Ces caractères sont: *sur le vivant* la persistance de la fixité des courbes soustraites à l'action verticale de la pesanteur et leur résistance aux tractions et efforts de redressement; *sur le squelette*, la réduction ou affaissement vertical des parties comprises dans la concavité de la courbure et le développement proportionnel des parties de la convexité: affaissement et accroissement accompagnés du déplacement latéral des corps vertébraux ou de torsion de ces corps.

3° Il n'existe pas de déviation à une seule courbure; toujours deux, trois, quatre et cinq, et le plus souvent trois; la limite de chacune d'elle est marquée par le déplacement latéral des corps vertébraux; parfois une même vertèbre est le point de départ de deux courbures alternes.

4° En vertu du déplacement initial des corps vertébraux résultant de la torsion de la colonne autour d'un axe passant par le sommet des apophyses épineuses, les courbures ne sont accusées que tardivement par la ligne de ces dernières, et à toutes les périodes de leur développement elles ne trahissent que partiellement leur nombre et même leur degré.

5° Les courbures de l'épine peuvent siéger dans toutes les parties de la colonne dans la région dorsale moyenne, dorso-lombaire, dorsale supérieure, cervico-dorsale. La plus grande fréquence est dans la région dorsale moyenne, leur convexité tournée à droite.

6° Le mécanisme des courbures vertébrales comprend toujours deux ordres de causes: les *causes pathologiques* et les *causes statiques*. Tout en conservant le caractère différentiel de leur origine, les premières se résolvent toutes dans les secondes dont elles reçoivent leur complément nécessaire pour former les courbures alternes.

7° En dehors et au-delà de l'action statique de la verticale, du tronc, et des actions complémentaires de la pesanteur et de la contraction musculaire pervertie, il existe des courbures multiples alternes qui procèdent d'un ordre ou plan primitif dont les nécessités statiques ne seraient que les intermédiaires.

8° La courbure considérée comme élément de la déviation lui fournit un ordre de caractères qui se résument dans l'amplification des parties correspondantes à la convexité de la courbure et dans la réduction des parties correspondantes à sa concavité, amplification et réduction relatives tout à la fois à l'espace qu'elles occupent et au volume des parties qu'elles comprennent.

RAPPORTS

M. POGGIALE lit une série de rapports sur diverses eaux minérales analysées dans le laboratoire de l'Académie.

COMMUNICATION

M. MAURICE PERRIN communique à l'Académie quelques remarques au sujet de l'anesthésie par le chloroforme. Autant qu'il en peut juger, dit-il, par son expérience personnelle, le chloroforme, employé comme anesthésique, est devenu un agent beaucoup moins fidèle et plus dangereux depuis ces dernières années, peut-être depuis l'élévation de l'impôt sur l'alcool. Il arrive maintenant fréquemment qu'au lieu de cinq ou six minutes d'inhalation, il en faille vingt, trente et même plus pour obtenir le sommeil. M. Perrin cite même plusieurs cas dans lesquels il dut complètement y renoncer après avoir employé en vain successivement du chloroforme pris dans plusieurs pharmacies différentes. Il était autrefois exceptionnel de voir la chloroformisation produire des troubles du côté de l'estomac. Maintenant, c'est la règle. Vomituritions, vomissements, avec état lipothymique, tout cela se produit d'habitude et se prolonge quelquefois durant plusieurs jours.

En outre, deux fois cette année M. Perrin a vu le chloroforme produire des accidents sérieux, un état de mort apparente, qui a duré de deux à trois minutes et n'a cessé qu'après que l'on eut pratiqué la respiration artificielle selon le procédé de Pacini (de Florence). Une fois revenus à eux et réveillés, ces deux malades ont été pris de nausées et de vomissements qui ont résisté à l'emploi de la glace et des boissons acides et ont amené à leur suite un état de fatigue extrême.

M. Maurice Perrin a fait examiner des échantillons du chloroforme dont il s'était servi, et, en l'essayant au moyen de l'acide sulfurique, on a constaté qu'il prenait une belle couleur rouge acajou réaction prouvant qu'il était impur. Ce chloroforme, rectifié selon le procédé de M. Reynaud, a donné alors, entre les mains de M. Strauss, suppléant de M. Perrin, des résultats très-satisfaisants. Aucun accident n'est venu compliquer les anesthésies obtenues par son moyen et tout s'est passé de la façon la plus normale.

M. Perrin voudrait savoir si ses collègues des hôpitaux ont observé des faits analogues à ceux dont il a été témoin. Dans ce cas, il insis-

terait pour qu'on soumît généralement le chloroforme fourni par les fabricants aux procédés de rectification de M. Regnauld, et au besoin même pour qu'on changeât les procédés de fabrication.

DISCUSSION.

M. MARC SÉE dit qu'il n'a pas eu occasion d'observer des faits analogues à ceux dont M. Perrin vient d'entretenir l'Académie. Le chloroforme fourni par l'administration des hôpitaux lui a paru toujours aussi bon qu'autrefois, et il pense que tel est l'avis de ses collègues des hôpitaux.

M. RICHET croit, en effet, que M. Maurice Perrin a dû tomber sur une mauvaise veine, car, pour sa part, il n'a observé, soit dans son service, soit en ville, aucun des accidents dont il s'agit.

M. PERRIN fait remarquer que le chloroforme fourni par l'administration et préparé suivant les procédés de M. Regnauld doit être pur. Ce n'est pas celui-là qu'il a incriminé. Il n'a parlé que du chloroforme pris dans les diverses pharmacies de la ville et dont il a eu à se servir.

M. RICHET rappelle qu'il a dit n'avoir eu aucun accident ni à l'hôpital, ni en ville. Or, chez ses malades de la ville il s'est servi de chloroforme pris chez des pharmaciens. Il est vrai qu'il a soin de se fournir toujours dans les deux mêmes pharmacies.

M. GUYON a observé tout récemment des accidents semblables à ceux qu'a décrits M. Perrin, vomissements, nausées, état lipothymique, etc., chez deux malades qu'il avait anesthésiés; mais il n'a pas eu la pensée d'attribuer ces accidents à la mauvaise qualité du chloroforme, car il s'agissait de deux femmes, et chez les femmes, comme chez les enfants, à ce que pense M. Guyon d'après ce qu'il a observé personnellement, les vomissements surviennent bien plus souvent que chez les hommes, à la suite de l'anesthésie.

M. PERRIN n'a jamais remarqué que le sexe ou l'âge eût une influence particulière sur les effets du chloroforme. Il a fait usage de cet anesthésique très-fréquemment depuis vingt ans, et jusqu'à ces dernières années il n'avait jamais constaté rien de semblable à ce qui se produit depuis ces cinq dernières années. En communiquant ces faits insolites à l'Académie, son but était d'appeler sur eux l'attention des chirurgiens et de provoquer, s'il est possible, une réforme dans la préparation du chloroforme.

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(REVUE MENSUELLE)

De la thrombose veineuse chirurgicale (séance du 10 juillet). — M. AZAM, membre correspondant, lit un travail dont les conclusions sont les suivantes :

I. La thrombose veineuse de cause chirurgicale est possible après les fractures, les contusions, les phlébites, les varices, les inflammations chroniques avoisinant les grosses veines, les accouchements, et par la compression qu'exercent sur les veines les tumeurs voisines rapidement développées.

II. La thrombose veineuse, soupçonnée par l'œdème des parties situées au-dessous, est confirmée par l'exploration directe, au moyen des doigts, du trajet des veines afférentes.

III. Le départ des caillots irrigateurs peut être provoqué par les mouvements du malade, par l'exploration exagérée des veines thrombosées, par le massage des membres atteints, ou par la suppression brusque de la compression d'une veine thrombosée.

IV. Les accidents que provoquent les caillots irrigateurs sont de deux ordres : suivant la dimension de ceux-ci, ce sont des malaises, des pleurésies avec épanchement limité, des pneumonies partielles, des crachements de sang, des syncopes, l'asphyxie et la mort subite.

V. Le chirurgien peut prévenir la formation des caillots veineux en évitant le plus possible les compressions lentes des grosses veines, en ayant les plus grands égards pour leur membrane interne, et en se hâtant de guérir les inflammations chroniques ou profondes qui les avoisinent.

VI. Si la thrombose est confirmée ou probable, il évitera le départ des caillots en s'opposant de son mieux aux mouvements locaux et généraux, et en vidant, par des ponctions successives, les collections de liquide avoisinant les veines qui sont ou qui pourraient être thrombosées.

M. VERNEUIL ajoute à ces terribles accidents les cas de pyohémie spontanée qui se développe quelques heures après une recherche chirurgicale ayant amené la destruction de caillots déjà formés.

M. MARC SÉE ne croit pas que la gravité des accidents soit en rapport avec le volume des caillots : il faut tenir grand compte de la nature des caillots, et voir s'ils sont des caillots sains ou des caillots devenus septiques.

M. TILLAUX fait une distinction entre les embolies cardiaques et les embolies pulmonaires. Il faut admettre qu'il y a des embolies veineuses qui s'arrêtent dans le cœur et qui entraînent la mort par syncope.

Note sur un cas de résection totale du poignet (séance du 10 juillet). — M. REVERDIN, membre correspondant étranger, lit l'observation complète et détaillée d'un menuisier, âgé de quarante-un ans, auquel il a pratiqué la résection totale du poignet droit, à la suite d'un traumatisme. Il insiste sur le résultat obtenu qui est préférable à celui que donnerait l'amputation, car l'opéré ne changerait pas sa main telle qu'elle est contre une main artificielle, si perfectionnée qu'elle fût. C'est qu'en effet la résection ne conserve pas seulement un appareil de mouvement, mais aussi un organe de sensibilité, et, pour bien fonctionner comme mouvement, la main doit posséder sa sensibilité intacte.

La résection du poignet a été pratiquée dans d'autres cas moins favorables que celui-ci, tels que dans les cas d'arthrite fongueuse où il faut compter avec la constitution scrofuleuse et la débilitation du malade; dans ces cas cependant, Lister et d'autres ont encore obtenu de beaux succès : sur quinze opérations (thèse Follet), Lister a eu treize terminaisons par guérison, dont onze bons résultats et deux récidives.

Dans les cas de plaies articulaires du poignet, et surtout de plaies par armes à feu, la résection a été moins heureuse. Sur dix cas rassemblés par Langenbeck, deux opérés sont morts, et les huit guérisons se répartissent de la façon suivante : deux ankyloses, une articulation flottante : les cinq autres opérés n'ont en rien bénéficié de la résection.

G. Otis a réuni quatre-vingt-seize cas de résections pratiquées pendant la guerre de sécession : sur six opérés de résection totale, deux seulement ont pu se servir utilement de leurs doigts, principalement du pouce; trois autres ont gardé une main à peu près sans usage; le dernier, enfin, a été amputé à la suite d'hémorrhagies secondaires, et a succombé.

Faut-il pour cela désespérer de la résection du poignet dans la pratique de la chirurgie militaire? Langenbeck pense que de meilleurs résultats pourraient être obtenus si l'on en vient à la résection primitive.

L'observation présente se rapporte à une arthrite suppurée, à une arthrite par propagation; il n'y a eu ni fracture, ni délabrements traumatiques des parties molles périarticulaires. Le succès obtenu semble donc encourager à pratiquer des résections dans des circonstances analogues; le chirurgien aura désormais d'autant plus de chances favorables que, instruit par les erreurs de ses prédécesseurs, il connaîtra le manuel opératoire d'une façon plus précise, et pourra choisir le meilleur procédé pour arriver à son but.

M. DESPRÈS n'a jamais vu faire de résection du poignet, n'en a jamais fait, et croit pouvoir affirmer qu'il n'en fera jamais. Il préfère employer le traitement classique, immobilité et compression, qui donne de si bons résultats. Ainsi, chez une malade atteinte d'arthrite purulente, après l'élimination d'un grand nombre de séquestres, l'appareil compressif donna un état plus satisfaisant que celui obtenu par M. Reverdin, puisque, au sortir de l'hôpital, après onze mois de séjour, la malade avait assez de mouvements dans les doigts pour pouvoir tricoter. Avec un bon traitement, on évitera la résection : c'est encore le résultat qui a été obtenu chez un employé de l'hôpital Cochin.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, qui a vu le malade de M. Reverdin, affirme que le résultat de la résection est fort remarquable : on a été obligé d'enlever une telle quantité de séquestres que l'élimination n'aurait probablement jamais pu se faire seule et complète : aussi allait-on être conduit à faire l'amputation lorsqu'on se décida à pratiquer la résection.

M. LE DENTU a vu des cas où, malgré le traitement classique, il a bien fallu se poser la question d'amputation, et pratiquer l'amputation : il ne faut donc pas avoir une confiance absolue dans le succès de ce traitement, immobilisation et compression. Il faut souvent intervenir, et la résection n'est pas à rejeter. A la fin d'une opération de résection, on est un peu effrayé de la longueur disproportionnée des tendons, et l'on s'est demandé s'il ne faudrait pas les sectionner et en retrancher une certaine longueur. Cette disproportion disparaît : M. Le Dentu a fait la dissection de la jambe d'un individu auquel il avait pratiqué la résection de l'articulation tibio-tarsienne; les extrémités osseuses s'étaient réunies et les tendons n'étaient coudés en aucun point; le tendon d'Achille lui-même était à la longueur voulue par l'articulation réséquée.

M. TILLAUX établit une grande distinction entre l'arthrite traumatique et l'arthrite fongueuse. Comme Malgaigne, il n'admet aucune résection pour des tumeurs blanches, car, ayant fait deux résections, il a été obligé d'amputer plus tard. Dans un cas d'arthrite survenant à la suite de synovite fongueuse ayant envahi l'articulation, ce qui est le cas de M. Reverdin, il croit qu'il est préférable d'attendre, non-seulement si le poignet craque et s'il y a suppuration entre les os, mais même si l'articulation est ouverte. Pour une de ses malades qui était dans ce cas, l'expectation a été couronnée de succès. Il conseille, pour la résection du poignet, le procédé à deux incisions latérales qui permettent d'arriver sur les os sans rien rencontrer. C'est aussi le procédé qu'adoptait M. FARABEUF, qui rappelle les résultats exposés par M. Ollier au congrès de Lille : dans les cas traumatiques, le résultat est bon; dans les ostéo-arthrites suppurées développées spontanément, le résultat est mauvais, et, dans les ostéo-arthrites développées lentement, à la suite de ténosites, le résultat est tolérable.

Tocographe. — M. POULET, de Lyon, présente cet instrument qui donne aisément le travail des muscles abdominaux, séparé du travail du muscle utérin pendant l'accouchement.

Tumeur du maxillaire supérieur. Diabète (séance du 17 juillet). — M. VERNEUIL présente un malade atteint d'une tumeur du maxillaire supérieur, néoplasme à éléments cellulaires, à marche rapide. Cet homme est grand, fort, âgé de cinquante-huit ans, sans antécédent morbide. Il y a quatre mois, il fut pris de douleur dans la mâchoire supérieure au niveau de la canine droite; il se la fit arracher, mais il s'aperçut d'une légère tuméfaction, à ce niveau, sur la voûte palatine. Cette petite tumeur s'agrandit, en quatre mois, au point de boucher l'œil, soulever le nez, envahir tout le bord alvéolaire et toute la voûte palatine, et elle occupe tout le maxillaire supérieur. Elle s'accompagne de telles douleurs que cet homme demande à en être débarrassé.

Mais nous avons reconnu que cet homme est diabétique, et rend 63 grammes de glycose par jour. Faut-il opérer?

On a cité des guérisons chez des diabétiques, des guérisons de cataractes, de hernie étranglée, d'ablation d'hémorrhoïdes, de phlegmons diffus largement débridés; mais pour de grandes opérations, telles que celle dont il s'agit chez ce malade, on n'a pas eu les mêmes succès. Sans doute on a vu des amputations réussir chez des diabétiques; chez un malade qui rendait 26 grammes de sucre par jour, le traitement par la glycérine fit tomber ce chiffre à 8 grammes en huit jours, et le débridement par le thermo-cautère de fistule anale indurée fut suivi d'un succès rapide. Il est des cas où le diabète disparaît momentanément : il faut s'en défier. Chez un malade, le sucre, qui avait disparu pendant un certain temps, revint sous l'influence de l'opération, et l'opéré succomba (1).

Quelques succès opératoires sont cités par M. Berger et par M. DESPRÈS qui croit favorables les opérations faites chez les diabétiques gras et défavorables celles faites sur les diabétiques maigres, qui ne peuvent vivre longtemps sur leur graisse. Mais M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE cite le cas d'un diabétique gras de cinquante-cinq ans qui a succombé à une angioleucite à la suite d'une incision faite à un cor au pied.

La conclusion adoptée est qu'il ne faut pas opérer dans le cas particulier. Si l'on est diabétique, dit en terminant M. VERNEUIL, il est peut-être favorable d'être gras, mais, devant les opérations, tous les diabétiques se valent.

(1) Voir, *Gazette des hôpitaux*, 1878, nº 132; *des Dénudations artérielles* (page 1050), son histoire.

Tumeur spongieuse enkystée de l'aine avec grand kyste de la grande lèvre. Ablation. Guérison (séance du 17 juillet). — M. T. ANGER communique l'observation d'une femme, âgée de quarante-six ans, qui, depuis deux ans, voyait que la grande lèvre du côté droit grossissait peu à peu, et lui faisait éprouver des douleurs très-vives. Cette grande lèvre était distendue par une tumeur pyriforme résistante, transparente et fluctuante, remontant jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal, et divisée en deux parties, l'une, supérieure, dure et adhérente à l'épine du pubis, l'autre, inférieure, plus molle et fluctuante.

Tous les signes semblaient vouloir se rapporter à une hydrocèle enkystée dans un ancien sac herniaire, avec une masse épiploïque indurée au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Une ponction vers la partie inférieure la plus saillante donna issue à 200 grammes environ d'un liquide clair et séreux comme celui de l'hydrocèle.

La tumeur se reproduisit en huit jours : une deuxième ponction donna issue à un liquide sanguinolent. Mais la tumeur supérieure persistait, et, comme elle était très-douloureuse, l'ablation fut proposée et pratiquée. Cette tumeur n'était, en effet, pas épiploïque ; elle était d'une texture toute spéciale, inconnue jusqu'à ce jour : elle ressemblait à une petite éponge pédiculée contenue dans un sac qui l'entourerait de tous côtés, excepté au niveau de son pédicule.

Exposant les détails de sa structure, M. Anger examine la pathogénie de cette tumeur qui, en résumé, aurait pour point de départ un coup violent reçu dans la région de l'aine quinze ans auparavant. Elle est composée : 1° d'un grand kyste séreux qui a envahi de haut en bas toute la grande lèvre; 2° d'un petit kyste hématique à l'intérieur duquel a poussé, comme un champignon, une tumeur qui, nettement fibreuse au niveau de son pédicule, devient aréolaire et caverneuse à sa périphérie. Quant à en faire la pathogénie exacte, on ne peut que se livrer à des hypothèses diverses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours des prix de l'internat (pour la deuxième division) vient de se terminer.

Prix : M. Arnozan, interne de deuxième année à Saint-Louis ; mention honorable, M. Merklen, interne de deuxième année à la Charité; premier accessit, M. Gaucher, interne de première année à la Pitié; deuxième accessit, M. Vimont, interne de deuxième année à Beaujon.

— Par suite de la retraite de M. Alphonse Guérin, arrivé à la limite d'âge, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris :

M. Panas passe de Lariboisière à l'Hôtel-Dieu; M. Duplay, de Saint-Louis à Lariboisière; M. Le Dentu, de Saint-Antoine à Saint-Louis; M. Périer, de Ménilmontant à Saint-Antoine; M. Delens, de Lourcine à Ménilmontant; M. Nicaise, de Bicêtre à Lourcine; M. Gillette, du bureau central à Bicêtre.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. Maisonneuve, médecin en chef, professeur de chirurgie à l'École de médecine navale de Rochefort; Bourel-Roncière, médecin principal de la marine; Lunier, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France; Chancerel, professeur à l'École de médecine de Caen; Gar-

reau, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Moitessier et Rouget, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier.

Sont nommés officiers d'académie : MM. Borius et Rochefort, médecins de 1re classe de la marine: docteur Bernard, maire de Bordj-Menaïel (province d'Alger); docteur Cousserand, à Paris; docteur Josias, délégué cantonal; docteur Lemoine, vice-président de la Société d'émulation de Saint-Brieuc; docteur Omouton, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Yvetot; docteur F. Brémond, littérateur; Villard, professeur à l'École de médecine de Marseille; Saillard, professeur à l'École de médecine de Besançon; Delabost, professeur à l'École de médecine de Rouen; Bergounhioux, chef des travaux cliniques et bibliothécaire à l'École de médecine de Clermont; Gautrelet, professeur à l'École de médecine de Dijon; Corcellet, professeur à l'École de médecine de Grenoble; Jaumes, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Jallet, professeur à l'École de médecine de Poitiers; Batut, professeur à l'École de médecine de Toulouse; Missa, médecin du collège de Soissons; docteur Darin, secrétaire de la caisse des écoles et membre du conseil municipal de Chaville (Seine-et-Oise); docteur Zinnir, médecin de l'hôpital des Enfants-Trouvés, à Athènes; docteur Lejeal, conseiller d'arrondissement.

— La Faculté de médecine de Bordeaux vient de faire une perte cruelle en la personne de M. le docteur Henri Gintrac, son doyen.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.* — Voici la liste des prix décernés pour l'année scolaire 1877-1878 :

Élèves en médecine de première année : 1er prix, M. Gautret. — 2e prix, M. Brisson. — Mention honorable, M. Deschamps.

Élèves en médecine de deuxième année : 1er prix, M. Delanes. — 2e prix, M. Thibal. — Mention honorable, M. Podevigne.

Élèves en médecine de troisième année : 1er prix, M. Dauge. — 2e prix, M. Manissolle. — Mention honorable, M. Champomier.

Prix des hospices (accordé à l'élève qui a montré le plus de zèle à soigner les malades) : M. Domas. — Mentions honorables, MM. Dauge et Manissolle.

Élèves en pharmacie : Prix unique, M. Rouvet. — Mention honorable, M. Cochet.

Travaux pratiques : mention honorable, M. Rouvet.

Prix Fleury (médaille d'argent et livres) : M. Dauge, élève interne à l'Hôtel-Dieu. — Mention honorable, M. Chabory.

— Par arrêté en date du 29 novembre 1878, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira, le 1er mai 1879, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. Hillairet reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 5 décembre 1878, et les continuera les jeudis suivants, à sept heures et demie.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 11 décembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Constitution médicale du mois de novembre. Policlinique; 2° Élection du bureau pour l'année 1879; 3° Pétition adressée à la Chambre des députés dans le but d'accorder une pension aux familles des médecins morts victimes du devoir professionnel; 4° Discussion du mémoire de M. Berrut : *Les tribunaux et la policlinique.*

Essai de physiologie générale appliquée à l'étude de la vie et de la mort, par le docteur Élie Goubert. — Prix : 4 fr.— Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 142. — SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1878. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en tr... sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 5,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement des maladies mitrales non compensées.

On a vu, dans notre article précédent sur le traitement des maladies du cœur, emprunté aux leçons de clinique thérapeutique de M. Dujardin-Beaumetz, que c'était surtout à l'hygiène que le médecin devait avoir recours dans les affections mitrales compensées. Mais, dès que la compensation est insuffisante ou nulle, lorsque, le muscle cardiaque se trouvant au-dessous de sa tâche, on voit apparaître les premiers symptômes des troubles mécaniques de la circulation, la thérapeutique doit devenir alors plus active et chercher à s'opposer aux différents symptômes qui se produisent : aux désordres du cœur, à l'intermittence du pouls, aux palpitations, aux troubles du côté de la petite circulation, à la dyspnée, etc.

Pour lutter contre ces divers accidents, le médecin possède des moyens thérapeutiques qui remplissent surtout les indications suivantes : élever et augmenter la force tonique du cœur, favoriser la disparition de la sérosité qui tend à s'accumuler dans le tissu cellulaire et combattre les différentes congestions locales qui se produisent, En un mot, s'efforcer de mettre le cœur en état de lutter contre les obstacles, tout en s'opposant à la dégénérescence granulo-graisseuse, conséquence souvent inévitable de ce surcroît de travail, telle est l'indication. Cette indication est remplie par ce que l'on a appelé les toniques du cœur. Le premier de ces toniques est la digitale.

Que l'action tonique de la digitale soit due à une influence directe sur la fibre musculaire du cœur, ou sur les nerfs de cet organe, le fait n'en est pas moins admis aujourd'hui par tous les thérapeutistes.

On sait que la digitale est un médicament difficile à manier, inégal parfois dans son action, dangereux même. Il y a à se défier de son action éméto-cathartique, de l'accumulation de ses doses par suite de la lenteur avec laquelle se fait son élimination, de la production du délire lorsque son administration est longtemps prolongée. D'où la nécessité d'apporter dans son administration une grande prudence et une surveillance continue. Pour obvier à l'effet éméto-cathartique, on devra chercher à obtenir la tolérance en donnant des doses décroissantes, commençant par une dose élevée que l'on baissera les jours suivants. On ne devra pas oublier, surtout, d'interrompre le traitement pendant quelque temps.

Quelle préparation devra-t-on préférer, la digitale ou la digitaline? M. Dujardin-Beaumetz s'élève contre toute méthode exclusive. L'alcaloïde et la plante entière ne sont point une même chose, et ce serait une erreur que de vouloir substituer toujours l'un à l'autre. Si dans certains cas on recherche l'effet de l'alcaloïde, dans d'autres on doit chercher celui de la plante entière dont l'action est plus complexe. D'ailleurs les différentes digitalines en usage aujourd'hui sont loin d'être identiques, et rien ne prouve encore qu'on ait extrait de la digitale tous les alcaloïdes qu'elle peut contenir.

En présence de ces incertitudes, M. Dujardin-Beaumetz, sans condamner ni rejeter absolument l'usage des digitalines, préfère s'en tenir à la feuille de digitale et à ses diverses préparations, à la condition que leur récolte ait été faite dans les temps et dans les conditions convenables et qu'on ait pourvu aux conditions d'une bonne conservation.

Entre les diverses préparations des feuilles, M. Dujardin-Beaumetz donne la préférence aux infusions ou aux macérations, et entre ces deux préparations il préfère la macération. Voici sa formule :

Eau froide.	120 gr.	00
Poudre de feuilles de digitale . . .	0	50

Ou 25 ou 10 centigrammes.

Faire macérer pendant six à douze heures et filtrer.

Lorsqu'on emploie les tisanes, macération ou infusion, on peut commencer par donner 50 centigrammes de poudre de feuilles; cette dose qui, prolongée quelques jours, amènerait des vomissements, est le plus souvent bien supportée dans les premières vingt-quatre heures et ne détermine pas de troubles stomacaux ou intestinaux. Le lendemain on baissera la dose à 40 centigrammes, le surlendemain à 25, et l'on continuera encore pendant un ou deux jours avec 10 centigrammes ou 15 centigrammes, puis on cessera pour recommencer de nouveau.

Quelles sont les indications de l'emploi de la digitale?

C'est lorsque le cœur ne suffit pas à la tâche, que l'indication de la digitale est formelle et ses résultats thérapeutiques les plus favorables. Lorsqu'il se suffit, la digitale est nuisible.

L'état du muscle cardiaque est traduit à la main de l'observateur par l'irrégularité du pouls, irrégularité qui ne dépend pas de la lésion, mais de l'état du cœur. A ce signe, il faut joindre ceux que donnent les battements du cœur lui-même, les fonctions respiratoires, la percussion de la région du foie,

l'examen des malléoles. Mais l'indication de la digitale ne persiste qu'autant que le tissu du cœur est encore intact. Dès que la fibre du cœur aura commencé à subir la dégénération granulo-graisseuse, la digitale non-seulement ne peut plus avoir d'action, mais elle devient même nuisible et dangereuse. On reconnaîtra que cette dégénérescence aura commencé à s'effectuer, lorsque la digitale, administrée méthodiquement, ne produira plus aucune amélioration, soit du côté du cœur, soit du côté du pouls, lorsque surtout la quantité d'urine ne sera plus modifiée.

Parmi les autres toniques du cœur, après la digitale, vient en première ligne le bromure de potassium, que quelques thérapeutistes ont classé dans les médicaments cardio-vasculaires. Le bromure de potassium a pour action, en effet, de régulariser la circulation, et, si l'on y joint ses propriétés sédatives sur l'axe cérébro-spinal, et en particulier sur le bulbe, on comprend les services qu'il peut rendre dans les affections du cœur, et surtout dans les affections mitrales. Bien supérieur à l'opium, qui ne peut qu'augmenter la congestion de l'encéphale, le bromure procure le calme et le repos, il régularise les battements du cœur, diminue l'irritation nerveuse, et peut ainsi combattre les insomnies fatigantes qui épuisent les malades.

A côté du bromure de potassium prend place le café et son alcaloïde, la caféine. Ici encore, comme pour la digitale, M. Dujardin-Beaumetz préfère la graine de café à son alcaloïde. Il le prescrit sous la formule suivante :

Tisane de café. Café torréfié, 20 grammes.
— Eau bouillante, 1 litre.

Il ne faut pas oublier que, comme pour la digitale, il faut bien se garder de dépasser les doses thérapeutiques. Comme tous les toniques du cœur, le café présente, dans ses effets, deux faces distinctes : la dose est elle-mesurée, bons effets thérapeutiques ; est-elle dépassée, l'action toxique apparaît.

Reste enfin la strychnine dont on a essayé d'utiliser les propriétés convulsivantes et tétanisantes dans le traitement des maladies du cœur. Quelques médecins en ont retiré de bons effets. On peut se servir, pour éviter l'amertume extrême de la poudre de strychnine, des gouttes amères de Baumé dont on donnera de cinq à dix gouttes et même davantage. On peut aussi user, soit de la teinture, soit de l'extrait, soit encore du sirop de strychnine.

Les éruptions médicamenteuses.

Les éruptions médicamenteuses revêtent le plus souvent la forme exanthématique. Il existe, en outre, pour chaque agent pathogénique, une forme dominante autour de laquelle les autres formes peuvent être groupées au titre de variétés accessoires, ou tout au moins exceptionnelles. Ainsi le copahu, par exemple, provoque tantôt une roséole, cas le plus fréquent, tantôt de l'urticaire et même du pemphigus, comme dans le cas unique jusqu'à présent observé par M. Hardy.

Non-seulement, les éruptions médicamenteuses présentent un très-grand nombre de variétés, mais encore il arrive parfois qu'elles se développent avec des caractères différents sur le même sujet : un malade, par exemple, prend une première fois de l'iodure de potassium, il est atteint d'une éruption vésiculeuse ; à quelque temps de là, il est soumis à une seconde médication iodurée, et cette fois l'éruption adopte la forme pustuleuse, la forme acnéique.

D'autre part, sans se répandre indistinctement sur toute la surface du corps, ces éruptions ont quelquefois un siège spécial, variable pour chaque agent médicamenteux. C'est ainsi que les phénomènes éruptifs produits par le copahu se montrent de préférence aux membres et spécialement autour des articulations, tandis que les préparations iodiques donnent lieu à des éruptions plus particulièrement localisées à la tête et aux parties supérieures du tronc.

Ces éruptions ont une marche très-aiguë : elles surviennent brusquement, quelquefois quelques heures après l'ingestion de la substance médicamenteuse, et elles disparaissent assez rapidement dès que l'agent provocateur est supprimé.

Comme la plupart des pseudo-exanthèmes, elles sont généralement superficielles et ne laissent pas de trace cicatricielle sur la peau. Si l'on élève notablement la dose du médicament, on observe une recrudescence, une poussée nouvelle. Si l'on diminue, au contraire, la dose, l'éruption s'atténue. Ce double caractère, de recrudescence et d'amendement, découle de la nature même de cette sorte d'éruptions.

Rarement les éruptions pathogéniques s'accompagnent de phénomènes fébriles. Les malades éprouvent parfois des troubles digestifs, de l'anorexie, du malaise, un sentiment de fatigue ou des troubles plus graves ; souvent ils accusent du prurit avec un sentiment de chaleur cuisante ou des picotements ; mais ces phénomènes sont très-variables, et la symptomatologie se réduit le plus fréquemment aux signes objectifs présentés par la surface tégumentaire.

Le diagnostic ordinairement n'offre pas de difficulté ; mais il ne faut pas perdre de vue que l'administration d'un médicament peut éveiller ou réveiller une diathèse, de là la possibilité du mélange de deux éruptions ayant des caractères plus ou moins analogues.

Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que le pronostic peut être grave, comme dans la forme maligne de l'hydrargyrie.

Telles sont les considérations générales dans lesquelles M. le docteur Th. Deschamps a résumé les caractères communs et la marche générale des éruptions médicamenteuses, dans une très-bonne thèse inaugurale sur les éruptions médicamenteuses qui renferme des observations et des recherches très-intéressantes.

Dans une partie beaucoup plus développée de sa thèse, il a repris une à une l'histoire des diverses affections éruptives en rapport avec les médicaments qui les produisent. Nous ne pouvons le suivre dans tous ces détails, mais il sera au moins intéressant d'en donner en quelque sorte la nomenclature.

Parmi les médicaments dont l'emploi peut déterminer des éruptions érythémateuses, figurent au premier rang le copahu, puis la belladone, le sulfate de quinine, la térébenthine, le datura, le proto-iodure d'hydrargyre, le bromure de potassium, le sirop diacode, les arsenicaux, etc.

Ceux qui produisent des affections vésiculeuses sont le bromure de potassium, les iodures alcalins, le cubèbe, le santonate de soude.

Ceux qui donnent lieu à des affections pustuleuses sont : les iodures, l'arsenic, le bromure de potassium.

Les affections papuleuses sont produites par la liqueur arsenicale de Fowler, par le chlorhydrate de morphine en injection hypodermique.

Les affections bulleuses, par le copahu, le sulfate de quinine. Enfin les affections hémorrhagiques, par le sulfate de quinine, l'iodure de potassium.

On voit par cette rapide énumération que les mêmes substances médicamenteuses peuvent donner lieu à des affections cutanées différentes; d'où l'on peut conclure que les effets

toujours dus à un même procédé physiologique, l'élimination du médicament par la peau, varient beaucoup quant aux différentes formes de l'éruption, suivant les aptitudes de réceptivité et les idiosyncrasies individuelles.

Il va de soi que le traitement de ces éruptions ne peut consister que dans la cessation momentanée ou, tout au moins, dans la diminution des doses du médicament, sa suppression ne pouvant pas toujours avoir lieu sans de graves inconvénients.

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Résection totale de l'omoplate et de la tête de l'humérus. (Séance du 17 juillet.) — M. NICAISE présente un malade auquel cette opération a été pratiquée par M. le docteur Ch. Brigham, de San-Francisco.

Observation de trépanation, accompagnée de considérations sur le rôle des pieds des circonvolutions frontales, au point de vue des phénomènes moteurs, par M. Chalot (de Montpellier). (Séance du 24 juillet.) — M. LE DENTU, rapporteur, résume l'observation d'un militaire, âgé de vingt-cinq ans, qui reçoit un coup de pioche sur le pariétal droit. On constate une plaie contuse, non accompagnée de fracture de la table externe du pariétal, qui est seulement un peu dénudée. Pendant neuf jours, tout va bien. Au dixième jour, se déclare un frisson interne, suivi de céphalalgie, après un quart d'heure de durée. M. Dubrueil, en l'absence des signes d'une complication extérieure quelconque, songe à la possibilité d'un éclatement de la table interne, et applique une couronne de trépan au milieu de la plaie. La rondelle osseuse bascule pendant son ablation, et alors on voit se produire, du côté droit, c'est-à-dire *du même côté que la plaie*, une contraction tonique avec flexion du bras et de la jambe. La face reste immobile, mais le malade, qui parlait alors, s'arrête brusquement.

L'opérateur, ne rencontrant pas d'esquilles, passe outre et fend la dure-mère. Trouvant les circonvolutions intactes, il ne va pas plus loin.

Trois heures après l'opération, frissons d'une heure avec claquement des dents : les signes d'une méningo-encéphalite se déclarent, et le malade succombe, au bout de cinq jours.

L'autopsie révèle les lésions de la méningite, au niveau des trois circonvolutions frontales droites, à partir de la fissure qui les sépare de la frontale ascendante. En regard de cette dernière et de la pariétale ascendante, *les méninges étaient absolument intactes*, circonstance qui, rapprochée de l'absence de tout phénomène paralytique, a une réelle importance.

La couronne de trépan est tombée sur le tiers externe ou inférieur du pied de la première frontale droite, et sur la première moitié interne ou supérieure du pied de la deuxième frontale. Dans ces points, la destruction de la substance grise, par ramollissement inflammatoire, montre à nu la substance blanche. La frontale ascendante ne présente aucune altération. L'auteur conclut donc, avec Hughlings Jackson, que les lésions des pieds des deux premières frontales ne donnent lieu ni à des convulsions, ni à des paralysies croisées.

Sans généraliser hâtivement, on doit, en tout cas, noter que, chez ce malade, l'intégrité des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droites marchait de pair avec l'absence de toute paralysie.

Quant à l'opération même de la trépanation, MM. Le Dentu, Tillaux, Lucas-Championnière pensent qu'elle n'était pas indiquée formellement, et qu'elle a été au moins inutile.

Calcul vésical extrait par la dilatation de l'urèthre, chez une jeune fille. — M. LE DENTU présente un calcul vésical ayant pour point de départ une épingle à cheveux qui est restée cinq mois dans la vessie d'une jeune fille. Après avoir endormi la malade, M. Le Dentu se servit d'un dilatateur à trois branches, puis fit un petit débridement à droite et à gauche, et put faire pénétrer son index, et, saisissant une des branches de l'aiguille avec l'ongle, introduire une pince et extraire ce calcul.

Blessure de l'artère mammaire interne, épanchement considérable dans la cavité pleurale gauche. — Résorption rapide de l'épanchement. — Guérison, par M. Baudon, membre correspondant. (Séance du 31 juillet.) — M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE lit cette observation concernant un homme, âgé de vingt-trois ans, qui, étant ivre, se frappe d'un coup de couteau dans le côté gauche du thorax. L'hémorrhagie externe est arrêtée rapidement, mais le malade est exsangue et l'auscultation du thorax montre une grande diminution du bruit respiratoire dans tout le côté gauche, avec une matité absolue; la pointe du cœur bat à droite du sternum.

Après un mois d'angoisses, l'épanchement avait à peine diminué; une ponction fut faite avec un gros trocart; rien ne sortit; on trouva seulement à l'extrémité de la canule une petite quantité de sang coagulé et poisseux. On recourut alors aux révulsifs, vésicatoires, etc. Peu à peu, l'épanchement diminua et disparut de jour en jour. Trois mois et demi après la blessure, le malade put reprendre son travail.

Cette observation tend à démontrer qu'on peut s'abstenir de la ponction et espérer malgré cela une guérison à peu près complète. C'est la réponse à la question que posait M. Sée dans la discussion du 29 mai dernier (voir *Gazette des hôpitaux*, 1878, n° 114, p. 909), à l'occasion du fait observé par M. Polaillon.

Des adhérences des muscles droits avec la capsule de Ténon, par M. Boucheron. (Séance du 31 juillet.) — M. TRÉLAT, rapporteur. L'auteur a constaté que les adhérences des muscles droits ne sont pas disposées comme on le dit dans les livres, et ses recherches l'ont conduit à proposer une modification opératoire de la strabotomie. On dit que le muscle droit est entouré par la capsule dans une certaine étendue d'où part un prolongement doublant la conjonctive. M. Boucheron a trouvé que cette disposition de la capsule ne formait pas une simple gaîne; il constate d'abord qu'entre le muscle et la sclérotique, il existe une petite cavité séreuse sous-musculaire, que l'on peut facilement reconnaître en soulevant le muscle. Sur la partie superficielle du muscle se trouvent des adhérences qui forment un empâtement assez solide; sur les bords latéraux du muscle existent des adhérences aponévrotiques qui se rattachent à la partie de la capsule antérieure et s'étendent jusqu'aux muscles droits voisins. Voici quels sont les résultats opératoires : lorsqu'on sectionne un muscle à son insertion à la sclérotique, on obtient une rétraction qui ne peut être que très-minime, car, le chirurgien n'ayant pas séparé les insertions des bords latéraux, le muscle ne peut se rétracter que très-incomplètement. Liebreicht avait proposé de sectionner tout le tissu sous-conjonctival; M. Boucheron propose de faire une incision plus grande que celle que l'on fait dans l'opération ordinaire, de disséquer la conjonctive dans une certaine étendue, puis de saisir le muscle et de l'inciser.

Si la rétraction obtenue n'est pas suffisante, on détruit, avec des ciseaux, les adhérences superficielles externes du muscle, et, si cela ne suffit pas encore, on coupe les adhérences des bords inférieurs et supérieurs. On obtient ainsi un muscle parfaitement séparé de la sclérotique et libre de ses adhérences avec la capsule de Ténon.

L'avantage de la modification proposée est de poser des règles fixes et précises pour un temps non réglé de l'opération de la strabotomie.

M. GIRAUD-TEULON fait observer que l'opération de M. Boucheron aura néanmoins le même inconvénient que l'opération faite par le procédé de Liebreicht. Dans la pratique, il est impossible de pouvoir affirmer l'effet immédiat que l'on obtiendra à la suite de la strabotomie; aussi est-il nécessaire de faire plusieurs séances. Or, M. Boucheron a obtenu un véritable succès, mais en faisant aussi deux séances sur la malade de M. Trélat.

Lorsque Liebreicht voulut obtenir en une fois un résultat définitif, il tomba dans les inconvénients du procédé ancien, et, le muscle allant adhérer trop loin, il obtenait une inclinaison de l'axe de l'œil. Il en sera de même par le procédé nouveau proposé par M. Boucheron.

Fracture des deux os de la jambe chez un enfant de six ans. — Non-consolidation (séance du 7 août). — M. le docteur VIARD (de Montbard), membre correspondant, demande l'avis de la Société de chirurgie sur l'observation suivante. Il s'agit d'un jeune enfant de six ans, qui était déjà atteint de claudication et de commencement d'atrophie du membre inférieur gauche, lorsqu'il fit une chute dans un escalier et se fractura les deux os de la jambe gauche au tiers moyen. A trois reprises successives on constata, en levant les appareils inamovibles, que le cal n'était pas formé et qu'il y avait plutôt ramollissement de la matière osseuse sécrétée et devant constituer le cal.

La famille vint à Paris et consulta le docteur Anger qui pratiqua la résection des surfaces osseuses avec suture métallique; mais la consolidation n'était pas plus avancée sept mois après. A quels moyens donner maintenant la préférence pour tenter d'obtenir une consolidation?

M. DESPRÈS, dans deux cas, a obtenu une consolidation complète en prolongeant, pendant onze mois et onze mois et demi, l'application des appareils inamovibles.

M. TERRIER et M. DUPLAY insistent sur une particularité importante qui existe chez cet enfant: c'est l'atrophie antérieure du membre ; le trouble de nutrition suffit amplement pour expliquer la non-consolidation, il doit faire craindre sérieusement un mauvais résultat pour l'avenir, malgré l'emploi des appareils inamovibles.

M. GUYON partage cet avis; mais il conseille d'avoir recours aux injections de teinture d'iode dans le foyer de la fracture, avant de perdre tout espoir. Cette méthode, parfaitement rationnelle, a donné de bons résultats entre les mains de M. Bourguet (d'Aix), et trois fois elle a donné des succès à M. Guyon. Sous l'influence de l'irritation produite par la teinture d'iode, le travail de consolidation reprit avec une grande activité. Cette méthode est tout à fait inoffensive; il faut injecter une demi-seringue ou une seringue de Pravaz tous les quatre jours, et trois injections ont suffi.

Extirpation totale de la verge et de la région bulbaire, par le docteur CABADÉ (de Valence-d'Agen). (Séance du 7 août.) — M. BERGER, rapporteur. Cette opération radicale a été pratiquée dans un cas de cancer de la verge, ayant récidivé après l'amputation partielle et nécessité une intervention beaucoup plus étendue, chez un individu âgé de cinquante-huit ans, qui portait sur le gland des végétations papillaires, traitées d'abord par des cautérisations à l'acide sulfurique. Le corps spongieux de l'urèthre était pris en totalité. M. Cabadé exécuta l'extirpation totale de la verge et du corps spongieux de l'urèthre en faisant converger deux dissections, l'une du plan supérieur, l'autre du plan inférieur de la tumeur vers la région membraneuse de l'urèthre, et il sectionna à ce niveau le canal et les tissus avoisinants. Ayant répété cette opération sur le cadavre, M. Berger propose de combiner, avec le plan d'opération suivi par l'auteur, la méthode des chirurgiens de Montpellier (Delpech, Lallemand, Bouisson, etc.). En prenant la précaution de diviser d'abord d'avant en arrière le scrotum en deux moitiés renfermant chacune un testicule, l'opération devient plus facile à exécuter.

M. VERNEUIL signale un fait important qui ressort de cette observation: il y a deux ans que l'opération a été faite, et il n'y a pas de récidive. Il est probable que ce beau succès tient à l'opération, car on sait que dans les cancers de la verge il y a souvent des noyaux isolés dans le corps spongieux, qui deviennent le point de départ de la récidive.

Il est encore utile de blâmer, une fois de plus, la détestable pratique des cautérisations des épithéliomas de la langue et de la verge.

Accouchements prématurés artificiels. — M. POLAILLON fait un rapport verbal sur deux observations adressées par M. le docteur Lemée (de Saint-Sever). La première est intitulée: Relation d'une série de trois accouchements successifs chez une femme en apparence bien conformée, mais présentant un rétrécissement du bassin. Accouchement prématuré artificiel.

La seconde: Relation d'une série de trois accouchements successifs chez une femme présentant un rétrécissement notable du bassin. Accouchement prématuré artificiel. Enfant vivant. Déformation du crâne.

Occlusion du vagin par la membrane hymen; incision de cette cloison; grossesse consécutive terminée heureusement, par le docteur Hubert BOENS. (Séance du 14 août.) — M. GUÉNIOT, rapporteur. Cette observation concerne une femme qui était mariée depuis plus de dix années, chez laquelle l'auteur trouva un cloisonnement transversal du vagin; cependant elle était réglée tous les mois, peu à peu, goutte à goutte. On parvint à découvrir que, par un pertuis très-fin de la paroi, le sang pouvait sourdre lentement.

M. LANNELONGUE pense que cette membrane, s'étendant d'une grande lèvre à l'autre, est un exemple de malformation vulvaire. En trois ans, il en a vu au moins une douzaine de cas dans la première enfance. Au premier coup d'œil, on ne découvre pas toujours le pertuis. Cette imperforation vulvaire est manifestement congénitale: une simple incision, en évitant une réunion secondaire, suffit pour remédier à ce vice de conformation. On constate aussi, après l'incision, que la membrane hymen est parfaitement intacte.

M. MARJOLIN rappelle que les injections faites dans ces cas pour débarrasser le vagin des liquides qui ont pu s'y accumuler peuvent déterminer des accidents excessivement graves; il faut n'employer que des canules percées sur le côté et fermées à leur extrémité. Même après avoir pris ces précautions, Lorain a observé une terminaison fatale.

M. DELENS cite les exemples de malformation de l'hymen qu'il a observés sur environ trois cents petites filles. Il a trouvé quatre cas d'hymen biperforé (dont Tardieu a dit n'avoir jamais vu d'exemple), un cas d'hymen pourvu d'un seul orifice punctiforme, et un cas où il semblait y avoir trois orifices; ces six anomalies paraissaient toutes congénitales.

M. POLAILLON demande si cette agglutination des bords de la vulve, fréquente chez l'enfant, rare chez l'adulte, correspond à l'hymen, ou si elle est une adhérence plus antérieure bornée aux grandes lèvres.

M. TILLAUX. — Il importe de distinguer les adhérences externes, simple agglutination des petites lèvres unies entre elles, et qui se détruisent quand les règles apparaissent, des véritables imperforations de l'hymen. Dans ces dernières, que l'on observe chez des jeunes filles qui n'ont pas encore eu d'écoulement menstruel, on trouve l'utérus développé et une tumeur vulvaire formée par l'accumulation du sang menstruel.

Chez deux malades, j'ai fait une incision simple sur l'hymen refoulé, sans exercer de pression sur le ventre, sans faire les lavages préconisés en pareille circonstance, et en exigeant seulement le repos absolu au lit pendant huit à dix jours. Il n'est survenu aucun des accidents qui se déclarent si souvent après l'ouverture de ces vastes foyers; une dilatation concomitante des trompes utérines pourrait peut-être expliquer l'explosion des accidents à la suite des injections.

M. VERNEUIL expose des principes absolument opposés; il signale les accidents formidables causés par l'entrée de l'air dans les cavités sanguines qui se vident mal surtout. Dans les cas dont il s'agit, l'air pénètre, quelle que soit l'attitude donnée au sujet. L'emploi du seigle ergoté à petites doses aiderait aussi le retrait des parois utérines distendues. Enfin les injections antiseptiques réitérées paraissent être le traitement par excellence.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a employé avec succès deux fois le pansement de Lister, malgré les difficultés de son application et de son renouvellement biquotidien, et l'a employé pendant cinq jours. Les observations paraissent établir que des injections antiseptiques ont de mauvais résultats au début, avant que l'utérus soit bien

revenu sur lui-même, soit pendant cinq jours; mais, après cinq jours, elles sont utiles.

M. TARNIER trouve la méthode antiseptique difficile à appliquer et demande si, dans un cas pareil, on ne pourrait pas appliquer, l'incision faite, un caleçon en caoutchouc analogue à un caleçon de bain, remontant jusqu'à l'ombilic, dans lequel on ferait le vide absolu.

M. TILLAUX rejette les injections immédiates. L'utérus revient sur lui-même à mesure que l'écoulement sanguin disparaît.

M. GUÉNIOT rappelle qu'il ne faut pas oublier que les trompes utérines sont dilatées et que, par conséquent, il y a danger que l'injection ou le sang passe dans le péritoine. Il faut donc faire une incision très-peu étendue, afin d'obtenir un écoulement lent. Vers le cinquième jour, les injections peuvent être tolérées et la méthode antiseptique appliquée.

Note sur quelques cas de luxations et de fractures chez les aliénés, par M. MORDRET. (Séance du 14 août.) L'auteur dit n'avoir pas recueilli un assez grand nombre de faits pour poser des conclusions formelles; mais il présente quelques considérations intéressantes sur la facilité avec laquelle semblent se produire certaines luxations ou fractures et surtout les fractures du col du fémur chez les aliénés déments.

Les luxations et les fractures sont bien moins communes dans les asiles qu'on ne serait tenté de le croire, ce qui tient évidemment à la surveillance exercée sur les malades. Cependant on ne peut éviter celles qui proviennent d'une chute simple, par exemple. Les lésions traumatiques diverses des aliénés guérissent d'ordinaire facilement, ou tout au moins sans donner lieu à des symptômes réactionnels graves, parfois même sans fièvre traumatique, sans fièvre secondaire ni symptômes cérébraux d'aucune sorte, ce que l'on peut attribuer, en partie, à l'indifférence des aliénés, à l'inconscience de la gravité des accidents et à la quiétude d'esprit qui les caractérise et les met à l'abri de toute préoccupation morale.

Les vieux déments sont pourtant un peu plus disposés aux fractures; chez eux la friabilité du tissu osseux n'est-elle pas le résultat des altérations qu'a subies depuis longtemps chez eux l'élément nerveux central?

M. Mordret rapporte cinq observations de fractures du col du fémur dont quatre ont été constatées chez des sujets relativement jeunes, l'un même n'ayant que trente-deux ans. La folie prédispose-t-elle donc réellement aux fractures, en anticipant la vieillesse du squelette? Ce serait un point intéressant à étudier avec des faits plus nombreux. Ces déments, en effet, se sont fait ces fractures par l'effet d'une simple chute de leur hauteur, tandis que les épileptiques et les maniaques font bien d'autres chutes et tombent de plus haut sans se fracturer les os des membres.

Sans préciser jusqu'à quel point la paralysie générale favorise la production des fractures, par suite des altérations qu'elle détermine dans le tissu osseux, on doit admettre que les troubles de la motilité dans cette maladie contribuent aussi pour une large part à la production de ces accidents, qui sont du reste assez rares.

Quant à la guérison des fractures du col du fémur chez les aliénés, elle est obtenue ordinairement sans plus de difformité que celle qui suit d'ordinaire ces mêmes fractures observées chez les adultes sains. Avec les aliénés, il faut simplifier les appareils de contention autant qu'on le peut; il faut éviter de les effrayer par le déploiement de manœuvres qu'ils ne comprennent point.

Anévrysme traumatique de l'artère occipitale. — Hémorrhagie grave, consécutive à l'ouverture spontanée. — Compression périphérique. — Guérison, par **M. Poinsot** (de Bordeaux). (Séance du 21 août.) — Un vieillard de soixante-dix-neuf ans fit une chute dans laquelle la partie postérieure de la tête porta sur l'angle très-aigu d'une marche d'escalier. L'hémorrhagie primitive fut arrêtée. Huit jours après, on observe, au niveau du point blessé, une tumeur pulsatile ayant le volume d'une petite noix, mais la famille ne s'en occupe pas jusqu'à ce que, vingt-trois jours après l'accident, survienne une hémorrhagie violente succédant à l'ouverture spontanée de cet anévrysme de l'occipitale. Le médecin appelé se sert d'un anneau de métal (de ceux qui servent à suspendre les rideaux de croisée) pour comprimer exactement le pourtour de la tumeur. La compression dura quarante-huit heures et la guérison fut radicale.

Les anévrysmes de l'artère occipitale sont rares : plusieurs fois on les a pris pour des abcès ou pour des tumeurs de mauvaise nature. La compression *périphérique* paraît être désormais le moyen le plus sûr de compression, vu la richesse de cette région en anastomoses artérielles. Elle n'avait pas encore été imaginée.

Chute sur la paume de la main. — Luxation incomplète du coude en arrière. — Fracture de la trochlée, par **M. Chauvel**. (Séance du 21 août.) — Dans les lésions traumatiques du coude, même après la disparition du gonflement, même alors que les saillies osseuses se trouvent placées pour ainsi dire immédiatement sous les doigts, les lésions restent souvent douteuses, et le diagnostic en suspens. M. Pingaud (article COUDE du *Dict. encyclop.*) nie d'une manière à peu près absolue les déplacements isolés de l'extrémité supérieure du cubitus en arrière. L'auteur signale une observation qu'il a recueillie chez un zouave à l'hôpital militaire d'Orléansville; il a cru avoir affaire à une de ces luxations isolées. L'existence d'une luxation incomplète du coude en arrière, soit du cubitus seul, soit des deux os à la fois, paraît probable; mais la difformité ultérieure, les rapports anormaux de l'épitrochlée et de la trochlée humérale, sont une preuve de fracture avec déplacement. Malgré toutes les recherches les plus minutieuses, mensurations, etc., le diagnostic reste encore douteux dans ce cas intéressant.

La Société de chirurgie, n'ayant pas vu le malade, ne peut, d'ailleurs, trancher la discussion.

M. BERGER ajoute qu'il a observé deux fois, à la suite d'une luxation du coude, une déformation qui ne peut induire en erreur. Lorsque le gonflement disparut, il constata, au niveau de la trochlée, une tumeur qui fit croire à une fracture de la trochlée, méconnue au moment de la réduction. L'examen comparatif des deux bras fit voir que cette tumeur n'était autre chose que la trochlée devenue visible par suite de l'atrophie des muscles épitrochléens. Ces muscles, soumis à des courants continus (douze éléments Trouvé), reprirent du volume, et la déformation disparut. Dans un autre cas, cette même saillie trochléenne apparut quelque temps après la réduction, mais l'atrophie se produisit plus lentement.

Dans l'observation de M. Chauvel, il a dû y avoir une lésion du squelette, puisqu'il y avait raccourcissement, mais on pourrait admettre qu'il y a eu aussi atrophie du groupe musculaire qui a augmenté la déformation.

Embryotome. — M. TARNIER présente, au nom de M. Pierre Thomas, interne provisoire, un embryotome qui est plus simple que celui de M. Tarnier. M. Thomas se sert aussi de la ficelle ou fouet proposé par M. Pajot, mais il le recouvre par un fil de fer en spirale pour lui donner une plus grande solidité.

De la névralgie des moignons par M. CHALOT, professeur agrégé à Montpellier. (Séance du 28 août.) — L'auteur a eu l'occasion d'observer un malade affecté de névralgie du moignon à la suite d'une amputation traumatique de la jambe gauche, au lieu d'élection. Au vingt-huitième jour de l'opération, il fit un faux pas; c'est à cette époque que remonte le début des douleurs névralgiques qu'il éprouve dans le moignon. Ni l'extirpation de la cicatrice, ni l'excision du saphène interne et du grand nerf sciatique, ni la résection du péroné, ni l'électro-puncture, ni la galvanisation, ni la faradisation, etc., n'ont pu faire disparaître les douleurs et les convulsions choréiformes du membre amputé. En dernier lieu, le malade, au désespoir, a demandé une nouvelle amputation, qui fut pratiquée au tiers inférieur de la cuisse avec un grand lambeau antérieur et un petit lambeau postérieur. Seulement, pour empêcher que les névromes consécutifs à toute section soient compris ultérieurement dans la cicatrice et donnent lieu aux mêmes accidents que ceux observés dans l'amputation de la jambe, M. Chalot a excisé 3 à 4 centimètres du grand nerf sciatique et autant de

l'accessoire du saphène interne, le saphène interne ayant été déjà excisé un peu plus haut à trois reprises. Après élimination de séquestres, le malade « laissait pétrir son moignon sans éprouver aucune douleur névralgique ». Les renflements terminaux des nerfs du moignon ne sont autre chose que des névromes *fasciculés myéliniques* avec leurs enroulements si connus de tubes nerveux.

Analysant vingt-deux autres cas de névralgies du moignon, l'auteur pose les conclusions suivantes :

Les névralgies du moignon reconnaissent trois ordres de causes : 1° les diathèses et dyscrasies ; 2° les maladies cérébro-spinales ; les maladies locales, parmi lesquelles il ne faut pas comprendre l'ostéite, la carie, la nécrose du moignon, l'ulcère de la cicatrice, ni l'inflammation de quelque bourse séreuse. La névralgie du moignon proprement dite est le résultat d'une lésion irritative ou inflammatoire des nerfs compris dans le moignon. L'inclusion cicatricielle des névromes joue un grand rôle dans la névralgie du moignon. Aussi doit-on proscrire tous les procédés qui substituent une cicatrice à l'ancienne cicatrice : telles sont la cautérisation, l'excision, l'incision multiple, la résection du moignon, l'amputation simple, la désarticulation simple, sans excision des nerfs.

Il vaut mieux agir directement sur les nerfs malades : la simple section, l'élongation, le broiement ou pincement sont des procédés fort inférieurs à l'*excision* qui est le véritable traitement par excellence.

Des vomissements opiniâtres après les opérations chirurgicales (séance du 28 août). — M. VERNEUIL consacre un intéressant mémoire à l'étude de cet accident qui, sans être grave, incommode beaucoup les opérés. Les anciens chirurgiens n'en parlent guère et les modernes l'attribuent au chloroforme, surtout lorsqu'il est impur. Cette opinion est inexacte, et l'explication insuffisante : les anesthésiques peuvent provoquer les vomissements réitérés, mais ils n'agissent qu'à titre d'agents excitants lorsqu'il existe une prédisposition.

Écartons d'abord : 1° les vomissements d'aliments absorbés par les malades, malgré les recommandations faites ; 2° les vomissements aussi passagers de salive accumulée dans le pharynx ; 3° les vomissements symptomatiques de péritonites consécutives aux opérations pratiquées sur la cavité ou les parois de l'abdomen.

Il ne s'agit ici que des vomissements qui commencent peu de temps après l'opération, se répètent et se prolongent deux ou trois jours, sinon davantage, et pendant cette période empêchent plus ou moins complètement l'absorption des boissons et des aliments ingérés.

Pour tous ces cas si variés, on n'invoque qu'une cause unique, le chloroforme et les impuretés du chloroforme. Or, l'éther en produit plus encore que le chloroforme. Le chloroforme le plus pur en a produit des plus rebelles. Enfin, chez des sujets qui n'avaient pas été endormis, on les a observés aussi tenaces. Donc, si les anesthésiques paraissent favoriser les vomissements en apparence, ce n'est que chez des sujets prédisposés ; ils sont tout au plus une cause provocatrice. Ces vomissements reconnaissent comme causes véritables divers états pathologiques antérieurs : dyspepsie, lésions abdominales, hépatiques, rénales, etc., créant par eux-mêmes une prédisposition aux vomissements que le traumatisme réveille. Une dizaine d'observations bien nettes établissent ce fait d'une façon précise. Le traumatisme réveille les troubles pathologiques du côté qui est le *locus minoris renitentiæ*. Aussi, lorsqu'à la suite d'une blessure, on voit éclater des désordres imprévus dans un point distant, n'ayant avec le foyer traumatique aucune relation anatomique directe, on peut être à peu près certain de l'existence dans le point susdit d'un état pathologique antérieur. Réciproquement, lorsque, avant une blessure ou une opération, on reconnait un point taré dans l'économie, il faut toujours s'attendre à y voir éclater, après le traumatisme, des troubles en rapport avec la nature de la tare. Dans le cas particulier, les vomissements, on a pu plusieurs fois les prédire avant l'opération.

Quand ils surviennent inattendus, ils doivent faire soupçonner des lésions viscérales méconnues et latentes.

Le pronostic n'est généralement pas grave, mais les vomissements qui se prolongent au-delà de quarante-huit heures fatiguent les patients, engendrent facilement un état saburral, quelquefois fébrile, et enfin empêchent d'alimenter convenablement les opérés.

Les vomissements post-opératoires cessent souvent dans le courant du deuxième jour ou s'espacent assez pour devenir supportables. La glace, les boissons gazeuses, la diète, suffisent d'ordinaire pour les deux premiers jours. Plus tard, la pepsine rend de grands services. A partir du troisième jour, un purgatif salin convient s'il y a état saburral.

Le régime mérite la plus grande attention ; on multiplie les tentatives d'alimentation, mais on consulte surtout l'instinct et l'expérience des malades, les uns n'étant tranquilles que lorsque l'estomac est vide, les autres n'étant bien soulagés que par l'ingestion des aliments qu'ils vomissent aussitôt après. Enfin, on varie les moyens d'après la nature de l'affection préexistante qui amène l'intolérance de l'estomac.

Présentation de pièces après uréthrotomie interne. — Néphrite aiguë (séance du 28 août). — M. BERGER met sous les yeux de la Société les pièces provenant d'un sujet sur lequel il a pratiqué l'uréthrotomie interne avec la lame moyenne de l'uréthrome Maisonneuve. Le soir de l'opération le malade fut pris de frissons, puis de délire, et succomba quatre-vingt-une heures après l'opération.

L'autopsie ne montra rien qui pût faire attribuer la mort à l'intoxication provenant du contact de la plaie uréthrale avec une urine altérée. La sonde fonctionnait bien, et les urines se sont supprimées dès le premier frisson,

Les phénomènes observés pendant la vie étaient ceux de la néphrite : frisson, vomissements, douleurs rénales, suppression complète des urines, etc. L'autopsie a, en effet, démontré l'existence d'une néphrite interstitielle aiguë double que la mort rapide du malade avait seule empêchée d'arriver à la suppuration.

Comme on avait, d'autre part, accumulé toutes les précautions pour mettre l'opéré à l'abri des complications infectieuses qui peuvent être la suite des manœuvres instrumentales pratiquées sur les voies urinaires, il est plus rationnel d'expliquer la mort par la néphrite que par l'intoxication par les urines ; cette complication rénale ne dépendant en aucune façon du manuel opératoire, tout chirurgien ne devra pas oublier, avant de pratiquer l'uréthrotomie interne, la possibilité, heureusement rare, de cette relation vasculaire et nerveuse qui, à la suite d'un traumatisme de l'urèthre, vient affecter les reins d'un individu chez lequel il ne pouvait s'être produit encore de lésion rénale chronique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Mercredi, 4 décembre 1878, à deux heures, a eu lieu, sous la présidence de M. Bardoux, ministre de l'instruction publique, la pose de la première pierre de l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Farabeuf, agrégé de la Faculté, est institué chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Marc Sée, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Nélaton (Charles) est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Campenon.

M. Reynier (Paul-Antoine) est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Bouilly.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Merget, docteur ès sciences, est chargé du cours de physique, en remplacement de M. Jolyet, appelé à d'autres fonctions.

M. Jolyet, chargé du cours de physique, est chargé du cours de médecine expérimentale à ladite Faculté (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Hallez, licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de maître de conférences de botanique.

M. Morelle, licencié ès sciences, pharmacien de 1re classe, prépa-

rateur à la Faculté de médecine de Lille, est chargé des fonctions de maître de conférences de chimie toxicologique.

M. Cuigniet, médecin en chef de l'hôpital militaire, est chargé du cours complémentaire d'ophthalmologie, en remplacement de M. Huidiez.

— Par arrêté en date du 3 décembre 1878, la chaire d'anatomie pathologique et de pharmacie de Lille a été déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— *Faculté de médecine libre de Lille.*—Prix : 1re année, M. Toison; 2e année, M. Duval; 3e année, M. Van Oye.

Concours entre les étudiants de première année. — Prix, M. Roncin; mentions honorables, MM. Bettremieux et P. Bernard.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Bert, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1878-79, par M. Dastre, docteur ès sciences.

M. Joliet (Louis-Lucien) est nommé maître de conférences de sciences naturelles, pendant l'année scolaire 1878-79.

— *École de médecine d'Alger.* — Sont prorogés, pendant l'année scolaire 1878-79, dans leurs fonctions de suppléants : MM. Stephan, suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements; Bourlier, suppléant des chaires de médecine.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Martin (Jules-Eugène), commis d'inspection académique à Amiens, est nommé, en outre, secrétaire agent comptable de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, en remplacement de M. Poiré, démissionnaire.

École de médecine de Nantes. — Les concours pour les prix ont donné les résultats suivants :

Élèves en médecine.—1re année.—1er prix : M. Guillet.—2e prix : M. Pichon. — 1er accessit : M. Pérochaud. — 2e accessit : M. Vigot.

2e année. — 1er prix : M. Bellouard.

3e année. — Pas de prix.

4e année. — 1er prix : M. Bertet.

Élèves en pharmacie. — 1re année. — 1er prix : M. Chiron. — 2e prix : M. Gosset. — Accessit : M. Monnier.

2e année. — 1er prix : M. Brillouët.

Concours de manipulation des étudiants en pharmacie. — 1re année. — 1er prix : M. Chiron. — 2e prix : M. Moncour. — 1er accessit : M. Hanvic. — 2e accessit : M. Gosset.

2e année. — 1er prix : M. Audrain. — 2e prix : M. Brillouët. — Accessit : M. Garino.

3e année. — 1er prix : M. Ledoux. — 2e prix : M. Ribe.

Concours de clinique. — 1er prix : M. Jarry. — 2e prix : M. Dodin. — Accessit, M. Testut.

— MM. Josso et Dortel sont institués aides de clinique, en remplacement de MM. Olive et Gergaud, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Hôpitaux de Nantes.* — Sont nommés :

Internes : MM. Boiffin, Bellouard, Bertet, Rappin, Vince, Frangeul, Grenaudier et Garreau.

Internes provisoires : MM. Brossier et Aumaître.

Externes : MM. Jubineau, Guillet, Vigot, Citerne, de Sallier-Dupin, Polo, Pérochaud, Ertaud, Pichon, Gustin, Lahaye et Périon.

— *Hôpital Sainte-Eugénie de Lille.* — Sont nommés externes dans les services de la Faculté libre de médecine : MM. Butruille, Delassus, Duval, Valin, Martin, Bels, Tillie, Maquart, Brunet, Jarrige, Vilfroy et Dureux.

— M. le docteur Schneiter, le doyen d'âge des médecins de Strasbourg, vient de succomber. Il avait été pendant de longues années le médecin en chef de l'hôpital de Strasbourg, et sa mort laisse de vifs regrets à tous ceux qui l'ont connu.

— M. le docteur Réveille, médecin en chef du lycée de Nîmes, est nommé médecin honoraire dudit lycée. — M. le docteur Puech, médecin adjoint du lycée de Nîmes, est nommé médecin en chef dudit lycée.

— M. le docteur Ch. Fauvel a commencé son cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continue les lundis et jeudis, à neuf heures. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement par la laryngoscopie et la rhinoscopie.

Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 143. — MARDI 10 DÉCEMBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 10 DÉCEMBRE 1878. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. Hôpital des Enfants-Malades. Purpura hæmorrhagica. Hémorrhagies de la rétine. Épistaxis abondantes. Anémie grave et hypoglobulie. Transfusion. Guérison. — Plaies artérielles de cause traumatique. Hémorrhagie grave déterminée par l'ouverture de l'artère radiale droite. Compression. Guérison. — Société de Biologie. — Société de Chirurgie. — Nouvelles.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Purpura hæmorrhagica. — Hémorrhagies de la rétine. — Épistaxis abondantes. — Anémie grave et hypoglobulie. — Transfusion. — Guérison (1).

II.

Maintenant que nous avons étudié le traitement spécial du purpura simple ou compliqué d'hémorrhagies menaçant la vie, voyez ce qui s'est passé chez notre malade.

Voici son observation, telle qu'elle a été recueillie dans la salle :

Obs. *Purpura hæmorrhagica. — Hémorrhagies nasales graves. — Hémorrhagies de la rétine constatées avec l'ophthalmoscope. — Hémorrhagies du tissu cellulaire profond. — Anémie excessive. — Transfusion.* — E..., âgée de quatorze ans, est entrée le 29 mars 1878 au n° 28 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut. Habituellement bien portante, en pension depuis quatre ans à Passy, dans une maison où elle est bien logée et bien nourrie. Depuis quinze jours elle est malade. Il lui survient des taches ecchymotiques sous la peau des membres et çà et là des taches sanguines dans l'épaisseur de la peau de 2 à 4 millimètres. Ces hémorrhagies s'observent sur le dos, sur le tronc et sur les membres, mais elles sont peu nombreuses. A chaque extrémité des doigts et des orteils, près de l'ongle, il y a des ecchymoses très-prononcées. Elle est très-pâle et décolorée.

Urines naturelles, sans albumine ni sang, peu d'appétit, selles quotidiennes non mélangées de sang.

Quelques épistaxis, et celle d'hier a exigé le tamponnement.

Pas de palpitations; léger bruit de souffle à la base du cœur en dehors et vers la pointe. — Température : 38 M — 39 S.

Du 29 mars au 1er avril, les globules rouges varient entre 900,000 et 1,200,000. Les globules blancs sont entre 7,000 et 14,000.

Traitement. Eau sucrée, 100 grammes. Perchlorure de fer, 1 gramme. Limonade sulfurique.

1er *avril.* Quelques taches sont effacées, d'autres reparaissent. Épistaxis nécessitant le tamponnement au perchlorure de fer.

3 *avril.* Même état, mais l'enfant pâlit de plus en plus et veut à peine manger. 929,625 globules rouges et 8,500 blancs.

Potion au perchlorure de fer et jus de citron à boire pur.

Pouls : 120 — T 38 M et 39 le soir.

6 *avril.* Épistaxis abondante. Nouveau tamponnement. Faiblesse excessive. Nouvelles taches sur la peau. Même prescription.

8 *avril.* Même état. Pouls : 120 — T. 39 S. matin 38. L'enfant est très-faible, paraît très-affaiblie, et, sa vie paraissant menacée, je songe à lui faire la transfusion du sang.

Transfusion avec l'appareil Mathieu. Cette opération est faite par mon collègue Saint-Germain, avec du sang pris sur une jeune fille de quatorze ans affectée d'aphonie simple, sans fièvre.

La veine basilique du bras droit est mise à découvert par une petite incision de 2 centimètres qui ne donne issue à aucune goutte de sang.

Puis le trocart est introduit dans la veine à une profondeur de 3 centimètres. Son dard est retiré et remplacé par un mandrin mousse, et, au moment de la substitution, il s'écoule un sang *clair, lie de vin, sale*, qui annonce une *nosohémie très-caractérisée.*

A ce moment, l'appareil reçoit dans son réservoir le sang qui coule par la saignée faite à l'autre enfant. Ce sang coule dans le corps de pompe et dans le tuyau de caoutchouc qui, par son ajutage, est mis en rapport avec le trocart placé dans la veine du malade. La pression de la boule en caoutchouc le fait pénétrer plus avant, et nous injectons ainsi 80 grammes de sang bien liquide non défibriné.

L'enfant se colore un peu sur le visage après l'injection et n'éprouve rien de particulier.

On retire le trocart de la veine et on fait un pansement simple.

Les linges de ce pansement furent imbibés par un peu d'hémorrhagie, mais le soir l'appareil était sec.

Dans la journée on renouvela le tamponnement nasal qui donnait de l'odeur, et à ce moment il y eut un nouvel écoulement de sang pour lequel on fut obligé de tamponner en avant et en arrière.

L'enfant a bien passé la journée, n'a eu ni frisson ni accès de fièvre; elle avait le soir 39 degrés.

Elle se sentit bien et voulut manger.

9 *avril.* L'enfant est très-faible, le pouls 120 et la T. 38. 854,250 globules rouges et 8,201 blancs.

Il y a de nouvelles hémorrhagies dans la peau, et, sur les jambes, cinq infarctus sous-cutanés, noirâtres et durs.

Dans le fond de l'œil examiné à l'ophthalmoscope, il y a de nombreuses hémorrhagies rétiniennes, les unes grosses comme un grain de semoule, les autres irrégulières, larges comme une lentille et plus.

Trois taches blanches, grosses comme une petite tête d'épingle, existent dans l'œil droit, une au milieu d'une large hémorrhagie, au-dessous de la pupille (image renversée), les deux autres en haut à proximité d'une veine.

Les artères sont invisibles; les veines très-pâles et le fond de l'œil très-peu coloré.

10 *avril.* L'enfant se sent mieux, elle mange à peine, et il s'est fait de nouvelles ecchymoses sur les membres inférieurs. Même état des yeux. Pouls : 120, régulier. T. S. 39° M. 38.

(1) Fin. — Voir le n° du 3 décembre.

11 *avril.* L'enfant est plus forte, mais très-pâle, et sa tête tourne un peu quand elle est dans l'attitude verticale. Aucun bruit anormal dans la poitrine. Léger souffle à la base du cœur et à la pointe. Il est plus fort en dedans du mamelon et augmente dans la direction de l'aorte. Il s'entend également dans les vaisseaux du cœur.

Pas d'appétit ni de diarrhée. Peu d'urines.

Pouls ; 120, régulier. T. S. 39,2 M. 38,8.

Quelques nouvelles taches hémorrhagiques de la peau remplaçant celles qui se résorbent en nouvelles hémorrhagies de la rétine.

Potion : *Perchlorure de fer*, 1 gramme que l'enfant ne veut pas prendre.

Injection hypodermique de 30 centigrammes de tartrate ferrico-potassique.

12 *avril.* Même état général. Pas d'épistaxis. Nouvelles hémorrhagies de la rétine, mais pas à la peau.

Pouls : 120. T. S. 39,3 M. 39,2.

L'enfant demande à manger.

Injection hypodermique de tartrate de fer sous la peau de l'abdomen.

13 *avril.* L'enfant a pris deux œufs et du lait, bu un peu de vin.

Même état. Les trois injections de perchlorure de fer donnent lieu à des abcès sous-cutanés.

Pouls : 120 — T. S. 39,3 M. 39,1. Potion perchlorure de fer, 20 gouttes. Hématosine sèche, 10 grammes.

15 *avril.* Même état. *Même prescription.*

Les yeux se modifient légèrement par la résorption des hémorrhagies.

Il ne s'en produit pas de nouvelles et on n'en remarque plus sur la peau.

16 *avril.* Même état. *Même prescription.*

Pouls : 120. — T. S. 38 T. M. 38.

17 *avril.* Même état, pas de nouvelle hémorrhagie. L'enfant mange mieux, elle prend un œuf, du bouillon et de la viande crue râpée avec du vin.

On essaie une seconde transfusion qui ne réussit pas. *Potion. Perchlorure de fer. Hématosine.*

Pouls : 124. — T. S. 38,2 T. M. 38,6.

18 *avril.* Nouvel essai de transfusion, mais la veine se déchire, il se fait un thrombus, et on est obligé de cesser.

L'enfant a mangé un peu, comme hier. Il ne s'est pas fait de nouvelles hémorrhagies.

L'enfant va un peu à la garde-robe, rend des urines.

Pouls : 120. — T. S 38,4 T. M. 37.

Dans cette transfusion on constate que le sang de la malade n'a pas la même couleur que la première fois, qu'il est rose au lieu d'être sale, noirâtre, lie de vin. *Même prescription.*

Du 23 avril au 15 mai, l'enfant a eu beaucoup de fièvre, toussait beaucoup et a offert des symptômes de pneumonie caractérisée par des râles sous-crépitants très-nombreux dans la base postérieure des deux poumons, avec diminution de la résonnance thoracique.

Son pouls a varié de 112 à 128 pulsations, et la température prise chaque jour a varié le matin de 1 à 3 degrés et le soir elle a atteint 40,2, 40,4 et 40,6.

Elle a pris chaque jour 20 centigrammes d'oxyde blanc d'antimoine, et a continué de s'alimenter légèrement.

A l'ophthalmoscope, le fond de l'œil s'est modifié de jour en jour. Les hémorrhagies rétiniennes disparurent et furent remplacées par d'autres qui se résorbèrent à leur tour, laissant après elles quelques points blancs de la rétine.

Ce fut le seul point du corps où il se fit des hémorrhagies possibles à constater. Pendant dix-huit jours il ne s'est plus produit d'hémorrhagies sur la peau.

22 *avril.* — L'enfant mange un peu et boit du vin. Il ne se produit pas de nouvelles hémorrhagies, et elle semble se relever, bien qu'elle soit toujours très-pâle.

Elle ne tousse pas et n'a rien d'anomal dans les bruits respiratoires.

Au souffle, souffle cardiaque, faible à la base en dedans du mamelon, plus fort dans l'aorte et dans les vaisseaux du cou.

A la suite des injections sous-cutanées de tartrate de fer sous la peau de l'abdomen, il s'est fait deux abcès du tissu cellulaire formés de sanie purulente claire avec quantité de gaz, et tous les jours, en pressant sur l'ouverture faite au bistouri, le 13 avril, il sort du liquide sanieux et des gaz.

22 *avril.* — Huit jours après, il se fit un troisième abcès sous-cutané du ventre, suite d'une injection hypodermique de tartrate de fer, et, cet abcès étant incisé, il en sort du pus phlegmoneux de bonne nature avec quelques bulles de gaz seulement. *L'enfant avait assez repris de vie pour faire du pus.*

Pouls : 120. — T. S. 38,2 T. M. 37,6.

Potion perchlorure de fer.

Sang de bœuf défibriné : 40 grammes en deux fois.

D'ailleurs l'enfant, toujours très-pâle, ayant 1,572,000 globules rouges par millimètre cube, resta très-gaie, assise sur son lit, s'occupant à lire et à jouer avec des images.

Aujourd'hui elle n'a plus de râles dans les poumons, mange assez bien et digère de même.

Sang de mouton défibriné : 250 grammes.

20 *mai.* — L'enfant prend tous les jours plus de forces. Elle se lève et on la descend au jardin.

Sang de mouton défibriné : 250 grammes.

1er *juin.* — L'enfant est levée toute la journée. Elle mange et digère bien. Elle se promène et descend au jardin. Elle n'a plus d'hémorrhagies de la rétine.

10 *juin.* — Hier, sans cause connue, il y a eu une nouvelle apparition de purpura confluent sur tout le corps et une hémorrhagie rétinienne.

Pouls : 108. — T. S. 38,2 T. M. 37,8.

Bon appétit et digestions régulières.

A partir de ce jour, l'enfant est entrée en convalescence régulière, n'ayant plus d'hémorrhagies à la peau, mais en ayant encore dans les deux rétines, et cela sans offrir aucun trouble visuel.

Elle pouvait lire à toute distance habituelle, reconnaître les couleurs, coudre, tricoter et s'amuser comme tous les enfants de cet âge.

A l'ophthalmoscope, l'étude du fond de l'œil a été très-intéressante chez cette enfant. On a vu les hémorrhagies se résorber, reparaître sur d'autres places, s'effacer encore, de sorte que, sur trois dessins qui ont été faits des deux yeux, il n'en est pas deux qui se ressemblent. Chose curieuse : alors qu'il ne se produisait plus d'hémorrhagies de purpura à la peau, il s'en produisait encore dans les yeux, de sorte qu'on pouvait reconnaître dans le fond de l'œil la diathèse hémorrhagique.

Pendant tout le temps de cette maladie, de même que nous avons pris la température matin et soir, nous avons fait tous les jours ou tous les trois ou quatre jours la numération des globules du sang, ainsi que l'étude de leurs qualités colorimétriques et de leurs déformations. Mon ami le docteur Dubrisay, qui a bien voulu se charger de ces recherches délicates et qui les a faites avec un soin tout particulier, m'a donné la note suivante :

Tableau des analyses du sang.

	Globules rouges.	Globules blancs.
3 avril.	929.625	8.500
4 —	1.407.100	7.613
5 —	2.010.000	17.500
6 —	1.482.375	9.898
9 —	854.250	8.201
10 —	678.375	25.125
11 —	778.875	21.775
13 —	978.875	10.887
16 —	557.875	8.375
17 —	979.875	12.562
18 —	704.010	10.000
30 —	1.054.000	17.360
20 mai.	1.643.000	11.160

1 juin.	2.945.000	9.300
12 —	3.534.000	5.580
13 —	2.976.000	4.960
24 —	3.627.000	6.200
17 juillet.	2.316.696	9.300
19 —	2.162.250	7.440

L'enfant est enfin sortie de l'hôpital, et l'observation est complète; mais en voici une autre, relative à un enfant atteint de la même façon, et qui n'a pas eu le même bonheur. Il a succombé, et, comme son autopsie éclaire sur quelques points le fait que l'on a observé dans mon service, je vais en donner un court résumé.

2e Obs. *Purpura hæmorrhagica.* — *Hémorrhagies rétiniennes.* — *Mort.* — *Autopsie.* — Au moment où la jeune fille dont on vient de lire l'observation précédente guérissait, il se trouvait dans la salle voisine de la mienne, dirigée par mon collègue Labric, un garçon de huit ans, *atteint de purpura hæmorrhagica.* L'enfant, placé dans des conditions d'hygiène excellentes à la campagne, n'ayant subi aucune privation alimentaire, présenta des taches hémorrhagiques de la peau et fut amené à l'hôpital.

M. Labric put constater les hémorrhagies de la peau accompagnées d'hémorrhagies nasales, d'albuminurie sans œdème, d'épistaxis, de fièvre et de souffle systolique à la base du cœur.

L'enfant s'affaiblit et mourut. A l'*autopsie* faite en ma présence, le 31 juillet, je constatai un énorme gonflement des *reins* dont la substance corticale hypertrophiée graisseuse était criblée d'hémorrhagies par infiltration, larges d'un demi-centimètre à deux centimètres. Les unes étaient noires, récentes, et les autres pâles, en voie de résorption.

La *rate* était énorme et offrait cinq gros noyaux jaunâtres comme du beurre compacte, durs sous le doigt, larges à la base, et formant coin dans le tissu splénique, entourés d'une zone rouge noirâtre de deux millimètres.

Le *foie* n'offrait rien de particulier, pas plus que les *intestins* et le *péritoine.*

Le *cœur* présentait de l'endocardite végétante mitrale et un peu de gonflement rouge des sigmoïdes de l'aorte.

Les *poumons* renfermaient un assez grand nombre de petits infarctus noirâtres superficiels avec quelques noyaux de pneumonie embolique.

La *moelle épinière* était le siège d'une anémie très-considérable; elle était blanche, et la pie-mère spinale invisible n'offrait aucun vaisseau apparent. Son tissu était sain.

Les *deux yeux* présentaient de larges *hémorrhagies de la rétine* occupant tout le segment postérieur de cette membrane au fond du globe oculaire. En voilà les pièces préparées. Je les conserve dans ma collection pour les montrer quand l'occasion de parler de ce sujet se présentera de nouveau dans cette clinique.

Ce qu'il y a d'intéressant et de nouveau dans cette observation, ce sont les hémorrhagies de la rétine, constatées sur le cadavre, et mises en face de celles que j'ai constatées pendant la vie. — C'est la première fois que je fais pareille recherche, et cela vous montre de quelle utilité peut être l'ophthalmoscopie médicale.

Je vous ai signalé déjà, et ce sont des faits bien connus, la possibilité de découvrir, dans le fond de l'œil, la diathèse glycosurique et albuminurique, la diathèse syphilitique, la diathèse leucémique, la diathèse scrofuleuse, et voilà qu'aujourd'hui je vous montre qu'on y peut trouver la diathèse hémorrhagique.

C'est qu'en effet les tissus de l'œil souffrent à l'égal de tous les autres tissus des mêmes troubles de nutrition qu'une diathèse peut produire. Dans chacune d'elles, le trouble de nutrition est différent, mais il existe de la tête aux pieds. C'est, comme on le disait dans l'ancienne médecine, une lésion *totius substantiæ.* Il en résulte que, si l'on recherche dans le seul point du corps où l'on puisse voir, sans mutilation ni vivisection, sous la transparence de la cornée et du cristallin, une membrane nerveuse, un nerf des artères et des veines en fonction, une membrane celluleuse et pigmentaire qui sont au fond de l'œil, on peut apprécier, dans leurs altérations, celles du reste de l'organisme. Si vous joignez à ces altérations diathésiques de l'œil celles qui résultent de l'action directe locale exercée par les maladies du cerveau et de la moelle, vous aurez l'ensemble de ce que peut donner à la science l'ophthalmoscopie médicale à laquelle j'ai consacré quinze ans de recherches fécondes et pratiques.

Ophthalmoscopie médicale et cérébroscopie, voilà les conquêtes de la séméiologie dans ce siècle. Vous voyez, à chaque instant ce que donne la cérébroscopie dans l'étude des maladies du cerveau, des méninges et de la moelle épinière. Je vous montre aujourd'hui ce que la méthode peut fournir au diagnostic des maladies diathésiques. Mon but est atteint. A vous d'apprécier et de juger.

Il est temps de conclure :

Chez les enfants, il y a un purpura simple qui peut se produire en dehors de toute influence débilitante, comme altération spontanée des éléments du sang.

La nosohémie du purpura est constituée par une diminution des globules rouges, par l'augmentation relative et absolue des globules blancs, et par dissolution de la fibrine.

Les globules sont en grande partie déformés, renferment des noyaux, et sont mêlés à des corps ovalaires contenant deux noyaux.

Le purpura simple est caractérisé par des taches hémorrhagiques miliaires de la peau, par des ecchymoses sous-cutanées, par des épistaxis et des hémorrhagies muqueuses.

Dans le purpura on peut voir, avec l'ophthalmoscopie, des hémorrhagies de la rétine qui se résorbent et reparaissent sans donner lieu à des troubles visuels.

Si le purpura a produit une anémie considérable mettant la vie en danger, on peut recourir à la transfusion.

PLAIES ARTÉRIELLES DE CAUSE TRAUMATIQUE.

HÉMORRHAGIE GRAVE DÉTERMINÉE PAR L'OUVERTURE DE L'ARTÈRE RADIALE DROITE. — COMPRESSION. — GUÉRISON.

Par le docteur L. Sorbets, d'Aire (Landes).

On admet, généralement, que le seul traitement rationnel, dans les cas traumatiques de plaie de l'artère radiale, est la ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie suppurée ou non.

Ce principe n'est pas tellement absolu, ce nous semble, qu'on ne puisse pas, dans certaines circonstances, renoncer à la ligature, et arrêter l'écoulement de sang à l'aide du perchlorure de fer et de la compression.

M. le docteur Tillaux donne lui-même l'exemple de la dérogation à ce principe, non pas à l'aide du perchlorure de fer et de la compression, moyen qu'il blâme, mais de la torsion des artères, méthode proposée par Amussat comme hémostatique, et tombée en désuétude.

Des expériences abandonnées ont été reprises par le docteur Tillaux. Il cite des cas de succès, après avoir démontré les grands avantages de ne pas pratiquer la ligature des artères dans les amputations, et les accidents qui peuvent survenir, tels que : suppuration entraînée par la présence des fils, réunion immédiate impossible, et lambeaux musculaires se putréfiant dans la plaie. La torsion serait indemne de ces

accidents parfois funestes. Voici deux de nos observations :

OBSERVATION I. — D... (Jeanne), soixante-dix ans, se trouvait à l'abattoir, le 15 juin, lorsque son bras frappa directement la pointe d'un coutelas que tenait un boucher.

L'artère radiale droite est ouverte au tiers inférieur. Le tendon du grand palmaire ou radial antérieur est légèrement blessé, la plaie cutanée dépassant un peu son niveau. Le sang s'échappe en jet : hémorrhagie considérable pendant les premiers instants de stupeur; syncope.

Cependant les hommes de service, témoins de l'accident, ont la présence d'esprit de comprimer l'artère. L'écoulement du sang est arrêté d'une manière incomplète.

Quand j'arrive auprès de cette femme, dix minutes environ après l'accident, elle a repris ses facultés. Elle était entourée d'une vraie mare de sang.

Immédiatement, je comprime vigoureusement l'artère radiale au niveau de la plaie, avec un tampon carré de linge, composé de plusieurs doubles, imbibé de perchlorure de fer en solution, le tout retenu par un bandage fortement serré. Une longue bande partant des doigts de la main recouvre l'avant-bras en entier, maintenu horizontalement sur la poitrine par une large écharpe.

Il ne se déclare aucun accident pendant un mois. La double cicatrisation de la plaie artérielle et cutanée est complète, et permet, après ce temps, à cette femme de reprendre ses travaux.

OBS. II. — Mme X... descendait un escalier en tenant un verre à pied de la main droite. Elle tomba si malheureusement qu'en se brisant, le verre coupa au niveau de sa bifurcation l'artère qui fournit les branches digitales, désignées sous les noms de collatérale externe du petit doigt et de collatérale interne de l'annulaire de la main droite.

La quantité de sang immédiatement perdue est considérable. Une syncope survient; on arrête l'hémorrhagie.

J'applique un tampon trempé dans une solution de perchlorure de fer à 30° que je maintiens pendant quinze jours, fortement serré, le bras tenu en écharpe.

Rien ne vient entraver la cicatrisation de la plaie artérielle et cutanée, et la guérison est complète vingt jours après l'accident.

Ces observations devraient être multipliées et rapportées par les chirurgiens qui auraient des cas semblables à traiter. Au point de vue pratique, on adoptera ce traitement surtout pour les artères dont la ligature constituerait une opération longue, difficile et pénible, artères ne dépassant pas le calibre de la radiale.

Dans le procédé par la ligature, si on n'a pas le soin de lier les bouts de l'artère, on s'expose à des hémorrhagies secondaires par les collatérales. Toujours est-il qu'en cas d'insuccès par le tampon et la compression, la ligature resterait toujours le dernier et unique moyen thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 décembre 1878. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Impureté des alcools. — M. RABUTEAU, dans une première série de recherches datant de 1870, avait déjà démontré que l'alcool butylique et surtout l'alcool amylique étaient beaucoup plus toxiques à doses égales que l'alcool éthylique ou alcool de vin, et il était arrivé à cette conclusion que l'alcoolisme n'est pas le résultat de l'abus des eaux-de-vie de vin ni des vins naturels, c'est-à-dire de l'alcool éthylique pur, mais qu'il est le résultat de la consommation, même en quantités relativement peu considérables, des alcools industriels impurs contenant des substances toxiques. Ces faits, publiés il y a huit années, ont été confirmés de toutes parts; aujourd'hui M. Rabuteau fait connaître ce que ses nouvelles recherches lui ont appris sur la matière.

Lorsqu'on soumet, dit-il, à une distillation fractionuée des alcools impurs du commerce, notamment ceux de betterave et de pomme de terre, on obtient, indépendamment de l'eau, des produits qui se divisent naturellement en trois groupes. Dès le début de la distillation, on recueille des produits plus volatils que l'alcool éthylique ou vinique. Ces produits ont reçu la dénomination de *mauvais goûts de tête*. Puis, la température reste bientôt stationnaire dans le voisinage de 78°; à ce moment, ce qui distille est formé presque exclusivement d'alcool éthylique plus ou moins aqueux. On recueille ainsi un alcool d'un goût d'autant moins défectueux que l'alcool commercial primitif était moins impur. Enfin la température s'élève davantage. Indépendamment de l'eau dont nous ne tenons pas compte, il passe successivement des produits de moins en moins volatils, dont quelques-uns n'entrent en ébullition qu'à une température très-supérieure, 100 degrés. Ces produits ont reçu la dénomination de *mauvais goûts de queue*. Parmi eux, se trouvent les alcools propylique, butylique et l'*alcool amylique*, dont l'importance au point de vue de la question hygiénique est si grande, ainsi que des produits d'une odeur désagréable et d'une action toxique remarquable.

Lorsqu'on analyse par une distillation méthodique les alcools de vins, on trouve qu'ils présentent une composition notablement différente de celle des alcools de grains, de betterave et de pomme de terre. Les alcools du vin renferment de bien faibles quantités d'alcools propylique et butylique; *ils ne contiennent pas d'alcool amylique*. Leur *bouquet* est dû à des composés éthérés, tels que l'acétate d'éthyle déjà cité et surtout l'*éther œnanthique* ou *œnanthate d'éthyle*, composés qui ne sont pas toxiques proprement dits; ces composés peuvent favoriser l'ébriété, mais ils ne me paraissent pas capables d'amener l'alcoolisme chronique.

Quelles sont les quantités approximatives des impuretés qui se trouvent dans les alcools des distilleries de grains, de betteraves et de pommes de terre? M. Rabuteau a trouvé, dans les alcools de pomme de terre simplement épurés à froid et livrés ainsi à la consommation, au moins 5 pour 100 des impuretés précitées. Les alcools rectifiés rapidement une fois, après épuration par le charbon, en renfermeraient, d'après des recherches qu'il continue en ce moment, au moins de 2 à 3 pour 100. En admettant le nombre 5 et même le nombre 3 pour 100 comme représentant la moyenne des résultats, on voit que, *sur les deux milliards de litres d'alcools de grains, de betteraves et de pommes de terre qui sont versés dans la population, il y a de* 60 *à* 100 *millions de litres d'impuretés*. L'alcool amylique forme approximativement les deux tiers de ces impuretés.

Les quantités approximatives des composés autres que l'eau et l'alcool éthylique pur qui se trouvent dans les eaux-de-vie de vin et de marc de raisin, sont plus faibles que celles qui existent dans les alcools de grains, de betteraves et de pommes de terre.

M. Rabuteau passe ensuite en revue les propriétés de ces diverses espèces d'alcool, en particulier des alcools propylique, isopropylique, butylique et amylique.

Alcool propylique, C^3H^8O. — Il existe deux sortes d'alcool propylique : l'un qui a été découvert par Chancel, et qui est l'*alcool propylique normal* ou *de fermentation*; l'autre, qui a été obtenu synthétiquement par M. Friedel, et qui est un alcool secondaire, l'*alcool isopropylique*.

L'alcool propylique normal est un liquide incolore, d'une odeur spiritueuse qui rappelle celle de l'alcool éthylique. Il a pour densité 0,81 et bout à 97°. Il est soluble dans l'eau. Il se trouve en faible quantité dans les eaux-de-vie de marc et de fruits, telles que les alcools de cidre et de poiré qui, par contre, ne renferment pas d'alcool amylique.

L'alcool propylique ne donne guère de mauvais goût aux alcools. Au contraire, suivant M. Isidore Pierre, mélangé avec un alcool de bonne qualité, même dans la proportion de 3 p. 100, il semble en rendre l'odeur et le goût plus agréables.

Suivant les expériences de Dujardin-Beaumetz et Audigé, l'alcool propylique est plus actif que l'alcool éthylique et moins actif que

l'alcool butylique. Il devait en être ainsi : en effet, l'alcool propylique, C^3H^8O, se trouvant avoir un poids moléculaire intermédiaire à ceux de l'alcool éthylique, C^2H^6O, et de l'alcool butylique, $C^4H^{10}O$, devait, conformément à la loi que j'avais trouvée en 1870, posséder une activité intermédiaire à celle de ces alcools. La puissance de l'alcool propylique, bien que très-inférieure à celle de l'alcool amylique, ne doit donc pas être négligée dans la question de l'alcoolisme. Toutefois, l'influence en est faible, parce que les alcools du commerce en contiennent de faibles quantités.

Alcool butylique ordinaire, $C^4H^{10}O$. D'après ses expériences de 1870, M. Rabuteau a considéré l'alcool butylique comme quatre fois plus actif que l'alcool éthylique, et beaucoup plus actif que l'alcool amylique.

L'alcool butylique, ou mieux l'alcool isobutylique, existe en petite quantité dans l'eau-de-vie de marc. Les alcools de vin n'en contiennent que des traces. C'est par la présence de l'alcool butylique et de produits empyreumatiques, d'une odeur et d'un goût caractéristiques, que l'on peut se rendre compte de l'action moins salutaire ou plus active de l'eau-de-vie de marc que celle de l'eau-de-vie de vin.

Alcool amylique ordinaire, $C^5H^{12}O$. — Cet alcool est le plus dangereux, le plus toxique de ceux dont il vient d'être question. D'après ses expériences de 1870, M. Rabuteau a cru pouvoir énoncer que l'alcool amylique était quinze fois plus toxique que l'alcool éthylique. Ce n'est pas quinze fois, mais trente fois qu'il dirait aujourd'hui. Cet alcool, même à des doses minimes, est toujours malfaisant. Dans les études que M. Rabuteau a faites de divers éthers de l'alcool amylique, tels que le chlorure, le bromure, l'acétate, comparativement aux éthers des alcools méthylique et éthylique, j'ai constaté que les premiers exerçaient une action dangereuse. Tandis que l'action des alcools éthylique et méthylique est généralement douce et passagère, celle des éthers de l'alcool amylique est irritante, et, de plus, persistante parce que ces éthers s'éliminent lentement; elle est suivie de troubles plus ou moins graves parmi lesquels M. Rabuteau signale la prostration, l'affaiblissement des mouvements volontaires, surtout dans le train postérieur chez les animaux; la diarrhée, la diminution ou la perte de l'appétit, et, sans doute, des troubles de la nutrition, car il lui est arrivé une fois de rencontrer de l'albuminurie.

M. Rabuteau tire de ces recherches une série de déductions relativement à l'alcoolisme.

Le vin naturel, dit-il, et l'alcool de vin renferment, comme substances spiritueuses, l'*alcool éthylique* qui en est l'élément principal, l'éther acétique ordinaire ou *acétate d'éthyle*, l'*éther œnanthique* et l'*aldéhyde éthylique* qui en sont des éléments accessoires. Ils ne renferment que des traces d'alcool butylique. Ils ne contiennent pas d'*alcool amylique,* par conséquent aucun éther de cet alcool. On y trouve quelques substances volatiles qui, venant ajouter leurs propriétés organoleptiques à celles de l'éther œnanthique, leur donnent leur bouquet particulier. Ces substances sont très-peu connues, mais elles paraissent être formées d'éthers de l'alcool éthylique, de sorte que, lorsqu'il s'agit du vin et de l'alcool de vin, nous sommes sans cesse ramenés à l'alcool éthylique ou vinique.

Or, il me paraît difficile de considérer comme un poison redoutable l'alcool vinique que nous buvons en si grande quantité avec le vin. Notre organisme est habitué à cet alcool qui lui donne du ton et de la vigueur, et il le réclame souvent d'une manière impérieuse en hygiène et en thérapeutique. Dans les pays vignobles, on rencontre souvent des hommes, des travailleurs, qui ingèrent chaque jour quatre à six litres de vin, et qui prennent en outre une certaine quantité d'alcool de vin ou d'eau-de-vie de marc. En admettant que ces vins contiennent 11 pour 100 d'alcool absolu pur, ils ingéreraient par conséquent plus de 500 centimètres cubes de cet alcool, soit plus d'un litre d'eau-de-vie à 45 degrés. Or, ces hommes n'ont pas d'alcoolisme.

L'alcool éthylique ou vinique ne peut donc être considéré comme un poison, dans l'acception usitée en toxicologie.

Les alcools de grains, de betteraves et de pommes de terre contiennent, outre l'alcool éthylique, diverses impuretés dont l'énumération a été donnée précédemment, et dont la somme est relativement considérable dans les alcools mal rectifiés. Ces impuretés, qui sont presque toutes toxiques à doses minimes, forment un total que l'on peut évaluer à 60 et même à 100 millions de litres, qui sont versés dans la consommation publique. Voici ce que l'on en fait :

Les alcools de la première rectification, qui contiennent surtout les mauvais goûts de tête, servent à préparer les liqueurs, notamment l'absinthe. Faut-il s'étonner alors des effets toxiques de ces liqueurs ? Indépendamment de l'aldéhyde, de l'éther acétique qui engendre facilement l'ivresse, il s'y trouve des produits gazeux que je n'ai pas encore étudiés, mais que j'ai déjà trouvés en proportions considérables et qui me paraissent très-dangereux. Nul doute que ces substances ne viennent accroître, d'une manière considérable, les effets funestes de l'absinthe. Cette liqueur n'est pas nuisible uniquement par l'essence d'absinthe qui produit des accidents épileptiformes si remarquables, d'après les expériences de M. Magnan ; elle est nuisible également par les mauvais alcools avec lesquels on la prépare.

Les alcools à 85°, ainsi que les trois-six du commerce, contiennent des mauvais goûts de tête et des mauvais goûts de queue. Ils sont expédiés en quantités considérables dans l'ouest et dans le midi de la France, où ils servent à viner les vins, à les fabriquer, ou au moins à les altérer au point de vue hygiénique, sous prétexte de les conserver, mais en réalité pour en rendre le négoce plus facile et plus lucratif, de sorte que le vin naturel est devenu aujourd'hui une rareté commerciale. On les ajoute aux vins que l'on veut distiller, pour obtenir une plus grande quantité d'alcool dit de vin, de sorte que le cognac et l'armagnac d'autrefois sont aujourd'hui presque inconnus. Ces alcools industriels, mélangés au cidre, servent à fabriquer des vins de Champagne. Le cuvage des pays vignobles est remplacé ici par des usines à vapeur comme dans les fabriques d'eau de Seltz. Ces mêmes alcools, additionnés d'eau et colorés artificiellement, remplacent l'eau-de-vie de vin de nos ancêtres, laquelle est devenue encore plus rare que le vin naturel. Ils servent également à viner, c'est-à-dire à alcooliser la bière. Additionnés de quelques gouttes de nitrobenzine, dont l'odeur est semblable à celle de l'essence d'amandes amères, ils constituent le kirsch artificiel du commerce. Enfin ils envahissent les officines, les hôpitaux, les laboratoires, de sorte que ceux qui expérimentent ces alcools, avant de les rectifier, ne sont même plus sûrs de leurs observations.

Tels sont les points sur lesquels je désirais insister. Je répéterai ce que je disais au début : *l'alcoolisme chronique n'est que le résultat de la consommation des alcools industriels impurs contenant des substances toxiques.* J'ajouterai ensuite que, puisque le législateur a créé une loi, salutaire de l'avis de tous, contre l'abus des boissons alcooliques, cette loi doit être non-seulement répressive, mais tutélaire. Elle doit réprimer l'ivresse ou l'alcoolisme plus ou moins aigus, et protéger contre l'empoisonnement par les alcools impurs et par les boissons rendues pernicieuses par ces alcools. Ce sont ceux-ci qui provoquent, même à des doses relativement faibles, et par conséquent à l'insu de celui qui en est la victime, un état morbide qui n'est pas l'ivresse ordinaire, mais une intoxication à laquelle succède peu à peu l'alcoolisme chronique.

M. BALL est peu disposé à admettre que le vin ne contenant que de l'alcool éthylique ne produise pas l'alcoolisme.

Il fait observer que, parmi les aliénés amenés à la préfecture de police, il est un grand nombre d'alcooliques qui ne boivent que du vin. Il cite l'exemple de gens du monde, ne buvant que de bons vins, mais en buvant d'énormes quantités, et qui sont parfaitement alcooliques.

M. RABUTEAU répète que les vins vinés seuls produisent l'alcoolisme.

M. LABORDE rappelle, ainsi que l'a fait M. Rabuteau, que dans les pays vignobles il est très-rare de rencontrer un alcoolique. M. Lunier, à l'aide de statistiques, l'a parfaitement démontré.

M. MAGNAN fait observer qu'au point de vue clinique, les opinions sont très-partagées sur ce sujet ; les uns affirment, comme MM. Rabuteau et Laborde viennent de le faire, que le vin ne donne

pas lieu à l'alcoolisme; les autres soutiennent le contraire. Il ne met pas en doute, quant à lui, que le vin ne produise l'alcoolisme.

Des maladies du café. — M. JAUBERT a étudié, au Mexique, les maladies qui envahissent les plants du café; il a vu des plantations entières disparaître en très-peu de temps. Il cite l'exemple d'une plantation de 450,000 pieds de café qui a été perdue en l'espace de deux ans. Le pied de café étant estimé à un franc, on voit, d'après cela, ce que représente une pareille somme en argent. La plante se met à jaunir, les feuilles tombent, et, en huit jours, l'arbuste est mort. Cette maladie est causée par des anguillules qu'on trouve dans l'intérieur des racines.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De la guérison spontanée de l'hydrocèle des jeunes enfants, par le docteur GAILLARD. (Séance du 4 septembre 1878.) — M. DE SAINT-GERMAIN, rapporteur. L'auteur s'attache à démontrer que, dans le jeune âge, l'abstention doit être pratiquée et que l'on ne doit jamais opérer l'hydrocèle des jeunes enfants jusqu'à l'âge de cinq à six ans. Il a observé treize cas dont six ont été ponctionnés ou traités par les applications de chlorhydrate d'ammoniaque et sept ont été absolument livrés à eux-mêmes. De ce que ces sept cas ont guéri, M. Gaillard conclut à la règle absolue de la guérison spontanée. Sans parler de la durée problématique de la guérison, ce n'est pas sur sept cas que l'on peut légiférer.

Les hydrocèles abondent dans les hôpitaux d'enfants; on n'opère jamais un enfant au-dessous d'un an; passé ce terme, on emploie les résolutifs; enfin, en cas d'insuccès des résolutifs, et notamment du chlorhydrate d'ammoniaque dont l'action, légèrement irritante, produit en général un effet plus efficace que nuisible, on opère si l'hydrocèle prend des proportions gênantes. On pratique l'opération soit par la ponction et l'injection, soit par le procédé de Defer (de Metz), vulgarisé par MM. Maisonneuve et Desormeaux. M. de Saint-Germain opère les hydrocèles chez les enfants de trois ans, lorsqu'elles présentent le volume d'un œuf, et il n'a jamais observé d'accidents. Il rejette l'emploi du séton comme dangereux, et a toujours recours à la ponction suivie de la cautérisation de la poche, suivant la méthode de Defer.

M. BOINET rappelle que les accoucheurs ont déjà insisté sur la guérison spontanée des hydrocèles des nouveau-nés. Il faut opérer les hydrocèles congénitales vers l'âge de cinq ou six ans, parce que les hydrocèles prédisposent à la formation des hernies lorsqu'elles persistent trop longtemps.

M. DESPRÈS partage l'opinion du docteur Gaillard et trouve que l'on abuse souvent d'opérations, peut-être lucratives, mais qui sont sans utilité. Il n'a jamais opéré d'hydrocèle congénitale; abandonnées à elles-mêmes, ces lésions disparaissent spontanément. Au contraire, il n'a jamais vu une hydrocèle d'adulte guérir sous l'influence des applications astringentes.

M. MARJOLIN se souvient d'un jeune enfant opéré avec un séton de fil de soie; il succomba le lendemain à une péritonite suppurée. Un adulte fut traité et guéri par Marjolin père au moyen d'applications de chlorhydrate d'ammoniaque dans un temps assez rapide.

M. TARNIER employait autrefois les compresses trempées dans du vin aromatique pour traiter les hydrocèles des nouveau-nés, qui ne sont pas rares et qui apparaissent vers le deuxième ou le troisième jour. Ayant abandonné ensuite les hydrocèles à leur marche naturelle, il a vu qu'elles guérissent aussi bien.

M. HOUEL (séance du 11 septembre) a observé un grand nombre d'hydrocèles congénitales et a vu plusieurs fois des hydrocèles que l'on ne pouvait pas réduire et qui cependant communiquaient avec la cavité péritonéale. Il ne faudrait donc pas affirmer l'absence de communication parce que l'on ne peut pas obtenir de réduction; c'est comme pour les spina-bifida irréductibles.

M. BERGER rappelle une observation de Curling qui ne put obtenir un commencement de réduction qu'après trois quarts d'heure de compression.

M. LANNELONGUE insiste sur le peu de certitude que peut donner une manœuvre de courte durée; il a observé des hydrocèles qui se réduisaient lentement dans la position horizontale et sous l'influence d'une compression prolongée longtemps. Il ne faut pas s'étonner des variations constatées par M. Desprès, suivant la saison, sur le volume de l'hydrocèle d'un de ses malades; on sait que les hydrocèles sont beaucoup plus fréquentes dans les pays chauds que dans les pays froids.

Sur un nouveau procédé d'extraction de la cataracte, par M. VIBERT, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu du Puy. (Séance de 4 septembre.) — M. GIRAUD-TEULON, rapporteur. L'auteur décrit un nouveau procédé d'extraction de la cataracte à l'aide d'un mode d'incision de la cornée, donnant lieu à un double lambeau, c'est-à-dire à une porte à deux battants pour la sortie du cristallin.

C'est une porte à deux battants que l'auteur substitue à l'ouverture rectiligne de Küchler et Notta, et il la place au même lieu que la section de ce dernier, qui est horizontalement dirigée, tangente au bord supérieur de la pupille et limitée par les bords mêmes du cercle transparent de la cornée.

M. Vibert introduit à l'extrémité de la corde ci-dessus déterminée du cercle transparent de la cornée un couteau plat et droit, mince, à deux tranchants; il le fait glisser parallèlement au plan de l'iris, jusqu'au lieu de la contre-ponction et ouvre ainsi deux petites portes parallèles entre elles, de quatre millimètres d'étendue, aux deux extrémités opposées de l'emplacement de l'incision future et perpendiculaire à sa direction projetée.

Cela fait, le couteau est retiré et remplacé par un couteau boutonné de Graëfe ou de Weber qui pénètre (aisément?) dans les ouvertures latérales que nous venons de décrire; ce couteau, introduit à plat, est alors retourné de 90°, son tranchant dirigé en avant, et la section faite comme on peut se le représenter facilement.

Le reste de l'opération est achevé comme dans la méthode de Graëfe. M. Vibert ne pratique pas l'iridectomie. Il ne fait plus de pansement et se contente de placer au-devant des yeux une simple compresse.

Le rapporteur, après MM. Panas et Gayet, sans être aussi peu sévère, est d'avis que le bandeau contentif peut être maintenu sans inconvénient trois fois vingt-quatre heures; mais le quatrième jour il commence à incommoder les paupières et à provoquer des blépharites.

L'auteur ne cherche pas la réunion par première intention; c'est l'objet contraire qu'il tend à réaliser. Convaincu de l'avantage que présente une réouverture du globe quand une inflammation intérieure y a développé un excès de tension, il cherche la méthode qui laissera le plus longtemps possible le globe plus ou moins béant, et il arrive à retarder la réunion par la largeur, presque surabondante, de la plaie.

Sans doute, quand l'inflammation a éclaté dans un globe clos de toutes parts, le premier remède est le relâchement de cette tension; mais l'absence de clôture de l'œil, l'absence prolongée de chambre antérieure sont des inconvénients réels: est-il préférable de s'y exposer toujours dans la crainte anticipée d'un excès de tension qui est seulement possible?

L'auteur ne se préoccupe pas de ces dangers inhérents à la diminution de pression intérieure, pas plus que de la menace de suppuration primitive de la cornée. Son unique argumentation est empruntée aux résultats obtenus de certaines expériences sur les animaux; il a pratiqué sur des lapins et des moutons des plaies pénétrantes lacérant la cornée et l'iris. Ces plaies, si graves chez nous, guérissent chez les animaux avec une rare promptitude. L'auteur attribue ce résultat à la facilité avec laquelle ces animaux réussissent à maintenir le globe à l'abri de tout excès de tension par l'évacuation volontaire de la chambre antérieure sous l'action de leurs muscles extrinsèques. S'il sectionne auparavant les quatre muscles droits, les traumatismes deviennent beaucoup plus graves.

Cette question mérite d'être contrôlée par la physiologie expéri-

mentale, car l'opinion de l'auteur est en conflit absolu avec les enseignements de l'unanimité des maîtres en clinique oculaire.

L'auteur termine son argumentation par la comparaison de la forme ou de la qualité de l'incision dans sa méthode et celle de Graëfe : « l'inflammation secondaire (déterminée par la section des muscles droits) s'est montrée d'autant plus vive que les incisions cornéales étaient *plus obliques.* » Cette obliquité paraît en effet à M. Vibert le caractère différentiel le plus saillant entre les incisions de de Graëfe et la sienne. Mais c'est plutôt à la méthode de Daviel que doit être comparée la méthode de M. Vibert, et non à celle de de Graëfe, avec laquelle elle n'a point mécaniquement de rapports.

Au point de vue pratique, il serait désirable de savoir de quel nombre de jours la réunion tardive ajourne la guérison; enfin, le manuel opératoire n'est pas aussi simple que paraît le croire l'habile praticien; est-il si aisé de pénétrer, avec le deuxième couteau, entre la cornée et l'iris, quand la chambre antérieure est déjà vidée par la première ponction?

M. Vibert, en résumé, a obtenu des succès brillants, mais ils paraissent plutôt dus à son habileté personnelle qu'aux principes mêmes défendus par lui. La supériorité paraît encore assurée à la méthode dite à petit lambeau et connue sous les noms de Lebrun, Warlomont, Liebreich, etc.

M. CRAS, lui aussi, a rejeté le bandage circulaire pour les opérés de cataracte; les bandes se déplacent et glissent trop facilement. Il fait un bandage plus solide en se servant d'ouate et de collodion.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sur la proposition de M. le professeur Denucé, la Faculté de médecine a décidé, à l'unanimité, que le musée d'anatomie normale et pathologique prendrait dorénavant le nom de *musée Gintrac.*

— *École de médecine de Caen.* — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1877-1878 :

Élèves en médecine. — 1re année. — 1er prix : M. Chochon-Latouche.

2e année. — 1er prix : M. Huet. — Mention honorable : M. Catois.

Prix Le Sauvage. — Concours de 1878. — 1er prix (médaille d'or) : M. Catois.

Élèves en pharmacie. — 1re année. — 1er prix : M. Dubos. — Mention honorable : M. Lefèvre.

2e année. — 1er prix : M. Briard. — 2e prix, *ex æquo* : MM. Blaizot et Mahaud.

— *Muséum d'histoire naturelle.*— Programme du premier semestre de l'année scolaire 1878-79 :

Cours de physique végétale. — M. Georges Ville, professeur, traitera les conditions qui déterminent, favorisent et règlent la production des végétaux; il insistera sur l'influence exercée par le choix des graines sur le rendement des récoltes, et consacrera les dernières leçons à l'histoire des découvertes qui, à la fin du siècle dernier, ont préparé les progrès actuels de l'agriculture. Le cours aura lieu les mardis et samedis à une heure et demie.

Cours de chimie appliquée aux corps inorganiques. — M. Frémy, professeur, fera l'histoire des métaux. Cet enseignement est à la fois théorique et expérimental. Les manipulations commencées le mardi 3 décembre se termineront le 15 juillet; elles auront lieu tous les jours. Le cours aura lieu les mardis et jeudis à trois heures.

— Un de nos confrères nous écrit pour nous demander les nos 60, 61, etc., de la *Gazette.* Sa lettre est parfaitement écrite, mais sa signature est complètement illisible. De plus, il a oublié d'indiquer sur sa lettre le pays d'où il écrit, le timbre de la poste est de Clermont-Ferrand. La lettre est du 7 décembre 1878. Prière de se faire connaître pour que l'envoi demandé puisse être fait. Le prix du numéro est de 25 centimes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 144 — JEUDI 12 DÉCEMBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 12 DÉCEMBRE 1878. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un nouveau mémoire de M. Colin vient de faire recommencer à l'Académie la discussion sur les maladies charbonneuses et septicémiques, les bactéridies et leur rôle, et tout l'ensemble des doctrines de M. Pasteur. Ce mémoire, fort bien écrit, est bourré de faits, comme toujours; mais c'est une œuvre d'opposition et de résistance, comme d'ordinaire.

Faut-il regretter ces contre-courants qui s'établissent dans des courants énergiques d'opinion?

Il faudrait plutôt s'en réjouir, d'après ce que professe l'éminent successeur de Claude Bernard au Collège de France, le célèbre physiologiste Brown-Séquard.

J'ai assisté à l'une des premières leçons de Brown-Séquard, et, je l'avoue, son mépris pour les théories va si loin qu'on en est surpris.

C'est presque une aversion. Toutes celles qui dominent dans la science dont il s'occupe, il s'attache à les renverser. Il ne laisse pas même subsister les siennes propres, celles qu'il avait tout d'abord déduites de merveilleuses expériences et qui s'étaient imposées à tous.

Il théorise cependant, et d'une façon audacieuse; mais ce n'est pas pour édifier quelque chose de permanent, c'est pour établir une sorte de tente, un lieu de repos, au milieu de ruines.

Il craindrait que la nudité d'un sol dévasté, sans abri, n'effrayât les esprits timides. D'ailleurs, dit-il, les théories ont toujours au moins cela de bon qu'elles invitent à les combattre et font travailler dans ce but. Elles se remplacent vite dans les temps de progrès, car ce sont des vêtements fragiles, que fait éclater bientôt une science qui grandit.

Quand on s'y soumet sans conteste, quand elles durent pendant des années, c'est une preuve de décadence et de paresse intellectuelle.

Cette année, M. Brown-Séquard a pris pour sujet de son cours la critique des théories localisatrices et de toutes les doctrines régnantes relativement au système nerveux.

En l'écoutant, on est presque effrayé de la hardiesse de certaines vues; mais c'est un charmeur qui connaît bien l'art de s'emparer d'un auditoire et de subjuguer les plus rebelles.

Il est urgent que l'Académie, en se l'adjoignant, ouvre la lice pour de nouvelles luttes d'idées.

Les anciennes n'ont qu'un seul tort, c'est de revenir trop souvent et de prêter à des redites. Dr Victor REVILLOUT.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Détails complémentaires relatifs à l'hystéro-épilepsie.

Je vous ai déjà présenté cette jeune fille atteinte d'anesthésie complète et *totale*, accompagnée de paralysie hystérique du membre inférieur gauche (1). Nous avons fait sur ce cas intéressant de nouvelles recherches : nous nous sommes demandé si, étant connus les faits de contracture provoquée et de transfert, nous ne pouvions pas obtenir la guérison de cette paralysie en agissant sur le côté opposé? Vous savez comment nous avons, chez la religieuse atteinte de contracture hystérique du bras, transformé cette contracture; comment nous la faisions passer du côté droit, ou sur un autre point du corps, en appliquant un aimant sur cette région. Or, nous avons bien pu obtenir ce résultat chez la religieuse, parce que le côté droit, où nous transportions la contracture, était complètement sain, libre et non anesthésique. Chez cette jeune fille paralysée, au contraire, il n'en est plus de même : le côté gauche est paralysé, mais le côté droit n'est pas normal : il est anesthésique, aussi bien que le côté paralysé; nous n'avons pas pu y transporter la contracture : il faudrait, pour y arriver, pouvoir lui rendre préalablement la sensibilité normale. Nous plaçons un aimant au voisinage de l'avant-bras droit, nous y ramenons bien la sensibilité à la région voisine, mais nous n'y provoquons pas la contracture comme nous le faisions chez la religieuse : les muscles restent libres. Voilà donc un fait exceptionnel, et qui ne rentre pas dans la même catégorie que celui de cette religieuse, hystérique, hémianesthésique seulement. C'est qu'en effet, chez la malade d'aujourd'hui, il n'y a que le côté gauche, le côté de la paralysie, qui soit pour ainsi dire en puissance de contracture, en diathèse de contracture. Nous provoquons de ce côté la contracture dès que nous appliquons, pendant quelques minutes, un aimant au voisinage de l'avant-bras ou de la jambe du côté gauche. Et vous pouvez constater la violence de cette

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, n° 138.

contracture. L'aimant a donc, de ce côté, transformé la parésie en contracture, c'est-à-dire qu'il a, en réalité, aggravé la maladie : la paralysie et la contracture sont, en effet, complémentaires l'une de l'autre; elles s'appellent facilement. Ce fait vous démontre une vérité d'une grande importance pratique : c'est que l'agent ici employé, l'aimant, est une arme à deux tranchants : il faut savoir l'employer à propos, si l'on ne veut pas aggraver parfois la maladie au lieu de la guérir. Comme tout médicament, les agents physiques que nous employons ici ne doivent être mis en œuvre qu'en connaissance de cause. Nous savons, d'ailleurs, dans le cas particulier, que le massage, un courant faradique, etc., suffiront pour faire disparaître la contracture que nous avons momentanément infligée au membre paralysé.

Je vous ai déjà dit que l'aimant n'est pas le seul des agents æsthésiogènes qui réussissent ; pile sèche, plaques métalliques, courants électriques faibles, solénoïdes, parfois même fort sinapisme, vibrations d'un diapason, etc., sont autant d'agents auxquels on peut avoir recours aussi efficacement. Si nous employons souvent l'aimant, c'est parce qu'il est d'un usage commode et qu'il réussit toujours, là même où les autres agents échouent; je tiens à répéter encore que nous avons maintes et maintes fois institué les expériences de contrôle pour ne pas être trompés par nos malades. Lorsqu'on place les *pôles* de l'aimant près d'une région du corps, on obtient le retour de la sensibilité : lorsqu'on y place la partie neutre, on n'obtient rien. De même, avec un solénoïde, on n'a d'effet produit que lorsqu'on y fait passer le courant, et il est toujours facile de produire et d'interrompre un courant à volonté, sans que la malade s'en aperçoive et puisse rien comprendre à ces diverses manœuvres. Il est donc absolument impossible de soupçonner ici la moindre supercherie de la part des malades.

L'objection fondée sur l'*attention expectante* tombe aussi d'elle-même : lors de la première expérience faite, chaque malade ne savait, pas plus que nous, ce qui allait arriver : elle ne pouvait donc s'y attendre et le produire par le seul effet de son attention.

On pourrait dire encore que ces faits ne s'observent qu'à la Salpêtrière, et que, sous l'influence de l'attention, de l'imitation, le délire de nos malades se régulariserait et prendrait un type spécial. Il n'en est rien. L'imitation n'a point cette puissance; je n'en cite pour preuve que celle-ci : un des derniers numéros d'un journal d'Édimbourg contient trois observations d'un médecin assistant de l'asile d'Édimbourg. Notre confrère a observé ces attaques d'hystéro-épilepsie et les rapporte absolument dans le même ordre, dans les mêmes termes, avec les mêmes détails spéciaux que ceux que nous avons observés ici même. Il signale, entre autres particularités, le phénomène du crucifiement qu'a présenté une de ces malades. Ces faits démontrent donc que l'hystéro-épilepsie n'est pas une spécialité de la Salpêtrière, et l'hystéro-épilepsie est la même à Édimbourg et à Vienne qu'à Paris.

Je vous présente une autre de nos malades qui est en état de crise hystéro-épileptique depuis avant-hier : nous lui avons appliqué le compresseur de l'ovaire pour arrêter l'attaque : je vais lui rendre son cours pendant quelques instants en enlevant cet appareil compresseur, afin de bien vous convaincre que, chez cette malade comme chez les autres que vous avez vues précédemment, l'attaque suit la même évolution et est constituée par les mêmes périodes. Aussitôt le compresseur enlevé, vous voyez la trépidation commencer (1), etc.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, n° 141.

Cette malade ne nous présente pas les mouvements de moulinet bien marqués, mais vous voyez l'arc de cercle qu'elle prolonge assez longtemps. Elle prolonge la deuxième période, des contorsions surtout, puis revient à la période épileptoïde. Enfin, à une troisième attaque, elle continue le roman et passe aux poses plastiques qu'elle fait durer très-longtemps. Vous l'entendez, pendant la période triste, s'écrier : « Maman, ces bêtes ! ces bêtes ! » c'est qu'en effet, c'est elle qui voit les lions rouges.

Je vous montre enfin comment nous appliquons le myographe sur les muscles des membres, afin de prendre les graphiques que je vous fais passer sous les yeux; ces tracés, obtenus par ce moyen, représentent exactement les phases clonique, tonique ou résolutive de la première période de l'attaque. Il suffit de la moindre habitude de ces appareils pour les comprendre; il serait intéressant de comparer un tracé de la première période de l'attaque hystérique avec un tracé de l'attaque épileptique à laquelle elle ressemble tant, mais il est impossible d'être là prêt avec son myographe au moment où un malade est foudroyé par l'épilepsie, tandis qu'il est si commode de disposer ses appareils enregistreurs et le myographe sur le bras d'une hystérique; puis, lorsque tout est prêt, de provoquer, si l'on veut, l'attaque hystérique par l'excitation des points sensibles, hystéro-épileptogènes. Le tracé alors raconte exactement et scientifiquement l'attaque hystérique.

A la demande d'un grand nombre de mes auditeurs, je recommence aujourd'hui l'expérience qui consiste à produire la catalepsie artificielle au moyen du diapason. A ce propos, je vous rappelle que nous nous sommes demandé si l'excitation spéciale se faisait par l'ouïe ou par la sensibilité générale. Nous avons cherché à éclaircir cette question, et voici l'expérience que nous avons instituée, expérience que je ne vous engage pas à répéter et que moi le premier je ne suis guère disposé à renouveler. J'avais rangé en ligne mes cinq hystériques les plus complètes, et, à un moment convenu, sans qu'elles eussent le moindre soupçon de ce qui allait se faire, mon interne fit subitement retentir un coup de tam-tam qui, il faut le dire, fut des plus éclatants. Quatre des sujets s'enfuirent épouvantés; la cinquième hystérique était restée en place; elle était cataleptique. Réveillée, elle ne prononça que des mots incohérents; elle resta huit jours sans recouvrer la raison. Une crise survint et tout est fini. Est-il besoin de dire que c'est la plus excitable de nos hystériques? Elle ne se rappelle rien, pas même le coup de tam-tam.

On dira peut-être : Tout cela, c'est de l'hystéro-épilepsie, mais l'hystéro-épilepsie est rare; ce n'est pas l'hystérie ordinaire que nous connaissons tous. Eh bien ! non, je répondrai d'abord que l'hystérie *major* n'est pas si rare qu'on le pense, et que d'ailleurs, grande ou petite, c'est toujours la même hystérie. La petite hystérie, l'hystérie qu'on pourrait appeler *fashionable*, c'est la grande hystérie en petit. Comparez les descriptions qu'en ont données ceux qui l'ont si bien étudiée, Briquet, Bernutz, etc. : vous trouverez chez le premier l'esquisse épileptoïde, l'arc de cercle, les contorsions; chez le second, la phase des mouvements passionnels, de la colère, de la volupté, de l'extase; qu'est-ce que tout cela, sinon ce que je vous mets sous les yeux?

Cette identité retrouvée ne nous montre-t-elle pas enfin l'excellence de cette méthode employée par nous, qui consiste à considérer les grands types, les types les mieux constitués, pour poser les lois de la maladie? Après cela, alors, nous cherchons les intermédiaires, nous classons les variétés,

mais le cadre reste le même : c'est toujours la même maladie, il n'y a que des différences de degrés.

Reste à s'expliquer un fait plus complexe: c'est l'immixtion de phénomènes étrangers. Beaucoup d'hystériques nous présentent en outre le somnambulisme et la catalepsie. L'état cataleptique peut se présenter primitivement, à l'exclusion des crises, comme on peut observer une forme mixte, où ces phénomènes se mêlent aux crises hystériques.

On a dit que je voulais ressusciter le somnambulisme! Je me soucie fort peu de Mesmer, je regrette que le mot se trouve mêlé à la science, mais je ne fais que de la clinique. Qu'on appelle les choses comme on le voudra, ce n'est pas nouveau; il y a longtemps qu'on a observé des faits analogues sous le nom de somniation spontanée (Société médicale des hôpitaux, 1er volume), etc. Nous étudions nos malades, et c'est tout.

Je termine en vous faisant voir les projections de dessins représentant les types les plus parfaits des diverses périodes de l'attaque hystérique, puis des dessins se rapportant à la paralysie agitante qui fera l'objet de la prochaine conférence.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel MOLLIÈRE.

Tétanos traumatique, médications combinées; guérison.

(Observation recueillie par M. VALLET, interne du service.)

Jules S..., âgé de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital, le 7 octobre 1878. — La veille, ce malade tenait un fusil chargé de plomb n° 7, le canon tourné contre le sol. Le coup partit, et le plomb faisant balle perçait le soulier, à sa pointe et à sa partie externe, d'un trou rond et large comme une pièce de 50 centimes. Quelques grains furent retrouvés dans la chaussure. Le pied blessé, qui était le droit, ne portait que des désordres limités aux orteils. Le cinquième et le quatrième, dont l'articulation métatarso-phalangienne était ouverte, durent être sacrifiés. Le troisième, malgré une fracture de la première phalange et la pénétration de l'articulation phalangienne, n'étant pas broyé comme les précédents et étant toujours chaud, fut ménagé, et la conservation tentée ; le second avait peu de mal, le gros orteil était intact.

Le pansement de Lister fut appliqué, le malade ne souffrait pas, la plaie se régularisait et marchait sans encombre vers la guérison ; l'appétit était bien conservé ainsi que le sommeil.

Le matin du 18 octobre, la sœur du service nous dit que le malade avait été fatigué pendant la nuit, et qu'il éprouvait de la douleur avec de la raideur dans la mâchoire. Il en était de même pour les muscles de la nuque ; cependant ces deux symptômes étaient peu marqués de ce côté. L'aspect de la plaie devenue douloureuse était cependant le même que d'habitude. On prescrit le pansement au laudanum, deux grammes de bromure potassique, six grammes de chloral à l'intérieur, avec injections sous-cutanées de deux centigrammes de chlorhydrate de morphine, en deux fois par jour.

Le 20 octobre, la température, qui, les jours précédents, a oscillé entre 38 et 37,5, s'est élevée tout d'un coup à 39,6. La mâchoire est plus raide, il en est de même de la nuque. Le malade ne peut tourner le cou ; les muscles des gouttières sont également contracturés. Le malade est dans l'impossibilité de fléchir le tronc pour s'asseoir. Notons aussi quelques accès de spasme tonique généralisés. La sueur est abondante, le même traitement est continué, le chloral porté à huit grammes, tant en potions qu'en lavements.

Sous l'empire de cette médication énergique, la température s'abaisse et varie de 37,5 à 38,5, jusqu'aux 28 et 29 octobre. La raideur de la mâchoire est toujours considérable. Le malade souffre beaucoup du pied, et localise parfaitement au troisième orteil cette douleur que l'on exaspère en touchant celui-ci. Il n'y avait pas à hésiter à remplir une indication aussi nette, et, d'un coup de ciseaux à travers l'articulation métatarso-phalangienne, M. Mollière enleva cet orteil. Par la dissection de ce dernier, faite immédiatement, on trouvait, sur la seconde phalange, une fine esquille pointue qui s'implantait sur le nerf collatéral interne, non loin de sa terminaison dans la pulpe du doigt, et provoquait évidemment tous les phénomènes tétaniques, par l'irritation de celui-ci.

A partir de ce jour, la douleur locale cessa; toujours maintenu sous l'influence de la même médication mixte, le patient avait encore du trismus et un peu d'opisthotonos, et, malgré l'opium, le chloral et le bromure, on n'observait presque pas de somnolence.

Le 28, sans motif apparent, sa température remonte à 39,2, le 29, à 40,6. Mais la sœur nous dit que, dégoûté du chloral, il a refusé formellement de le prendre la veille. De là, l'explication de cette élévation de la température, qui revient à sa moyenne habituelle, dès que la médication hypnotique est reprise dans toute sa rigueur.

La raideur du cou et de la bouche a commencé à diminuer peu de temps après. La parole devient plus facile, ainsi que la déglutition. Le malade fut toujours abondamment couvert, pour pratiquer la diaphorèse. Un accès tétanique, dans la nuit du 1er au 2 novembre, dans lequel le malade tomba de son lit, fut le dernier épisode de son histoire pathologique.

M. Larrivé, notre savant et distingué collègue, qui nous succéda dans le service, à cette époque, nous apprend aujourd'hui que la guérison s'est faite sans autre incident fâcheux. Le 8 novembre, le chloral ne fut plus donné qu'à quatre centigrammes ; le 19, la dose fut abaissée à un gramme comme pour le bromure, et les injections de morphine n'étaient plus faites depuis le 2 ou 3 novembre.

Enfin, le 29 du même mois, toute médication est supprimée, la plaie à peu près guérie, et le malade se dispose à sortir bientôt de l'Hôtel-Dieu.

Ce qui nous a engagé à publier ce fait, c'est que la guérison a été obtenue, non par une méthode, mais bien par la combinaison de tous les traitements préconisés jusqu'ici contre le tétanos et qui ne s'excluent pas. La part qui revient à chacun nous paraît incontestable. Sans l'ablation de l'orteil dans lequel on a saisi le corps du délit, et, ne l'eût-on pas trouvé, le soulagement qui a suivi l'amputation a prouvé à quel point elle était indispensable, tout succès était impossible. Et d'autre part, si, à l'intervention chirurgicale, on n'avait adjoint le traitement médical par les agents narcotiques et hypnotiques prescrits *pendant longtemps à hautes doses* sous formes diverses et dont l'administration fut poussée à un degré voisin de l'intoxication, le résultat de l'intervention chirurgicale n'eût-il pas été nul? C'est ce que démontre la brusque aggravation dans tous les symptômes que nous avons vus se produire le jour où le patient négligea de prendre la potion de chloral.

Nous ferons encore remarquer, en terminant, qu'il ne s'agit point ici d'un tétanos chronique qui guérit souvent, mais bien d'un tétanos à forme aiguë (température élevée, trismus, opisthotonos, accès de spasmes toniques, sueurs profuses) ordinairement mortel. Aussi proposerons-nous pour ces cas, en général désespérés, le traitement par les méthodes combinées auquel M. Mollière doit du reste une autre guérison, dont il compte publier les détails ultérieurement.

DE LA DOUVE

OU DISTOME HÉPATIQUE CHEZ L'HOMME.

Par le doteur PRUNAC, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Le distome hépatique s'observe fréquemment dans le foie du mouton et de certains ruminants. Il existe parfois en si grande quantité dans cet organe, qu'il envahit non-seulement les conduits biliaires dont il altère et modifie les parois,

mais encore le tissu hépatique lui-même qui ne tarde pas à subir, sous cette influence, diverses altérations de couleur et de structure, parfois même une véritable atrophie.

En examinant des foies de moutons, sains d'ailleurs, j'ai pu retrouver un nombre plus ou moins considérable de ces entozoaires; dans certains cas, les viscères en étaient littéralement criblés. On sait, du reste, que quelques auteurs ont voulu établir une certaine corrélation entre le distome du foie et la maladie du mouton désignée sous le nom de *cachexie aqueuse ou foie douvé*, altération du sang toute spéciale qui a régné, à diverses époques, par épizooties, décimant ainsi les troupeaux, et exerçant, dans certaines contrées, de terribles ravages. Cette affection est donc bien connue, et les recherches de MM. de Lafond, Simonds, etc., etc., n'ont pas peu contribué à jeter un nouveau jour sur cette intéressante question.

Il n'en est plus de même dans l'espèce humaine; les cas de distomes observés chez l'homme sont fort rares *et se réduisent à une vingtaine environ*, et encore la plupart n'ont-ils été constatés qu'à l'autopsie. Chabert et Mehlis en ont cité deux exemples ; deux autres cas appartiennent au docteur Kerr, de Canton.

Dans l'observation de Mehlis, il s'agit d'une femme de trente ans qui, après avoir présenté de la dyspepsie, de la toux, de l'hypochondrie et du ballonnement du ventre, en même temps que des spasmes, des syncopes, éprouva plus tard des convulsions avec aphonie, perte de connaissance, et puis, consécutivement à des vomissements de sang noir coagulé, expulsa, par la bouche, une cinquantaine de ces entozoaires. La santé de cette malade se rétablit à partir de ce moment. Les distomes expulsés ressemblaient tout à fait à ceux qu'on observe dans le foie du mouton.

Les deux cas du docteur Kerr se rapportent : l'un à une jeune fille de quatorze ans qui rendit, par ses garde-robes, neuf de ces entozoaires; l'autre à un Chinois de quinze ans, qui rejeta un distome par le vomissement.

L'observation que nous publions ci-dessous rentre, comme les précédentes, dans la catégorie des douves erratiques. Elle présente, en outre, une intéressante particularité : c'est la coïncidence de ces entozoaires avec des lombrics et un ténia inerme. Dans le cas de notre malade, nous retrouvons exactement les mêmes symptômes que dans celui de Mehlis, ainsi qu'on pourra en juger par la lecture de cette observation.

Adèle B..., domiciliée à Loupian, est âgée de trente et un ans. Elle a expulsé huit mètres de ténia, à l'âge de onze ans : rien à noter du côté des ascendants ; a eu trois grossesses, dont une fausse couche à quatre mois; dans son jeune âge, était souvent vermineuse; elle avait souvent le ventre ballonné; on la croyait, dit-elle, atteinte du carreau ; a toujours été bien menstruée.

Depuis trois ans, la malade se plaint de troubles digestifs ; elle éprouve souvent de vives douleurs à l'épigastre, et de l'endolorissement dans les hypochondres, spécialement à droite; les digestions sont lentes, laborieuses. Elle eut, en 1876, une hématémèse abondante (environ un litre de sang noir, coagulé) qui s'est reproduite à cinq reprises différentes et à intervalles plus ou moins éloignés. Depuis six mois, elle vomit du sang presque toutes les semaines ; elle s'administre 30 grammes d'huile de ricin qui amènent l'expulsion de quatre lombrics par les garde-robes.

Depuis deux mois, mélæna en même temps que syncopes fréquentes, presque continuelles ; elle en a éprouvé autrefois, c'est-à-dire au début de sa maladie, mais plus éloignées : actuellement, elles sont d'une fréquence excessive.

Cette femme est sujette aussi à la toux, mais à une toux sèche, accompagnée d'oppression ; rien à la poitrine et au cœur, amaigrissement considérable et perte d'appétit, constipation opiniâtre; la malade ne va à la selle que toutes les semaines; les selles sont noirâtres, constituées par du sang coagulé ; à plusieurs reprises, tremblements violents dans les membres ; durant ces crises, intégrité de l'intelligence, mais aphonie complète; modifications sensibles du caractère de cette femme qui devient apathique et indifférente; aménorrhée.

En raison de ces divers phénomènes, le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac nous avait paru rationnel ; nous trouvions, en effet, réunis tous les symptômes classiques de cette affection, jusqu'aux points xiphoïdien et rachidien qui nous étaient nettement indiqués. Seule, l'absence de vomissements alimentaires nous inspirait quelques doutes sur la nature vraie de la maladie.

La diète lactée, le nitrate d'argent à l'intérieur, les alcalins furent concurremment employés. Cette médication resta sans résultat. Pour faite cesser la constipation, nous eûmes recours au sel de Seignette (30 grammes). Peu d'instants après, survinrent des convulsions générales avec perte de connaissance, et consécutivement l'expulsion, par le vomissement, de *deux distomes* mélangés avec du sang coagulé, en même temps que des selles sanguinolentes, noirâtres, consistantes, dans lesquelles la malade découvrit *un amas de distomes pelotonnés* (une trentaine environ), vivants et animés de mouvements parfaitement perceptibles.

Le lendemain, nouvelle purgation qui amena l'expulsion de fragments du ténia (25 à 30 centimètres). Nous prescrivîmes, le soir, huit grammes d'extrait éthéré, puis, le jour suivant, trente grammes de sel de Seignette. Le *ténia* est expulsé en entier avec un *nouvel amas de douves* (une vingtaine environ).

Depuis lors, diminution notable des troubles digestifs, persistance néanmoins de la constipation et du manque d'appétit. La menstruation, qui s'était totalement supprimée depuis sept mois, a reparu depuis quelques jours ; l'état général est bien meilleur ; encore un peu de douleur dans l'hypochondre droit ; légère constriction à l'épigastre.

Nouvelle prise de sel de Seignette ; selles diarrhéiques grisâtres, non sanguinolentes; elles ne renferment plus ni distomes ni cucurbitins.

Le mois suivant, nouvelle hématémèse. La diarrhée persiste; on constate, par intervalles, du sang dans les garde-robes ; la région du foie est toujours douloureuse; la pression et les mouvements augmentent la douleur ; les jours suivants, expulsion, par le vomissement, de trois distomes mélangés avec du sang rutilant et liquide.

Caractères des vers. — M. le docteur Martins (de Montpellier) a bien voulu examiner ces entozoaires. Nous devons à l'obligeance du savant professeur d'histoire naturelle de cette Faculté la description suivante :



« On retrouve dans ces vers tous les caractères du distoma hepaticum, espèce particulière du genre distome. Ce vers est long de 2 à 3 centimètres, large de 12 à 15 millimètres. Son extrémité antérieure est plus large, elle est arrondie, se rétrécit et forme un cou conique ; l'extrémité postérieure aplatie est arrondie, et se termine en forme de feuille ; le corps est blanchâtre, aplati ; on y trouve deux ventouses, une antérieure (*a*) l'autre postérieure, rapprochées l'une de l'autre ; dans l'intervalle qui les sépare, on rencontre les organes génitaux; le pénis (*c*) est saillant, contourné en spirale ; le tube digestif (*d*) se compose de deux portions longitudinales, dans le sens antéro-postérieur, se ra-

mifiant et s'anastomosant entre elles. Cette disposition est facilement appréciable à l'œil nu. »

Les cas de distomes des voies biliaires chez l'homme sont encore trop restreints pour qu'on ait pu songer à établir des symptômes pathognomoniques de cette affection. Les accidents provoqués par la présence de ces entozoaires sont, en effet, tellement variables qu'il serait difficile de leur attribuer une bien grande valeur séméiotique.

En analysant les quelques observations qui ont paru jusqu'à ce jour, on arrive à cette conclusion, que le diagnostic ne peut sérieusement être établi que par l'expulsion de l'entozoaire par le vomissement ou les garde-robes.

Quant aux phénomènes subjectifs, ils consistent, tantôt dans des symptômes de rétention biliaire; ailleurs ce sont des troubles nerveux se traduisant par de l'aphonie, des convulsions partielles ou générales; d'autres fois, des hémorrhagies intestinales, des hématémèses avec syncope, sont les symptômes dominants; dans d'autres cas, enfin, l'attention est plus particulièrement éveillée sur des manifestations diverses du côté des voies digestives ou de l'organe hépatique.

L'étiologie de cette curieuse affection est encore fort obscure; ce n'est pas à l'état de distome complètement organisé que l'entozoaire s'introduit dans l'organisme humain. On admet qu'il provient du développement de certains animalcules ou *cercaires*, qui se développent dans le corps des mollusques ou d'autres animaux inférieurs. Ce serait donc sous la forme de cercaires et, par la boisson, que les distomes pénétreraient dans l'intestin et, de là, dans les canaux biliaires. Cette dernière condition n'est pourtant pas indispensable; il est démontré aujourd'hui que ce ver peut, toujours à l'état de cercaire, s'introduire directement par le tégument externe, sans que le foie pris eût la moindre altération. Dans une observation due à M. Giesker, ces entozoaires furent retrouvés dans une tumeur siégeant à la plante du pied. Le docteur Duval (de Rennes) observa, à son tour, cinq distomes dans la veine porte; le foie dans ce cas n'était le siège d'aucune lésion.

Selon M. Van Beneden, on trouve également des cercaires libres dans l'eau douce et dans l'eau de mer.

La rareté de cette affection doit imposer au médecin de très-grandes réserves pour le pronostic. Dans les quelques cas connus et mentionnés par les traités spéciaux, l'issue de la maladie a été le plus souvent défavorable. On a pourtant cité quelques rares succès. Chabert et Mehlis en font mention. Ces cas se rapportent plus particulièrement à des distomes erratiques, occupant l'intestin, et vraisemblablement originaires du foie.

En dehors des troubles nerveux et digestifs, l'affection que présente notre malade emprunte une gravité toute spéciale aux hémorrhagies aussi abondantes que répétées, s'accompagnant de souffles vasculaires et d'un degré d'anémie déjà fort avancée. N'est-il pas permis d'établir ici une certaine corrélation entre cette affection et la *chlorose d'Égypte*, et l'*anémie intertropicale*, que certains auteurs ont essayé de rattacher à la présence, dans le duodenum, d'un autre entozoaire, l'*ankylostome duodénal*, et dont un savant helminthologiste allemand, M. Griesinger, a fait le sujet d'utiles et intéressantes recherches?

Le traitement curatif du distome hépatique ne diffère en rien de celui des divers entozoaires du tube digestif; les indications sont les mêmes : détruire le ver et favoriser son expulsion ; reste le choix du médicament.

Ainsi qu'on peut en juger par les médications instituées chez notre malade, les *purgatifs salins* ont suffi pour remplir cette indication : le tartrate de potasse et de soude à la dose de trente grammes a amené l'évacuation d'une trentaine de ces entozoaires.

L'*extrait éthéré de fougère mâle* a produit aussi les mêmes résultats; l'expulsion d'un amas de distomes et d'un tænia avec la tête a suivi de près l'administration de huit grammes de cette substance.

L'*huile empyreumatique de Chabert* a été donnée avec succès dans un cas semblable. Ce médicament est un mélange d'essence de térébenthine et d'huile empyreumatique de corne de cerf. C'est surtout dans le traitement du tænia que cet anthelminthique a donné des résultats inespérés. Bremser qui l'a employé dans plus de cinq cents cas de tænia, n'a noté que quatre récidives.

En Angleterre, il est un usage fort répandu; ce médicament est à peu près abandonné dans nos pays, en raison de son goût détestable. Son efficacité est pourtant bien réelle, et nous nous disposons à en faire l'essai, si, comme nous le pensons du reste, le calme momentané des troubles présentés par notre malade fait place à une recrudescence nouvelle de son affection.

— La malade ne présente rien de particulier depuis cinq mois. Elle jouit d'une excellente santé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 décembre 1878. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend : 1° les lettres de candidature de M. Edmond Rocard, pour la section de médecine vétérinaire; de M. Hardy, pour la section de physique et de chimie; de MM. Armand Després et Terrier, pour la section de médecine opératoire; 2° trois plis cachetés présentés par MM. les docteurs Luton (de Reims); Vovard (de Bordeaux), et Duboué (de Pau) (acceptés).

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national dans la section de chirurgie.

La commission propose : en première ligne, M. Notta (de Lisieux); en deuxième ligne, M. Azam (de Bordeaux); en troisième ligne, M. Vedren; en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Bourguet (d'Aix), Duboué (de Pau), et Michel (de Nancy).

Le nombre des votants étant de 69, dont la majorité est de 35,

M. Notta obtient.	55	suffrages.
M. Azam	5	—
M. Vedren.	4	—
M. Duboué.	3	—

Un bulletin blanc.

En conséquence, M. Notta (de Lisieux) est proclamé membre correspondant national.

COMMUNICATION

M. COLIN communique un mémoire sur *les causes de la mort dans les affections charbonneuses et septicémiques*. Il passe successivement en revue les diverses théories qui ont été émises dans ces dernières années pour expliquer la mort en cas pareil, en la rattachant directement à la présence des bactéridies dans le sang.

La première de ces théories est toute mécanique; elle se base sur ce fait que, quand on examine au microscope le sang d'un animal charbonneux au moment de la mort ou quelques heures auparavant, on le trouve si chargé de bactéridies qu'il semble ne plus être dans des conditions favorables à la circulation capillaire. Les

bactéridies, dirigées dans tous les sens, entourant les globules sanguins, paraissent devoir leur enlever la mobilité nécessaire. A l'appui de la même théorie, on rappelle aussi les congestions viscérales qui se produisent assez souvent dans le charbon ; mais leur fréquence ou leur intensité ne sont pas telles dans cette maladie qu'elles y démontrent un obstacle réel au cours du sang. Reste donc surtout l'argument tiré de l'examen microscopique, et c'est au moyen du microscope que M. Colin a pu constater son peu de valeur. En effet, si, après avoir retiré de l'abdomen une anse d'intestin et son mésentère détaché à la base sur une certaine longueur, chez un lapin charbonneux en vie, on examine au microscope une partie de ce mésentère où la circulation se maintient durant un certain temps, on voit que les globules se meuvent librement et avec la rapidité apparente normale, qu'ils sont à distance les uns des autres, quelquefois par petits groupes, que les bactéridies se meuvent dans leur intervalle avec une égale rapidité et une égale liberté, flottant dans le sens des vaisseaux ou un peu obliquement, s'inflexionnant pour passer dans un capillaire voisin. Ce qui frappe en somme dans cet examen, c'est la souplesse, la flexibilité des bactéridies, la facilité avec laquelle elles se meuvent, leur grande aptitude à passer dans les capillaires les plus fins, toutes particularités dont on ne se douterait guère en les voyant sur le cadavre, ou dans le sang refroidi, rigides, entremêlées et absolument immobiles. Une autre objection contre cette théorie toute mécanique de la mort, c'est qu'il est certains animaux, tels que le cheval, chez lesquels le charbon est à peu près localisé dans les ganglions, et on trouve dans le sang fort peu de bactéridies. D'ailleurs, dans la septicémie sans bactéridies, la mort survient comme dans le charbon. Enfin, si réellement le sang cessait de pouvoir circuler dans les capillaires, en ouvrant les gros vaisseaux du cou ou des membres, on ne pourrait obtenir qu'une quantité de sang de beaucoup inférieure à la normale; or, les résultats d'un très-grand nombre d'expériences comparatives faites à ce sujet par M. Colin prouvent que la moyenne de sang écoulé, proportionnellement au poids du corps, reste, à peu de chose près, la même chez les animaux charbonneux que chez les animaux sains. C'est seulement chez les animaux expirants qu'elle s'abaisse d'un cinquième ou d'un sixième, quelle que soit du reste la maladie qui amène la mort.

La seconde hypothèse proposée consistait à dire que les bactéridies tuaient par asphyxie l'animal charbonneux, en s'emparant de tout l'oxygène du sang et n'en laissant pas suffisamment pour animer les globules. A cette hypothèse M. Colin oppose ce fait d'observation que le sang charbonneux d'un animal vivant n'est jamais noir comme le sang d'un animal qu'on asphyxie, il est moins rutilant que celui d'un animal sain, mais, au moins en dehors de toute analyse chimique, on ne peut pas dire que l'oxygène y fasse défaut au point de compromettre l'exercice des fonctions vitales. Il y a commencement d'asphyxie, mais non asphyxie suffisante ; et ce commencement d'asphyxie doit être attribué au moins en partie à autre chose qu'aux bactéridies, pour une triple raison : 1° on l'observe également chez les chevaux, dont le sang contient fort peu de bactéridies ; 2° on l'observe également dans la septicémie où il n'y a aucun vibrion ; 3° le développement en est d'une lenteur extrême comme dans la septicémie, etc. ; et le sang étalé en couche très-mince au contact de l'air n'y reprend pas vite une teinte vermeille, comme si les globules avaient perdu la faculté d'absorber l'oxygène quand ils se trouvent en contact avec lui. Ce n'est donc pas une asphyxie proprement dite, car dans l'asphyxie le sang noirci par défaut d'oxygène redevient aussitôt vermeil dans les mêmes conditions.

La troisième théorie émise sur le mécanisme de la mort dans le charbon consiste à l'expliquer par l'abaissement de la température.

En effet, après une élévation de température, qui n'a pas dépassé 42 degrés 2 dixièmes sur une soixantaine d'animaux observés par M. Colin et en général s'est maintenue entre 40 et 41,5, la température commence à baisser après le moment de l'apparition des bactéridies dans le sang. Mais cet abaissement n'est presque jamais assez considérable pour qu'il soit possible de lui attribuer la mort.

Sur un total de deux animaux, quinze fois la température au moment de la mort a égalé ou dépassé 36 degrés, deux fois elle était de 38, un fois de 38 2 dixièmes, une fois même de 40. Or, on sait depuis les expériences de M. Edwards que la soustraction de chaleur ne crée l'imminence de mort qu'en atteignant une quinzaine de degrés. Le refroidissement n'est donc pas une cause directe de mort dans le charbon ; mais il peut en devenir une cause éloignée en contribuant au développement des pleurésies, des péritonites, etc., qu'on rencontre parfois dans cette maladie.

La cause physique est donc insuffisante, comme la cause chimique et la cause mécanique, quand on les prend isolément ; il en est de même des trois, si on les associe. D'ailleurs, dans la septicémie, en l'absence des bactéridies, les choses se passent à peu près comme dans le charbon, à ce triple point de vue.

M. Colin pense que, dans ce cas, comme dans un grand nombre de maladies, les altérations éprouvées par le sang, le grand excitateur des actions vitales et la matière première des produits qui en découlent, sont la grande raison des troubles fonctionnels et, conséquemment, celle de la mort. Dans le charbon, le sang est devenu visqueux ; il n'a plus au degré normal l'aptitude à se charger d'oxygène. Sa fibrine est molle, en partie dissoute ; ses globules laissent échapper leur contenu ; son sérum s'empare de la matière colorante qui devrait rester attachée aux éléments figurés ; il ne peut plus stimuler suffisamment ni le système nerveux, ni le cœur, ni les autres muscles, ni les actions chimiques de la nutrition et de la calorification ; en un mot, il a perdu ses qualités essentielles de liquide excitant et nutritif. La faiblesse des mouvements du cœur, la diminution de la tension artérielle, le défaut d'ampleur de la respiration, l'essouflement au moindre effort, la débilité croissante des muscles, qui deviennent incapables de soutenir le corps, celle des plans charnus de l'intestin et de la vessie, etc., etc., indiquent que tout, dans l'organisme, est frappé d'atonie par le fait d'un stupéfiant énergique.

Bien certainement, la chimie nous dira quelque jour à quoi est due la perte des propriétés normales du sang, si d'une manière générale elle résulte d'une altération des principes normaux, ou de l'apparition de principes nouveaux délétères ; si dans le charbon, en particulier, le sang n'a que des propriétés négatives, ou s'il est réellement intoxiqué. En attendant, et dès à présent, il faut admettre une mort par le sang, résultant de l'inaptitude de ce liquide à entretenir la vie des cellules et des autres éléments anatomiques.

Elle est vraisemblablement commune à un grand nombre de maladies : la charbonneuse, la putride, la typhique, la pestilentielle, etc.

DISCUSSION

M. PASTEUR, en écoutant le mémoire fort intéressant de M. Colin sur le mécanisme de la mort et ses causes dans le charbon, a été étonné de n'y pas voir mentionner une cause à laquelle M. Colin attribuait une grande importance dans une précédente communication : le virus charbonneux. Cette fois il n'a pas été question le moins du monde de virus dans la lecture de M. Colin. Faut-il en conclure que maintenant ce physiologiste a renoncé d'une manière définitive à son ancienne théorie ?

M. COLIN rappelle qu'il s'était engagé à ne plus entrer en discussion avec M. Pasteur ; mais, si l'Académie le désire, il répondra cette fois.

Plusieurs voix : Oui ! oui !

M. COLIN reprend et résume en quelques grands traits les expériences et les déductions qu'il vient d'exposer en détail. Ce qu'il a voulu, c'est renverser les trois théories, toutes les trois basées sur le rôle prépondérant ou exclusif qu'on veut attribuer aux bactéridies ; or la théorie mécanique, comme la théorie physique ne supporte pas l'examen. Quant à la théorie chimique, celle qui attribue la mort à l'absorption de l'oxygène du sang par les bactéridies, et à l'asphyxie des globules en résultant, cette théorie, présentée par M. Pasteur, aurait besoin de preuves. Il était bien facile de faire l'analyse du sang à ce point de vue, de voir si, en effet, dans le charbon, il contenait aussi peu d'oxygène que dans l'asphyxie véritable. Pourquoi M. Pasteur ne l'a-t-il pas encore fait ? Si

M. Colin était chimiste, il y a longtemps que l'expérience aurait prononcé sur ce point.

M. PASTEUR dit qu'il n'a pas encore eu le temps de faire cette vérification, qu'il a du reste l'intention de ne plus remettre longtemps. D'ailleurs, en présentant cette hypothèse, il avait eu bien soin de dire que ce n'était qu'une hypothèse. Mais là n'est pas la question actuelle. Ce qu'il constate avec plaisir, c'est l'abandon, par M. Colin, de la théorie de ce virus auquel il faisait jouer jadis un si grand rôle, concurremment avec les bactéridies, dont il admettait parfaitement alors le rôle considérable.

M. BOUILLAUD prend la parole pour rappeler à M. Colin qu'avant les travaux de M. Pasteur, tout le monde, et lui le premier, admettait l'existence d'un principe inconnu, d'un *quid ignotum*, virus ou miasmes, dans les maladies épidémiques, zymotiques ou contagieuses. Puis M. Pasteur a démontré qu'il existait, dans un certain nombre de ces maladies, des organismes particuliers, propres à telle ou telle, jouant le rôle du virus dans la gale; et, depuis ce moment, la question est entrée dans une nouvelle phase : en effet, maintenant il ne suffit plus de supposer une inconnue, il faut surtout déterminer, avec la netteté la plus grande, le rôle de l'élément connu, savoir si c'est lui ou si ce n'est pas lui qui cause la contagion, les accidents, la mort.

Sans préjuger en rien la question, M. Bouillaud tient à reconnaître que l'honneur de l'avoir soulevée appartient à M. Pasteur.

M. COLIN n'a pas compris ce que voulait dire M. Bouillaud attribuant à M. Pasteur la découverte des bactéridies dans le sang charbonneux. Mais cette découverte appartient à M. Davaine.

M. PASTEUR ne s'est pas attribué et M. Bouillaud (actuellement sorti) n'a pas voulu sans doute lui attribuer la découverte de la bactéridie dans le sang charbonneux. Cette découverte, M. Davaine l'avait annoncée par une note de deux lignes en 1850. Puis il n'en avait plus parlé lorsqu'en 1863, revenant sur ce sujet par une nouvelle note, il raconta lui-même que c'était à l'occasion de la découverte par M. Pasteur d'un vibrion comme cause de la fermentation butyrique qui lui avait fait songer de nouveau à cette bactérie découverte dans le sang d'animaux charbonneux et y jouant peut-être le même rôle. Aussi M. Pasteur a le droit de revendiquer en partie l'honneur, sinon de la découverte elle-même, du moins de sa théorisation. Du reste il est très-remarquable de voir combien la spontanéité perd de plus en plus de terrain dans les doctrines médicales. M. Pasteur tient à rester dans les limites des faits démontrés, mais tous les jours ces faits se multiplient.

A cinq heures et quart, la suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Une nouvelle forme de vol par abus de confiance se produit actuellement avec une rare habileté à Paris dans les circonstances suivantes : Un homme bien vêtu, à l'air distingué, taille moyenne, cheveux noirs, yeux bruns, parlant à la fois l'anglais, l'allemand et même le français, se présente chez nos confrères et annonce qu'il est arrivé la nuit dernière de Berlin, qu'il a perdu son portefeuille, qu'il a fait à la préfecture de police des démarches inutiles et qu'il lui faut attendre deux jours pour recevoir de l'argent de Berlin. Il cite le nom de confrères allemands de sa connaissance qui habitent Paris et auxquels il ne peut s'adresser pour avoir quelques fonds, sous le prétexte qu'il a eu autrefois des dissidences avec eux. Au besoin, il ajoute qu'il ne peut s'adresser à l'ambassade allemande pour des raisons politiques. La carte de visite qu'il remet porte le nom de docteur H. B..., professor.

— Par décret en date du 6 décembre 1878, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Jardon et Nicomède.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 145. — SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1878. 51e ANNÉE. SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1878. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De la cécité unilatérale par contusion rétroculaire, par M. CRAS. (Séance du 4 septembre.) — L'auteur fait une communication sur ce mode de production de cécité unilatérale ; il a observé trois cas où l'introduction violente d'un corps contondant peu mousse, peu volumineux, entre le globe et l'orbite, sans désordres extérieurs trop considérables, a entraîné la perte subite et irrémédiable de la vision, sans lésion du fond de l'œil, en même temps que survinrent l'exophthalmie, la dilatation de la pupille, l'augmentation de tension oculaire ; ces derniers signes disparurent rapidement, et au bout de quelques semaines apparut l'atrophie de la papille.

Étude sur l'oblitération des varices, par M. DAVAT, d'Aix-les-Bains. (Séance du 11 septembre.) — L'auteur rappelle l'attention des chirurgiens sur un procédé d'oblitération des varices qu'il a proposé dès l'année 1833, dans sa thèse inaugurale et dans un mémoire publié en 1836. Il rappelle le mémoire de Rigaud (de Nancy) lu à la Société de chirurgie le 26 mai 1875 (1). La méthode de M. Rigaud, ou méthode de dénudation et d'isolement, exige de grandes précautions pratiques pour découvrir et détacher la veine des tissus sous-jacents, sans blesser les anastomoses et les collatérales.

Or, on peut arriver au but poursuivi, savoir l'occlusion permanente, par un procédé beaucoup moins dangereux, sans être obligé de pousser l'épaississement des parois jusqu'au sphacèle de la portion de la veine dénudée.

La section sous-cutanée, comme la section accidentelle, aidée d'une compression suffisante sur les bouts séparés, pendant trois à quatre jours, suffit pour oblitérer la veine par adhésion, ferme le canal, efface les varices. D'expériences faites sur des animaux, l'auteur conclut : 1° la compression sur les veines amène l'épaississement des parois et la formation de caillots, elle les oblitère temporairement, l'oblitération et l'épaississement n'étant pas durables ; 2° la compression sur les artères dont la composition anatomique est en tout opposée à celle des veines, les oblitère rapidement, solidement, et en moins de quatre jours l'adhésion est assez solide pour résister à l'impulsion ; 3° un point de suture temporaire sur un cordon veineux détermine l'adhésion des parois internes, oblitère le conduit d'une façon durable. La veine se transforme en un cordon fibreux, permanent et imperméable. L'auteur se sert d'épingles spéciales, fabriquées par Charrière, en acier, à tige droite, tête en haut, recourbées en bas avec pointe lancéolée tranchante, longueur 0,024, épaisseur 0,001.

Il importe que les deux temps de la manœuvre opératoire soient distincts et que la première épingle transversale porte sérieusement en arrière du canal veineux sans le blesser et vienne ressortir le plus près possible le long du bord opposé. Ce premier temps accompli, il suffit de saisir les deux extrémités de l'épingle, de les soulever afin de rendre le cordon veineux saillant, puis d'implanter sur la partie centrale une seconde épingle qui traverse ainsi la peau, la paroi antérieure de la veine, la paroi postérieure, arrive à l'épingle transversale, passe en arrière d'elle à l'aide d'un léger mouvement de bascule, vient perforer de nouveau la paroi antérieure et la peau. C'est le second temps. Les épingles sont alors croisées et le point de suture est fait sur la veine, dont on rapproche les parois en assujettissant les épingles à l'aide d'un fil en huit, légèrement comprimé.

Ainsi s'exécute cette opération sans section à la peau, sans douleur proprement dite, sans trace d'écoulement sanguin, sans présence de l'air, sans obligation d'un pansement quotidien et avec une durée moyenne de dix à quatorze jours de repos. Cette méthode compte un revers relatif aux membres pelviens, sur six succès de dilatation des veines scrotales et soixante-sept des membres inférieurs.

Note sur les ganglions lymphatiques placés entre la vessie et le rectum de l'homme, dans un cas de tuberculisation de la prostate, des deux vésicules séminales, de l'uretère droit et des deux reins, chez un enfant de neuf ans et demi (séance du 11 septembre). — M. LANNELONGUE. La pathologie peut donner la preuve de l'existence de ganglions non reconnaissables par l'examen d'un sujet sain. Ainsi, à l'autopsie d'un garçon de neuf ans et demi, qui avait succombé à une tuberculisation siégeant dans la prostate, les deux vésicules séminales, l'uretère droit et les deux reins, j'ai rencontré une série de ganglions lymphatiques dans l'espace sous-péritonéal placé entre la vessie et le rectum, dans ce tissu qu'on peut disséquer en membrane et que M. Denonvilliers désignait sous le nom d'aponévrose prostato-péritonéale. Ces ganglions sont au nombre de six, variant du volume d'un gros pois à celui d'une lentille. Sans nul doute, la tuberculisation des organes susnommés a été la cause unique de leur engorgement, et il importe de remarquer que l'examen du rectum, fait avec le plus grand soin, n'a fait découvrir aucune lésion dans la muqueuse ni dans ses parois.

Ne ressort-il pas dès lors cette conséquence que ces ganglions reçoivent leurs vaisseaux afférents en partie, sinon en totalité, de la région prostatique de l'urèthre, des vésicules séminales et même de la portion terminale de l'uretère ?

D'autre part cette région, désignée par M. Richet sous le nom d'espace pelvi-rectal supérieur, est quelquefois le siège de phlegmons et d'abcès dont on ne connaît aucunement l'origine. Ces inflammations n'auraient-elles pas pour point de départ une adénite primitive suivie de la suppuration de la couche cellulaire où sont

(1) Voir *Gaz. des hôpitaux*, 1875, page 501.

plongés les ganglions? Il importera désormais de rechercher avec soin, dans l'avenir, la cause de ces adénites dans une lésion d'un de ces organes d'où partent les vaisseaux lymphatiques qui se rendent à ces ganglions, c'est-à-dire dans la région prostatique de l'urèthre, dans les vésicules séminales, dans l'extrémité inférieure du rectum.

M. DESPRÈS a observé un cas d'abcès profond de la fosse ischio-rectale dont le point de départ devait avoir été dans les ganglions prérectaux. Dolbeau avait soutenu que beaucoup d'abcès des membres avaient pour point de départ des adénites. M. Desprès croit l'avoir établi pour un abcès prérectal, M. Lucas-Championnière pour l'utérus, et M. Lannelongue pour des abcès situés près de la vessie. L'idée de Dolbeau, de faire jouer un rôle prépondérant aux lymphatiques, paraîtrait rationnelle.

Anévrysme artério-veineux du pli de l'aine. — M. BERGER présente un jeune garçon boucher qui, en désossant un gigot qu'il tenait appuyé sur sa cuisse droite, fit une fausse manœuvre et s'enfonça le couteau dans la région inguinale, au niveau de l'anneau crural, d'avant en arrière. Le lendemain, on entendait très-manifestement un thrill, souffle à double courant qui s'étendait jusque dans la veine cave inférieure. Après trois semaines, on est en présence d'une phlébartérie bien nette. M. Berger demande s'il peut y avoir encore des chances pour voir se développer un anévrysme faux consécutif, et enfin ce qu'il faudrait faire si l'anévrysme prenait du développement.

M. LANNELONGUE pense qu'en continuant encore la compression médiate, on pourrait obtenir une guérison, parce que le gonflement qui existe encore autour des vaisseaux prouve que le travail de guérison n'est pas encore terminé. Si la compression ne suffisait pas, il s'abstiendrait de toute intervention grave, car ce garçon peut vivre longtemps sans aucun inconvénient.

M. DESPRÈS ne propose pas la compression, parce qu'elle pourrait amener des lésions du côté de la peau, vu qu'il existe encore de l'inflammation. En cas d'accidents graves, d'œdème, il n'hésiterait pas à pratiquer la ligature des deux bouts.

M. LE DENTU est aussi d'avis qu'il faut simplement pratiquer une légère compression et laisser le malade au lit. S'il fallait intervenir, il ne conseillerait pas de suite la ligature des deux bouts, qu'il regarde comme une opération très-grave qui lui a déjà donné un insuccès.

Observation d'aïnhum; anévrysmes poplités; extirpation d'enchondrome de la parotide droite; ptérygion charnu double externe et interne, par M. JOSÉ PEREIRA GUIMARAES, de Rio-de-Janeiro. (Séance du 18 septembre.) — M. DELENS, rapporteur, a déjà rendu compte de plusieurs observations adressées par l'auteur (voir la séance du 6 juillet 1877 (1). M. Guimaraes adresse une nouvelle observation d'aïnhum et fait remarquer, sur la pièce pathologique, que cette maladie n'est pas une momification des parties constituantes de l'orteil, mais qu'elle consiste dans une transformation régressive du doigt, qui souvent semble hypertrophié. Les troubles trophiques seraient sous la dépendance de la circulation artérielle et résulteraient de la contracture des fibres musculaires sous l'influence des vaso-moteurs.

Outre les observations : *a*, d'anévrysme poplité guéri par la compression mécanique intermittente de la fémorale, au pli de l'aine (quatorze heures dans l'espace de trois jours); *b*, d'anévrysme poplité considérable traité par la ligature de la fémorale et suivi d'hémorrhagie mortelle le vingt-deuxième juur après l'opération; *c*, d'extirpation d'enchondrome de la parotide droite, avec ce fait intéressant que l'artère carotide interne et le tronc du facial n'étaient pas contenus dans la tumeur, M. Guimaraes adresse la relation d'un cas de ptérygion double, externe et interne, qui offrait cette particularité remarquable que *la base était tournée du côté de la cornée transparente*, et le sommet vers l'angle des paupières. Ce fait serait unique, d'après les recherches de l'auteur. Il a pu, du reste, par des cautérisations avec le sulfate de cuivre, obtenir la guérison de cette singulière affection.

L'affection avait aussi commencé près de la cornée pour s'étendre plus tard vers l'angle des yeux.

Cette observation tend à démontrer que l'opinion de M. Rognetta est trop exclusive, en ne considérant le ptérygion que comme une transformation musculaire, une hypertrophie des expansions fibreuses des muscles de l'œil, parce que, dans ce cas, l'évolution de la maladie semble indiquer plutôt qu'elle doit consister dans un épaississement de la conjonctive et non dans une transformation musculaire.

Forme particulière d'ostéo-périostite subaiguë. (Séance du 18 septembre.) — M. DUPLAY a observé deux exemples d'ostéo-périostite cicatrisée par un gonflement considérable, survenant assez rapidement, ne s'accompagnant ni de douleurs vives, ni de phénomènes de réaction intense, soit locale, soit générale, et se terminant après un temps relativement assez court par résolution complète, c'est-à-dire *avec retour aux dimensions à peu près normales de l'os ou des os atteints.*

Dans les deux cas observés, il s'agissait de jeunes sujets, et il est à remarquer que la même affection s'est reproduite à un court intervalle, sur des points différents du squelette. Chez ces deux garçons de quinze ans, on vit se développer rapidement une tuméfaction exclusivement osseuse, sans participation des parties molles, et qui disparut dans un espace de temps qui a varié de six semaines à quatre mois, ne laissant pour ainsi dire aucune trace de son existence.

Cette résolution à peu près complète d'une tuméfaction osseuse constitue une sorte d'anomalie dans l'histoire de la marche habituelle de l'ostéo-périostite *non syphilitique* qui, lorsqu'elle ne suppure pas, laisse des traces accusées de son existence. Sans pouvoir fournir aucun renseignement sur l'anatomie ou la physiologie pathologique de cette forme d'ostéo-périostite, M. Duplay croit pouvoir la faire rentrer dans la classe des ostéites épiphysaires, d'après le point de départ et siége du gonflement osseux et d'après l'âge des malades, qui répond précisément à cette époque de la vie où les extrémités épiphysaires sont particulièrement exposées aux phlegmasies.

Quant au processus pathologique, l'explication échappe : chez un malade, on crut d'abord à un sarcome central ayant repoussé la coque osseuse, mais la marche renversa bientôt ce diagnostic. Y a-t-il une exsudation sous-périostique? M. Duplay serait assez disposé à l'admettre, puisque, dans un cas, il a vu persister une petite crête, ne pouvant s'expliquer que par l'organisation de l'exsudat.

M. LANNELONGUE n'a jamais rencontré de cas analogues : il a toujours vu, chez ses malades, le gonflement persister, et parfois même la tumeur osseuse devenir gênante. Chez tous ses malades, le gonflement était survenu à la suite de fatigue ou de trop grande contraction musculaire. On se trompe souvent sur le volume des extrémités osseuses : on croit souvent à une augmentation de volume lorsqu'il n'y en a pas.

M. HOUEL observe souvent, au lycée Saint-Louis, des faits de gonflement de l'épine du tibia, de la partie supérieure du tibia : tout disparait avec du repos et quelques badigeonnages de teinture d'iode.

M. MARJOLIN ne se rappelle pas non plus avoir observé des faits analogues : chez les enfants atteints de gonflement du corps de l'os, il y avait toujours eu une poussée inflammatoire bien nette et bien tranchée. Ici, au contraire, l'hypertrophie est lente et le membre revient à l'état normal. On pourrait en tirer la conclusion pratique qu'il ne faut pas se hâter d'opérer, puisque, dans une des observations, on avait cru pouvoir penser à un ostéo-sarcome.

M. DUPLAY fait remarquer que les faits signalés par M. Houël diffèrent des cas actuels, puisque les lésions occupent ici l'os entier et non simplement une extrémité osseuse. Il s'agit donc bien d'une forme d'ostéo-périostite qui n'a pas encore été observée.

Tumeur fibreuse intra-pariétale de la paroi abdominale;

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1877, page 622.

ablation; guérison. (Séance du 25 septembre.) — M. NICAISE complète l'observation dont il a parlé dans la séance du 7 novembre 1877 (1). Il s'agissait d'une tumeur située dans le flanc gauche, globuleuse, dure, fibreuse, fluctuante à sa partie inférieure. Elle était immobilisée dans la paroi abdominale. Cette tumeur fut enlevée avec le bistouri à cette époque. Depuis, la guérison a persisté. L'examen histologique et microscopique de la tumeur a démontré qu'il s'agissait d'un fibrome, pour la plus grande partie de la tumeur, et en quelques points d'un sarcome fasciculé.

Cette tumeur fibreuse s'est développée vers l'époque de la ménopause chez une femme ayant eu des enfants, et dans le côté gauche de la paroi abdominale, comme cela a été signalé dans la plupart des observations. La base de la tumeur s'insérait à la fois sur le périoste de la crête iliaque et sur les aponévroses profondes de la paroi abdominale, en particulier sur celles des muscles petit oblique et transverse. Il y a lieu de remarquer qu'elle avait débuté près de la crête iliaque, et que ce n'est que plus tard qu'elle est montée dans le flanc : on est donc en droit de supposer qu'elle a pris naissance sur le périoste de la crête iliaque, au niveau des insertions aponévrotiques des muscles de l'abdomen, et qu'ensuite elle a continué à se développer en suivant ces aponévroses.

L'élévation de la température au niveau de la tumeur est d'autant plus manifeste que l'accroissement de la tumeur est plus rapide : il faut la distinguer de l'augmentation de température que l'on observe en cas d'inflammation de la tumeur.

La récidive est possible, comme le démontre un fait rapporté par Cornil de Kiel. De même un fait dû à M. Gosselin. Il paraît donc nécessaire de faire toujours une extirpation totale de la tumeur.

M. Depaul, après Cruveilhier et Virchow, a démontré que ces sortes de tumeur peuvent ne s'implanter que sur les aponévroses d'insertion, et non sur le périoste et sur les aponévroses à la fois.

C'est aussi le cas observé par M. Letailleur (d'Alençon), qui a enlevé avec succès une énorme tumeur fibreuse développée sur la ligne blanche, chez une jeune femme de vingt-deux ans.

M. HOUEL demande si c'était la portion fibreuse ou la portion sarcomateuse qui était en rapport avec l'os iliaque, et si, dans ces tumeurs, on voit se former, comme dans les fibromes utérins, des dépôts crétacés; peuvent-elles s'énucléer spontanément?

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE demande si la guérison sans éventration, obtenue par M. Nicaise, peut être attribuée à un mode de suture particulier?

M. NICAISE répond que le fibrome était dégénéré, en certains points, et que la portion voisine de l'os et de l'aponévrose était entièrement fibreuse. Dans les parties superficielles, il y avait des dépôts crétacés, granulo-graisseux. Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs peuvent finir par s'ulcérer : c'est le cas de cette malade, aussi bien que de la malade de M. Letailleur.

La suture a été faite avec des fils d'argent et maintenue avec de petits cylindres de coton placés de chaque côté. Il s'est produit, à un certain moment, une traction des lèvres de la plaie qui a été combattue avec une suture sèche composée de bandes collodionnées. On a pu ainsi prévenir l'écartement et obtenir une cicatrice linéaire, en prenant cependant la précaution de faire porter une ceinture à la malade, qui est aujourd'hui complètement guérie.

Présentation d'une pince tire-langue. (Séance du 25 septembre.) — M. NICAISE a fait construire cette pince par M. Collin, avec mors plats, légèrement élastiques et recouverts d'une peau molle à surface rugueuse, pour saisir et attirer la langue au dehors pendant les opérations ou l'administration du chloroforme.

M. VERNEUIL objecte que l'introduction de cette pince nécessite l'écartement des dents avec un autre instrument, ce qui n'est pas facile. Il emploie actuellement une pince de Museux un peu courbe : une fois la langue saisie, il laisse pendre la pince au dehors. Les petites plaies produites par les mors de la pince n'ont aucun inconvénient.

M. BERGER est fort satisfait de la pince de M. Nicaise, dont il se sert depuis un an. Il se sert d'une pince ordinaire pour attirer la langue, puis la saisit avec la pince tire-langue, que son épaisseur empêche de rentrer dans la bouche.

M. NICAISE. — La pince peut être laissée sans inconvénient tout le temps nécessaire, et, grâce à sa construction, elle n'occasionne aucune lésion.

Présentation d'un céphalotribe. M. TARNIER a fait une nouvelle modification à son céphalotribe. Pour rapprocher les deux branches, au lieu de la vis de M. Blot, qui est difficile à accrocher, il place sur l'une des branches du céphalotribe un bouton et sur l'autre une fourche. La branche qui doit réunir les deux branches présente une ouverture analogue à celle d'un petit instrument appelé patience; le bouton entre dans la partie évasée, puis glisse dans la portion étroite; l'extrémité de la tige s'applique presque seule dans la fourche, et l'on peut alors pratiquer des tractions très-énergiques sur cette tige transversale.

Plaie pénétrante de l'abdomen et des deux plèvres; perforation de la rate, et section de la moelle épinière; mort. (Séance du 2 octobre 1878.) Par M. CHAUVEL. — Cette observation est intéressante par la multiplicité des lésions produites par un même coup de couteau. Un Arabe, adulte et vigoureux, fut assailli, en marchant pendant la nuit, par un autre Arabe, lequel le frappa avec un de ces longs couteaux à lame solide, assez étroite et toujours bien affilée, que les indigènes portent constamment à la ceinture. La blessure avait ouvert l'abdomen et les deux plèvres ; l'épiploon était sorti par la plaie. La blessure de la rate fut soupçonnée en raison de l'hémorrhagie et de la position de la blessure. Un pansement occlusif avait été appliqué. La paralysie des membres inférieurs fut remarquée le deuxième jour, et, le troisième jour, le malade succomba. L'autopsie démontra l'existence d'un hémothorax double et la perforation de la rate. Enfin, poursuivant le trajet du couteau, on trouva une section de la moelle épinière, à un centimètre au-dessus de l'origine de la queue de cheval. La lame a pénétré dans le rachis, au niveau du trou de conjugaison, a divisé le disque cartilagineux qui sépare la 12e de la 11e vertèbre dorsale.

Fracture du fémur. Scorbut local. Immobilisation prolongée; guérison, par M. POINSOT (de Bordeaux). — Il s'agit d'un enfant, âgé de dix ans, qui fit une chute en simulant une boiterie, et se fractura le fémur droit, au-dessus du grand trochanter. Un appareil de Scultet fut d'abord appliqué, puis remplacé par un appareil modelé en toile métallique.

Fort ennuyé d'être contraint au repos, l'enfant s'abandonna à une tristesse profonde et à des pleurs continuels ; son état général s'en ressentit bientôt : la consolidation qui était commencée se modifia ; des phlyctènes apparurent au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, et laissèrent une plaie étendue qui découvrit les os ; la mobilité des fragments reparut. Plus tard, l'état général s'améliora, et la consolidation fut complète six mois après, grâce au traitement approprié, par l'immobilisation prolongée, un régime tonique, le phosphate de chaux, etc.

On attribue généralement le *scorbut local* à l'abus des humectants, à la pression exagérée ou prolongée, etc.; ici, aucune de ces causes n'a pu exercer son action. L'influence exercée sur la formation du cal par les émotions morales est beaucoup plus probable dans ce cas particulier, d'autant plus que les accidents s'amendèrent dès que le petit malade fut revenu de sa tristesse.

Sarcome généralisé après une première opération datant de deux ans et demi, par M. POINSOT. — Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans, amputé de la cuisse droite, en 1876, pour un sarcome alvéolaire, ayant débuté dans le péroné. Après l'opération, la santé générale un peu altérée se rétablit, et le malade put reprendre une vie active. Mais, l'été dernier, survint de l'oppression avec des crachements de sang, puis apparut une nouvelle tumeur sarcomateuse, siégeant à la partie postérieure du mollet gauche, et dont l'extirpation fut décidée promptement. La réunion se fit par première intention, mais les accidents généraux reparurent avec une nouvelle intensité : l'oppression devint conti-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1877, page 1053.

nue, les crachements de sang augmentèrent, une petite tumeur se montra à la bosse frontale gauche; c'était une généralisation incontestable, et le malade y succomba rapidement.

Cette observation démontre donc que M. Verneuil avait raison de dire (Association pour l'avancement des sciences) que, « dans certains cas, l'opération semble exercer, sur les foyers secondaires, une action excitatrice qui leur imprime une activité proliférative extrême. »

M. VERNEUIL a, en effet, recueilli douze observations de sujets atteints de néoplasmes qu'il a cru pouvoir opérer, et chez lesquels existaient, dans les viscères, des masses de même nature qui ont entraîné la mort dans plusieurs cas. C'est une particularité très-importante qu'il est d'autant plus utile de proclamer que les livres classiques n'en parlent même pas.

Calculs de la vessie chez la femme, par M. Pamard, d'Avignon. — L'auteur signale quatre observations de calculs de la vessie chez la femme, ayant pour point de départ l'introduction d'épingles à cheveux ; pour extraire ces calculs, il a eu recours à la taille latéralisée : il n'y a pas eu d'incontinence d'urine. Dans un des cas, la cloison vésico-vaginale était perforée.

De la trachéotomie par le thermo-cautère. (Séance du 2 octobre.) — M. BERGER fait une communication sur ce sujet, et présente une pièce anatomique qui semble démontrer encore l'innocuité de l'action locale du thermo-cautère dans cette opération, et le peu d'étendue de l'eschare. Il a pratiqué cette trachéotomie chez une femme, du service de M. Dieulafoy, albuminurique avancée, menacée d'une suffocation prompte, résultant d'un œdème de la glotte; l'isthme de la glande thyroïde formait un véritable goître médian qui recouvrait les anneaux supérieurs de la trachée. La malade ne parut pas soulagée par l'opération, et succomba quatre heures après, aux progrès de l'asphyxie produite par un œdème pulmonaire et un œdème glottique et sous-glottique des plus considérables.

Sur la pièce présentée, on peut voir que l'eschare est absolument linéaire et que l'action du thermo-cautère n'a pas déterminé de perte de substance étendue ni de cicatrice difforme. On peut, en effet, admettre que l'action du calorique n'exerce jamais de destruction, à l'exception des points qu'elle a primitivement atteints et de ceux qui sont frappés dans leur vitalité par la mortification des parties voisines.

Considérant, d'autre part, la facilité avec laquelle s'est faite cette opération qui paraissait devoir être compliquée en raison des conditions les plus défavorables, cou gros et court, œdème des parties molles, corps thyroïde très-développé, M. Berger est de plus en plus convaincu du grand avantage que l'on peut retirer de l'emploi du thermo-cautère chez l'adulte, pourvu que l'on borne son usage, comme il l'a fait ici, à la section des parties molles jusqu'à la trachée exclusivement; on se sert du bistouri pour l'incision de la trachée.

MM. TERRIER et TILLAUX ont vu une hémorrhagie en pratiquant la trachéotomie avec le thermo-cautère et ont dû prendre le bistouri pour terminer rapidement l'opération.

M. POLAILLON en a aussi fait une expérience personnelle; il pense qu'on peut éviter l'hémorrhagie en prenant la précaution de soulever souvent l'instrument et d'aller plus vite.

M. SÉE n'a eu de bons résultats hémostatiques, toutes les fois qu'il s'est servi du thermo-cautère, que lorsqu'il a eu à sectionner des petits vaisseaux. Aussi ne ferait-il la trachéotomie avec le thermo-cautère que chez les enfants; chez l'adulte, dès qu'il rencontrerait de grosses veines, il ferait des ligatures et continuerait avec le bistouri.

M. VERNEUIL pense que, plus ses collègues feront de trachéotomies au thermo-cautère, plus ils deviendront partisans de ce procédé, à l'exemple de M. Krishaber, autrefois adversaire de cette trachéotomie et aujourd'hui défenseur du thermo-cautère. M. Verneuil a fait environ dix trachéotomies avec le thermo-cautère, et désormais il ne songe plus à se servir du bistouri. Il ne faut pas être exclusif; il faut savoir que dans les trois quarts des trachéotomies on fera des opérations exsangues; dans le dernier quart il faudra, par un artifice, arrêter l'hémorrhagie. Si M. Berger avait employé le bistouri, il n'aurait pas pu davantage éviter la perte de sang.

M. DESPRÈS. Dans une trachéotomie, l'important est, chez l'adulte, de pouvoir éviter l'hémorrhagie veineuse; or, si le thermo-cautère ne peut pas donner ce résultat, à quoi sert-il? Pourquoi ne point revenir à la méthode classique, à l'usage du bistouri, avec lequel je n'ai jamais eu d'accidents?

M. DE SAINT-GERMAIN (séance du 9 octobre) a assisté à cinq trachéotomies pratiquées à l'aide du thermo-cautère, par M. Krishaber; le succès obtenu, malgré les difficultés, l'a complètement converti à accepter ce procédé chez l'adulte.

M. ANGER a fait faire une trachéotomie avec le thermo-cautère; il n'y a pas eu d'hémorrhagies, sauf à l'ouverture de la trachée avec le bistouri. Il pense que si l'on emploie le thermo-cautère à une bonne température (rouge sombre), on évitera l'hémorrhagie.

De l'opportunité des opérations chez les vieillards (séance du 2 octobre). — M. DESPRÈS combat ce principe que les opérations chez les vieillards ne devaient pas être tentées et n'admet pas qu'un homme de quatre-vingts ans, parvenu à cet âge sans maladie, ne soit pas dans de meilleures conditions qu'un homme jeune atteint ou menacé d'albuminurie ou de diabète. Il apporte, à l'appui, l'observation d'une femme de quatre-vingts ans à laquelle il a enlevé avec succès un fibrome (pesant 4,500 grammes) de la paroi abdominale; un mois après la malade était présentée à la Société de chirurgie (10 juillet 1876).

M. Desprès a fait faire le relevé des individus âgés de plus de soixante-quinze ans ayant été opérés dans son service. Il en a trouvé trois: cette femme de quatre-vingts ans et sept mois; un homme de quatre-vingts ans, opéré d'un cancer de la langue avec l'écraseur linéaire et qui guérit en douze jours; une femme de soixante-dix-huit ans pour un séquestre du frontal et de l'occipital à la suite de brûlure par un liquide bouillant.

De même d'autres opérations chez des sujets de soixante-treize, soixante-quinze ans, etc., viennent prouver qu'il ne faut pas porter, pour toutes les opérations pratiquées sur les vieillards, un pronostic fâcheux, car le résultat dépend de l'état des opérés, et les vieillards sobres et d'un tempérament sec guériront bien.

M. TERRIER fait observer que ce type de vieillards que M. Desprès considère comme capables de supporter une opération est rare. De plus, il est impossible de savoir si des organes, parfaitement conservés, ne sont pas arrivés à la limite de la santé que le moindre ébranlement détruira. Aussi ne peut-on pas savoir si un vieillard sera capable de réparer les pertes de substance produites par l'ablation d'une tumeur. Les vieillards réparent difficilement, aussi ne doit-on les opérer que pour des cas urgents.

Bandages en sac de plâtre; nouvelle modification du bandage plâtré, par M. Zsigmondi (de Vienne). (Séance du 9 octobre.) — M. TILLAUX, rapporteur. Le médecin en chef de l'hôpital impérial de Vienne prend un morceau de toile, un morceau de mousseline et un morceau de *flanelle rétrécie* et les fait coudre de manière à en former un sac des dimensions et de la forme du bandage projeté, puis il remplit les deux poches de ce sac avec du plâtre pulvérisé, pour en faire une couche de 5 à 7 et 10 millimètres d'épaisseur. Après le remplissage, on fait coudre le côté ouvert du sac en y laissant un petit trou pour la sortie de l'air.

On répartit bien également la poudre du plâtre et on trempe le sac dans de l'eau chaude. L'eau chasse l'air et fait gonfler le sac. Ensuite on retire le sac de l'eau, on répartit bien également le plâtre gâché et on adapte le sac au membre malade sur lequel on l'assujettit rapidement au moyen de quelques tours de bande. On peut faire aussi des appareils articulés.

L'auteur a employé ce bandage plus de 400 fois et il en a obtenu de très-bons effets. Le plâtre rend dans le traitement des fractures des membres des services considérables. M. Zsigmondi a fait un véritable progrès en imaginant ses appareils, qui ont l'avantage de pouvoir être préparés d'avance.

M. TERRIER, pendant la campagne de 1871, a pu se rendre compte combien il est difficile d'employer le plâtre à cause de la rapidité avec laquelle il s'altère.

M. DESPRÈS n'admet pas l'emploi des bandages plâtrés circulaires

en temps de guerre pour les fractures des membres, pas plus que les gouttières de Maisonneuve et d'Hergott.

Les attelles que l'on construit avec de la tarlatane sont beaucoup plus solides que les appareils de M. Zsigmondi qu'il ne faut pas trop se hâter de déclarer supérieurs aux autres.

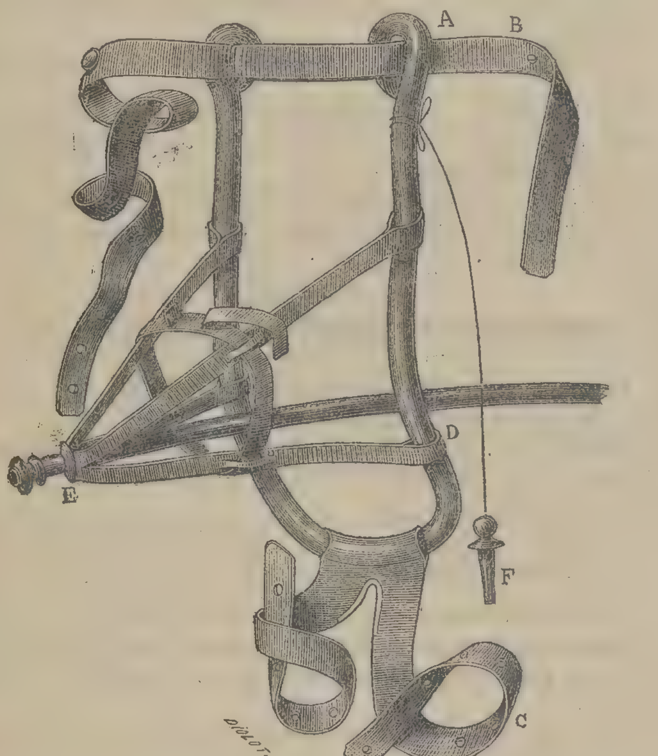
INSTRUMENTS ET APPAREILS.

GAMBETTO, APPAREIL POUR MAINTENIR LE CATHÉTER EN PERMANENCE DANS LA VESSIE.

Par le docteur GAETANO TESERONE.

J'appelle *gambetto* ce nouvel appareil, par analogie avec l'instrument dont les peintres se servent pour fixer leurs toiles.

Il consiste en un fil de fer ou de cuivre, long de 40 à 45 centimètres environ, suivant la stature du malade; son épaisseur ne sera que de 2 millimètres parce que, s'il était plus mince, il ne serait pas solide, et que, s'il était plus fort, on ne le ploierait que très-difficilement. On le courbe verticalement sur lui-même pour lui donner la forme d'un U ou à peu près; ensuite on le revêt d'un tube de caoutchouc vulcanisé d'une moyenne grosseur, à défaut de caoutchouc on peut le revêtir d'une autre substance; mais la première est toujours préférable à cause de son imperméabilité qui préser-

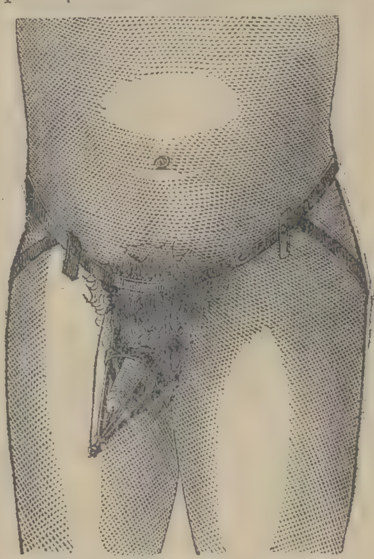


vera le fil métallique du contact de l'urine. On courbe les extrémités de ce fil avec une petite tenaille, au point de former deux trous ou œillets du diamètre d'un centimètre et demi, destinés à recevoir le ruban circulaire qui le fixera sur le bassin; puis on le ploie de nouveau de devant en arrière pour le rendre concave et convexe, de telle façon que sa concavité repose sur la convexité du bassin. Et ainsi est formé le gambetto (fig. A). Une fois le squelette du gambetto achevé, on doit l'armer de trois rubans, circulaire, vertical et oblique. Le premier ruban, circulaire ou pelvien (B du dessin), est large de 2 centimètres et même davantage; on peut même le bourrer de coton pour le rendre plus souple aux personnes qui ont l'épiderme délicat et susceptible de s'écorcher. On le passe par deux fois dans l'œillet gauche, et ensuite on le passe à droite deux fois encore en ayant soin de laisser libre une de ses extrémités sur une longueur de 25 centimètres, et l'autre sur une largeur d'un mètre environ; elles serviront pour la ligature circulaire entourant le bassin.

Le deuxième ruban (fig. C) ou vertical *sous-pelvien, dessous de cuisse*, a une longueur d'environ 120 centimètres, et il est de la même largeur que le premier, mais un peu plus étroit si l'on veut. On le double, il enferme le corps au milieu du gambetto ou dans la partie inférieure de sa courbure, il passe deux fois autour du gambetto, ou bien on le coud afin que le nœud ne puisse gêner le malade. Les deux extrémités qui en résultent sont les deux *dessous de cuisse* qu'on doit fixer aux côtés du bassin, en passant de la partie postérieure à la partie antérieure de l'os iliaque, où on les fermera avec un nœud, à moins qu'on ne préfère les enrouler par deux fois sur le bandage circulaire.

Enfin le troisième ruban (D), l'oblique, le cathétéral, ainsi nommé parce qu'il soutient le cathéter, doit avoir aussi une longueur de 125 centimètres, mais être plus étroit de 5 millimètres, d'un fort tissu, et qui, étant sans apprêt, pourra mieux s'adapter au bout du cathéter sortant de la verge. Ce ruban aussi doit être doublé et placé au-dessus du précédent; toutefois, chacun doit s'enrouler obliquement sur la partie latérale du gambetto, sur une longueur de 3 centimètres environ; c'est alors qu'on le fixe en l'entortillant par deux fois dans le fil latéral du gambetto; mais, s'il est entièrement construit en caoutchouc, l'application sera d'autant plus simple à faire. Ainsi préparé, le gambetto est *armé;* il ne reste plus qu'à l'appliquer.

Application. — Après avoir introduit le cathéter dans la vessie, on le fait passer avec la verge dans l'ouverture du gambetto, on prend les bouts du bandage circulaire et on les attache à l'aine droite; ensuite on prend un bout du bandage vertical ou *dessous de cuisse*, on le passe par derrière le bassin, et on l'attache au-de-



vant du bord antérieur de l'ilion correspondant, en passant par deux fois sur la bande circulaire; on fait de même avec l'autre bout. Ainsi, le gambetto est bien assujetti; il ne reste qu'à fixer le cathéter à son tour. A cet effet, on prend les rubans obliques et on en attache les bouts à l'extrémité du cathéter par deux fois (let. E.), en ayant soin que le cathéter penche en avant, et ne soit pas dans une position horizontale ni verticale, afin de lui donner plus de stabilité; ensuite, on passe les rubans par dessus, on lie, puis on fait un autre nœud au-dessous et enfin un dernier au-dessus, très-serré, afin que le cathéter ne puisse ni sortir ni entrer davantage. Finalement, les rubans restés libres sont passés dans les œillets du gambetto, ou un peu dessous, on les enroule par deux fois autour de ce dernier et on en réunit en dernier lieu les bouts dans la ligne médiane au moyen d'un double nœud, comme on peut le voir clairement dans le dessin ci-jont. De la sorte, le cathéter reste fixé solidement par quatre points d'attache qui le rendent immobile, même en cas de mouvement local, ou de tout autre mouvement général, violent et irrégulier.

Celui de caoutchouc se place pareillement aux bandages herniaires.

Lorsqu'enfin l'on doit fermer l'orifice du cathéter, on prend un petit bouchon (F) bien arrondi, fait de buis ou d'os, et d'une forme conique; c'est avec la pointe qu'on ferme le cathéter. A la base, où ordinairement il y a une entaille circulaire, on attache un fil solide et ciré, long d'environ 23 centimètres, dont l'extrémité tient à l'anneau gauche du gambetto.

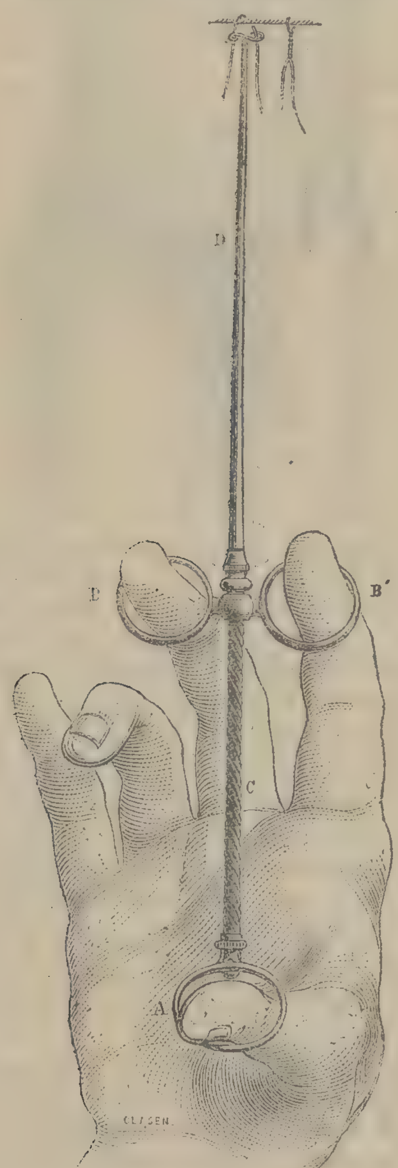
Exception. — Parfois, il arrive chez les personnes d'une conformation particulière, ou par suite d'un développement adipeux spécial, que le bandage circulaire descend facilement, et que tout l'appareil se trouve ainsi déplacé; cela pourrait arriver également avec le châssis, si les *dessous de cuisse* n'étaient pas bien tendus : en pareil cas, il est toujours utile, surtout s'il s'agit d'individus vifs et remuants, d'ajouter d'autres bandages, qu'on appelle les bretelles, parce qu'en les croisant par derrière sur le dos, et en avant sur la poitrine, avec ces derniers il ne m'est jamais arrivé de voir le cathéter sortir de l'urèthre, ni l'appareil se déplacer.

Il est inutile d'insister auprès du médecin pour lui faire comprendre l'utilité de cet appareil. On nous permettra seulement de dire que M. le professeur Guyon a bien voulu l'expérimenter sur un malade de son service, et que notre gambetto (châssis) lui a semblé remplir les conditions nécessaires pour fixer une sonde à demeure.

« L'idée de mon confrère, dit le savant professeur, me paraît nouvelle et destinée à perfectionner les appareils jusqu'à présent imparfaits qui servent aux malades atteints d'incontinence d'urine. Le *châssis* permettra sans doute de fixer les urinaux comme il permet de fixer la sonde à demeure dans de très-bonnes conditions. »

TORD-FILS CLASEN POUR LES SUTURES MÉTALLIQUES.

M. G. Clasen, fabricant d'instruments de chirurgie à Bruxelles, a soumis au jugement de l'Académie, dans la dernière séance, un



nouvel instrument de son invention, se trouvant chez MM. Mathieu fils, fabricants d'instruments de chirurgie, à Paris, destiné à faciliert la torsion des fils dans les sutures métalliques. Il se compose d'une tige D, dont la partie supérieure est transversalement surmontée soit de l'S de M. Marion Sims, soit d'un disque percé de deux trous; la partie inférieure en est formée par une colonne torse C à pas multiples, terminée elle-même par un anneau mobile A. Sur cette colonne torse chemine un écrou muni latéralement de deux autres anneaux B et B¹.

A l'aide de cet instrument, l'opérateur pratique la torsion de la manière la plus rapide et la plus régulière : après avoir passé le fil métallique à travers les lèvres de la plaie, il en place les deux chefs entre les crochets de l'S, ou, s'il emploie le disque, dans les deux trous de ce dernier, puis, les maintenant de la main gauche, il rapproche avec les doigts de la main droite les anneaux dont nous avons parlé, ce qui imprime à la tige surmontée de l'S ou du disque un vif mouvement de rotation, lequel entraîne et tord sur eux-mêmes les deux chefs du fil métallique.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1878.

415. Guillemin. — Des hydro-hématocèles de la tunique vaginale, et de leur traitement.

416. Devemy. — Contribution à l'étude des ruptures musculaires.

417. Bordenave. — De la laryngite tuberculeuse considérée au point de vue de certains faits d'étiologie, d'anatomie pathologique et de symptomatologie.

418. Nasse. — Du traitement des rétrécissements spasmodiques de l'œsophage ; la dilatation brusque à l'aide de la pince de M. le professeur Broca.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours des prix de l'internat (1re division) vient de se terminer par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Leteille. — Médaille d'argent : M. Barth. — 1re mention : M. Dreyfous. — 2e mention : M. de Boyer.

— *Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 17 novembre 1878 ont été nommés médecins-majors de 2e classe : MM. Taufin, Granjux, Gobillot, Cortial, Dantin, Oger, Moty et Roch.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Denucé, professeur de clinique chirurgicale, est nommé pour cinq ans doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. le professeur Gintrac, décédé.

M. Negrié, docteur en médecine, est chargé d'un cours clinique annexe de dermatologie.

M. Albert Giraud, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux, est chargé du cours clinique annexe des maladies mentales.

M. Badal, docteur en médecine, est chargé du cours clinique annexe d'ophthalmologie.

M. Venot, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean, est chargé du cours clinique annexe des maladies syphilitiques et vénériennes.

M. Ribemont, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, est chargé des fonctions d'agrégé (section de chirurgie et accouchements).

Sont chargés des fonctions de maître de conférences à la faculté de médecine de Bordeaux :

MM. Ribemont, chargé des fonctions d'agrégé à ladite faculté (conférences d'accouchements). — Figuier, chargé des fonctions d'agrégé à ladite faculté (conférence de physique). — Carles, chargé des fonctions d'agrégé à ladite faculté (conférences de toxicologie). — Périer, chargé des fonctions d'agrégé à ladite faculté (conférences de chimie et pharmacie).

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Jeaulin (Émile) est nommé définitivement préparateur de physique, en remplacement de M. Farnet, décédé.

— *École de médecine de Rennes.* — Le 1er juin 1879, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira près ladite école. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Le lundi 20 janvier 1879, à une heure précise, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacante dans les hôpitaux et hospices.

Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 16 décembre 1878, à onze heures et fermé le samedi 4 janvier 1879 à trois heures.

— L'administration de l'hôpital-hospice civil de Saint-Denis (Seine) prévient les élèves de l'École de médecine de Paris que la place d'interne dans cet établissement sera vacante le 1er janvier 1879. Elle invite ceux qui désirent concourir pour cette place à se faire inscrire à partir de ce jour, à l'économat, de huit heures du matin à cinq heures du soir, jusqu'au 15 décembre inclusivement.

Chaque candidat devra justifier du relevé de seize inscriptions ou du titre d'interne des hôpitaux de Paris avec douze inscriptions.

A une date qui sera ultérieurement indiquée, après convocation adressée à chaque candidat, en décembre, le concours aura lieu, et se composera de trois épreuves, qui consisteront : 1° en une composition écrite, à faire, en deux heures, sur un sujet d'anatomie ou de pathologie interne ou externe ; cette épreuve sera éliminatoire. 2° en deux épreuves orales, une sur un sujet de clinique chirurgicale, et l'autre sur un sujet de clinique médicale.

L'interne nommé au concours entrera en fonctions le 1er janvier 1879 ; la durée de ses fonctions sera de trois années ; cependant, une quatrième année, sur la proposition de ses chefs de service, pourra être accordée par l'administration.

L'interne est logé à l'établissement, nourri, chauffé, éclairé et reçoit une somme de 500 francs d'appointements.

— A partir du mois de janvier prochain, la Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra ses séances à l'administration générale de l'assistance publique (salle des délibérations des concours).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Les Dents (8e édition), par A. Préterre, chirurgien-dentiste, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, médaille d'or unique aux différentes expositions universelles. — Cet ouvrage, orné de 109 gravures, indique les moyens de conserver ses dents, de les guérir quand elles sont malades, de remplacer celles qu'on a perdues. L'auteur y parle également des pièces artificielles et des appareils inventés par lui pour remédier aux divisions palatines congénitales ou acquises et à la perte des maxillaires. Nos lecteurs connaissent depuis longtemps ces travaux que nous avons publiés. 1 vol. in-18, richement cartonné, prix : 3 fr. 50, chez l'auteur, 29, boulevard des Italiens.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Sirop et Pâte Lebeault
AUX FRUITS BÉCHIQUES

Les seuls pectoraux exempts de narcotiques.
COCA FIÉVET. Vin tonique, réparateur, fébrifuge et digestif.
Pharmacie LEBEAULT, FIÉVET successeur, 53, rue Réaumur, Paris, et pharmacies.

Maison de santé du Dr Carles

Ancienne maison du Dr Duval, 34, avenue du Roule, Neuilly-Paris, pour opérations, maladies aiguës et chroniques, orthopédie. — Les médecins peuvent y soigner leurs malades.

Fer Quevenne.
Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

« ...... C'est, de toutes les préparations ferrugineuses, celle qui, à poids égal, introduit e plus de fer dans le suc gastrique. »
Bulletin de l'Acad. de Médecine, t. XIX.

Pour démasquer les contrefaçons — impures et inactives — exiger la signature : T. A. QUEVENNE et l'étiquette ronde en *petits caractères* de *quatre couleurs*.
DÉPÔT : Pharmacie Émile GENEVOIX, 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

Digitaline
d'HOMOLLE et QUEVENNE
Approbation de l'Acad. de Méd. de Paris
Méd. d'or de la Soc. de Pharmacie de Paris.

« ...... Les médecins feront bien de continuer à « prescrire la *Digitaline* de MM. HOMOLLE et « QUEVENNE, aux malades ne pouvant pas sup« porter la digitale. »
(*Bulletin de l'Acad. de Médecine de Belgique*, 1874, t. VIII, p. 397.)

Les signatures des Inventeurs en *lettres rouge*, attestent l'authenticité de la VÉRITABLE DIGITALINE.
DÉPÔT : Pharm. COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

Sel purgatif granulé de Sedlitz

se prescrit toutes les fois que les purgatifs salins sont indiqués, préparé pour être avalé sans le dissoudre, peut être continué plusieurs jours sans amener le dégoût; action sûre dans les diarrhées bilieuses, maladies de peau, éruptions, migraines, vertiges, affections putrides, épidémiques, etc., etc. Exiger le nom GARNIER-LAMOUREUX et Cie. VIÉ-GARNIER, successeurs, fabricants tous les médicaments, sous forme de granules et dragées. Maison de vente 2, r. Tiron; angle de la r. de Rivoli 13, Paris.

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.
Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.
GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.
Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
Rapport favorable de l'Académie de médecine (de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.
Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.
Paris, 6, avenue Victoria.

PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHITES, CATARRHES, etc.

Vin et Huile de foie de Morue
CRÉOSOTÉS du Dr G. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, contenant chacun 0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe. (*Exiger sa signature.*)
Capsules d'Huile créosotée à 0,05.
Préparations créosotées SEULES récompensées à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

Élixir Prothière
A LA CRÉOSOTE VÉGÉTALE PURE

contre la Phthisie. Accepté sans répugnance et bien supporté par les malades. (TARARE.)

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.
Le SIROP DE LABÉLONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

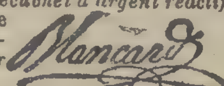
VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud
AU QUINA
et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.
Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*



Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.

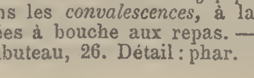
EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.
Dépôt dans toutes les pharmacies.

Arséniate Diastasé
du Dr V. BAUD.

Sous forme de granules soigneusement dosés, l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses*, *rachitisme*, *atonie*, etc. — Paris, 22 et 19, rue Drouot.



Élixir CHLORHYDRO-PEPSIQUE Grez

Nouvelle préparation TONI-DIGESTIVE, d'un goût agréable, basée sur les dernières découvertes de la physiologie, contenant les principes actifs des amers (QUINAS-COCA) associés aux ferments digestifs, PEPSINE CHLORHYDRIQUE et PANCRÉATINE. Employée avec succès contre *dyspepsies*, *anémies*, et dans les *convalescences*, à la dose de 1 à 2 cuillerées à bouche aux repas. — Gros : LAYAT, r. Rambuteau, 26. Détail : phar.

Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ francs.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.
Prix du flacon : SEPT francs.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.
Prix de la boîte : DEUX francs.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Phie GUIBOURT, MAYET sr, 9, rue St-Marc.

Vin, Huile et Sirop créosotés

CAPSULES d'huile de f. de morue créosotée à 0,04
CAPSULES d'huile de faînes créosotée à 0,10.
M. MAYET s'étant occupé le premier, avec MM. les Drs Bouchard et Gimbert, de l'emploi en thérapeutique de la créosote de goudron de bois, ces médicaments sont exactement préparés suivant les indications de ces savants praticiens.

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste à Paris

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris 1875. Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*
Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabr. et la signature ci-contre



N° 146. — MARDI 17 DÉCEMBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 17 DÉCEMBRE 1878. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Depaul.

I. Vice de conformation du bassin, spécial à certaines femmes rachitiques. — II. Attaques éclamptiques chez une femme ayant eu sept grossesses antérieures. — Autopsie. — III. Lésion de la petite lèvre, probablement due à des manœuvres abortives. — IV. Éclampsie chez une femme gravide atteinte de maladie de Bright.

I. Avant de faire devant vous l'autopsie d'une femme qui vient de succomber dans le service, je désire vous dire quelques mots d'une déformation rachitique du bassin que l'on observe peu communément, que j'ai signalée le premier il y a environ vingt-cinq ans et dont j'ai eu occasion, depuis, de rencontrer de nouveaux exemples. Cette déformation, dont les résultats sont souvent mauvais, consistent dans les caractères suivants :

Les bassins de cette catégorie présentent, dans certains points de la circonférence du détroit supérieur, outre le rétrécissement, des espèces de lamelles osseuses tranchantes, coupantes quelquefois comme des lames de bistouri, qui correspondent à certaines insertions musculaires, à la symphyse pubienne, là où s'insère le muscle grand droit de l'abdomen, ou bien au niveau de l'éminence ilio-pectinée.

Ces lamelles osseuses ont, comme je viens de vous le dire, de graves inconvénients. Supposez, en effet, qu'une tête d'enfant, recouverte par la matrice, vienne à presser contre ces lames coupantes, une incision de la paroi externe de cet organe, une véritable perforation même de l'utérus, ne pourra-t-elle pas en être la conséquence? J'ai pour ma part rencontré trois faits de ce genre chez des femmes qui présentaient ce vice de conformation. Chez elle la pression de la tête contre ces saillies osseuses avait déterminé une incision extrêmement profonde, un véritable trou qui établissait une communication entre l'intérieur de la cavité utérine et les parties voisines.

La seule indication possible contre ces déformations qui constituent un danger réel pour l'enfant et pour la mère serait de faire porter l'enfant avec le moins de compression possible. Malheureusement ces éminences osseuses, cachées par des insertions tendineuses ou musculaires, échappent toujours à l'observation du médecin.

II. Les pièces que nous allons examiner devant vous sont celles d'une femme qui a succombé hier dans le service où elle avait été apportée pour des attaques d'éclampsie.

Cette malade, entrée la veille, avait eu chez elle une dizaine de crises. A son arrivée, une large saignée du bras fut immédiatement pratiquée dans le but de diminuer les attaques; mais, quoi qu'on fît, celles-ci se renouvelèrent et la malade succomba sans avoir repris connaissance.

D'après les renseignements qui nous furent communiqués, cette femme, qui avait eu six enfants à terme, avait eu déjà, dans une de ses grossesses, vers le quatrième mois, des accidents semblables. C'est déjà un fait qui n'est pas très-commun, on peut même dire qu'il est exceptionnel, que de voir une femme être prise d'éclampsie à sa huitième grossesse. Presque toujours, en effet, les éclamptiques que vous avez vues jusqu'ici étaient des primipares. Cette malade avait trente-huit ans. Quelle était sa santé générale? Nous n'avons aucun renseignement à ce sujet. Il est probable pourtant qu'elle devait présenter du côté du rein quelque lésion qui seule peut nous expliquer l'anomalie qu'elle nous a présentée et que l'autopsie va peut-être nous révéler.

Voilà d'abord le foie : il est énorme, d'une teinte jaune particulière qui n'est pas la coloration habituelle de cet organe chez les femmes qui succombent à l'éclampsie et où il est plus rouge, plus congestionné. A la surface cependant, nous trouvons quelques taches ecchymotiques comme chez les individus qui meurent asphyxiés. A la coupe, rien de particulier, du moins à l'examen macroscopique.

Les reins également n'ont pas la coloration qu'ils devraient avoir chez une éclamptique. Leur tissu ici est jaunâtre et a une teinte tout à fait spéciale. De plus les deux organes ne se ressemblent pas; l'un paraît plus altéré que l'autre, et présente, à la coupe, une teinte pâle uniforme, parsemée çà et là de points rouges, répondant aux parties où la circulation a conservé une certaine activité absolument comme cela a lieu à la période avancée de la maladie de Bright.

Quant aux poumons, vous voyez qu'ils sont le siège d'une congestion énorme qui, à elle seule, suffit pour expliquer la mort et justifie chez ces malades l'emploi des émissions sanguines, auxquelles on doit toujours recourir en pareil cas.

Vous objecterez, il est vrai, que cette malade a eu dix attaques chez elle et qu'elle est restée pendant toute une journée sans soins; néanmoins ce n'est pas ainsi que les choses se passent chez les femmes éclamptiques qui ont de l'albumine dans les urines quelque temps seulement avant d'accoucher.

Voici maintenant le cerveau. Je vous ai montré tout récemment, par une singulière coïncidence, deux exemples de femmes éclamptiques qui sont mortes et chez lesquelles nous avons trouvé à l'autopsie des foyers d'hémorrhagie cérébrale. Je vous ai fait remarquer, à ce propos, en vous parlant de l'anatomie pathologique de l'éclampsie, combien était rare cet accident. Je ne pense pas que nous trouvions ici des lésions bien prononcées. Vous voyez, en effet, que le cerveau est relativement moins congestionné que les autres organes et qu'à la coupe il est relativement sain.

Cette femme est morte sans être accouchée. L'opération césarienne n'a pas été pratiquée, l'enfant étant déjà mort dès l'entrée de la malade à l'hôpital. Vous savez, en effet, ainsi que j'ai cherché à l'établir dans une importante discussion qui eut lieu il y a quelques années, à l'Académie de médecine, que l'enfant, dans l'utérus, ne survit pas à sa mère audelà de quinze à vingt minutes, une demi-heure tout au plus, et que, passé ce délai, l'opération césarienne est complètement inutile. Ces faits ne sont pas une simple théorie; ils m'ont été enseignés par l'expérience, et, une fois entre autres, j'ai eu la confirmation frappante de ce que j'avance. Une femme en couches, auprès de laquelle j'avais été appelé, mourut tout à coup devant moi. Elle était à terme. Je dépensai un quart d'heure à m'occuper de la mère, puis, voyant que mes efforts pour la rappeler à la vie étaient inutiles, je songeai à l'enfant. Les battements du cœur étaient déjà suspendus. Je pris néanmoins un bistouri, je fis une opération césarienne aussi rapide que possible, et je retirai de l'utérus une petite fille en état de mort apparente bien qu'il y eût un quart d'heure à peine que la mère avait succombé. Je fus assez heureux pour rappeler l'enfant à la vie.

III. Nous venons de voir dans le service une jeune fille de dix-huit à dix-neuf ans, que nous avions examinée une première fois il y a quelques jours et chez laquelle il y avait alors un œdème considérable de la petite lèvre du côté droit, formant une tumeur du volume de la moitié du poing, allongée, transparente, rouge, très-douloureuse. Je vous avais dit que cette lésion était tout à fait locale, n'affectait que la petite lèvre et un peu la grande lèvre correspondante, et qu'enfin il n'y avait pas trace d'infiltration aux membres inférieurs ni à l'abdomen. Je supposai qu'il existait quelque lésion à la face interne de la petite lèvre et conseillai de faire trois ou quatre ponctions pour évacuer le liquide. Dès le soir même cette tumeur avait notablement diminué de volume: le lendemain vous avez pu voir que l'œdème avait complètement disparu, et, en écartant la grande lèvre et la petite lèvre revenue à son volume primitif, nous avons constaté à la face interne et profonde de cette dernière, jusqu'à l'entrée du vagin, la présence d'une petite plaie rouge, semblable à une écorchure.

Que s'est-il passé là? Je l'ignore. J'ai interrogé cette jeune femme pour savoir si elle n'avait pas eu des rapports fréquents; j'ai recherché avec soin pour m'assurer que quelque chancre ne se cachait pas là-dessous; je n'ai constamment obtenu que des résultats négatifs. Quoi qu'il en soit, les choses se sont passées chez elle absolument comme chez les femmes récemment accouchées qui disent avoir mal aux parties: on examine les petites lèvres, et on découvre, comme ici, une déchirure, une eschare, une lésion. Mais ici quelle en est la cause? Cette malade déclare bien, pour expliquer cette écorchure, qu'elle a consulté une sage-femme quelques jours avant d'entrer à l'hôpital et que celle-ci l'a touchée avec le doigt; mais, quand on lui demande le nom de cette sage-femme, elle refuse de le donner. Ce refus est un peu louche et laisserait penser que cette lésion a été produite par un tout autre mécanisme que le toucher, et très-probablement par des manœuvres abortives.

Depuis, cette femme a accouché; elle était enceinte, dit-elle, de cinq mois. L'enfant est sous vos yeux; il est, vous le voyez, un peu gros pour un produit de cet âge-là; il a au moins le volume d'un enfant de six mois, peut-être même davantage. Elle dit bien que ses règles ont cessé de paraître à la fin de décembre; il ne faut pas s'en rapporter à ce que racontent les malades quand elles ont quelque intérêt à cacher la vérité, et il vaut mieux s'en tenir à ce que l'on sait du développement de l'enfant aux différentes époques de la grossesse.

J'ajouterai enfin que le délivre de cette malade ne présente absolument rien de particulier, et que ce n'est pas non plus au moyen du placenta que l'on peut expliquer la fausse couche.

IV. Dans notre visite d'avant-hier, nous avons vu, au n° 6 de la salle, une jeune femme qui nous avait été amenée à la suite d'une attaque d'éclampsie qu'elle avait subie chez elle. Depuis, elle n'en avait pas eu d'autres; seulement l'état général mauvais dans lequel elle se trouvait au moment de son arrivée avait persisté; il s'était même considérablement aggravé. A son entrée, cette femme présentait une infiltration notable des membres inférieurs, notamment des cuisses; on constatait également dans l'abdomen et dans la cavité placentaire la présence d'un épanchement assez considérable; enfin, il existait, dans les urines, une quantité énorme d'albumine.

Trois jours après son arrivée, cette jeune femme accoucha d'un enfant non à terme, du poids de 1,600 gr. environ et qui vécut quarante-huit heures. Mais, malgré l'accouchement qui, en général, est la crise qui termine la série des accidents que je viens de vous signaler, du moins quand ils tiennent uniquement à la grossesse, l'état grave s'est augmenté, l'albumine a persisté dans les urines, l'épanchement est devenu plus abondant dans les cavités splanchniques; enfin, il y a deux jours, cette femme était dans l'état d'agonie. Toutefois le pouls était encore fort, résistant, annonçant une crise finale qui devait se prolonger longtemps. La malade, en effet, n'est morte que vingt-quatre heures après.

Il y avait un très-grand intérêt, au point de vue clinique, au point de vue du diagnostic et de ces idées que j'ai cherché à vous inculquer, à savoir que cette femme n'était pas une éclamptique ordinaire, et à rechercher, du côté du rein, quelque lésion qui expliquât la marche de la maladie. L'autopsie vient d'être faite et dans le rein vous pouvez, voir en effet les lésions caractéristiques de la maladie de Bright à la troisième ou à la fin de la seconde période.

MALADIE DITE DES CHIENS

DE SA CONTAGION ET DE LA VACCINATION COMME MOYEN DE LA PRÉVENIR OU DE L'ATTÉNUER

Sous ce titre, M. Trastour, candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire, a lu, dans la dernière séance de l'Académie, un travail dont voici les conclusions:

Première série d'expériences. — 1° La maladie dite des chiens est

virulente et inoculable aux animaux de cette espèce qui n'en ont pas été atteints antérieurement;

2° Elle se communique également par contact immédiat;

3° Transmise par inoculation ou par contact, elle est souvent mortelle pour les animaux très-jeunes, et l'est au contraire très-rarement pour ceux qui, étant un peu plus âgés, sont plus robustes;

4° Elle peut être transmise aux chiens adultes qui, tous, en ont subi les atteintes pendant la première année de leur existence;

5° Elle n'est pas inoculable aux animaux des espèces dont l'organisme constitue pourtant le terrain le plus favorable à l'évolution du vaccin.

Deuxième série d'expériences. — 1° Le vaccin est inoculable aux jeunes chiens qui n'ont pas été atteints de la maladie dite des chiens à une époque antérieure;

2° Elle ne l'est jamais sur ceux qui ont été affectés de cette même maladie;

3° Il n'empêche pas absolument le développement ultérieur de celle-ci;

4° Si le vaccin n'est pas préventif de la maladie des chiens, il n'en résulte en aucune façon qu'elle n'est pas l'analogue de la variole des autres espèces animales, car il ne préserve pas davantage le mouton de la clavelée.

L'EXTRAIT

DE STIGMATES DE MAÏS DANS LES MALADIES DE LA VESSIE,

Par le docteur H. DASSEIN.

Voici un médicament qui n'existait pas encore il y a un an à peine, et qui paraît devoir entrer de plain-pied dans la thérapeutique usuelle, si nous en croyons les nombreuses observations auxquelles il a déjà donné lieu.

Voici d'abord quarante-sept cas de guérison ou d'amélioration considérable survenus chez des malades qui, la plupart, avaient essayé sans grand succès toutes les médications en usage.

Puis une quinzaine dans lesquels, d'autres traitements ayant été suivis simultanément, il est impossible de se prononcer.

Enfin un certain nombre dont les résultats sont incomplets, incertains ou même négatifs. Mais, pour ceux-là, l'analyse des observations donne assez facilement l'explication de l'insuccès.

Plusieurs de ces malades avaient, en effet, des affections organiques, ou bien leur maladie était tellement avancée que l'amélioration survenue tout d'abord n'a pu se maintenir. D'autres n'ont pas continué le traitement assez longtemps; quelques-uns l'ont cessé pour faire une saison d'eau, ou bien l'ont mal suivi.

Ces réserves faites, voici l'analyse des cas heureux. Nous parlerons des autres dans un prochain article.

Ces cas peuvent être classés de la façon suivante :

Catarrhes de la vessie chez des vieillards	6
Catarrhe vésical de causes diverses	8
Cystite aiguë du col	2
Cystite avec hématurie	1
Cystite chronique avec ou sans pus	10
Néphrite chronique	1
Gravelle urique ou phosphatique	7
Rétention d'urine ancienne	2
Dysurie de causes diverses	6

Cette nomenclature est un peu vague, nous le reconnaissons, mais nous n'avons voulu faire pour le moment qu'un article de thérapeutique générale, et le détail des observations nous prendrait trop d'espace. On trouvera d'ailleurs au bas de la page les noms des médecins qui ont recueilli ces diverses observations(1), et ils ne se refuseront pas certainement à fournir les renseignements qu'on leur demandera.

Ce que nous pouvons ajouter, toutefois, c'est que chacun de ces divers cas présentait à des degrés variables les symptômes habituels, et tous ont été guéris ou améliorés par la médication.

Ainsi, les douleurs et les difficultés de la miction, les douleurs rénales, les mucosités ou le pus existant en plus ou moins grande abondance, l'odeur ammoniacale, etc.

Dans les rétentions d'urine, l'emploi de la sonde, jusque-là indispensable, est devenu inutile. Dans les coliques néphrétiques, souvent la douleur a disparu sans qu'il fût nécessaire d'adjoindre au traitement les injections de morphine habituellement employées, etc., etc.

Il n'y a donc pas à en douter. L'extrait de stigmates de maïs doit prendre désormais une grande place dans la thérapeutique des voies urinaires, à titre de modificateur spécial des muqueuses rénales et vésicales, et nous ne pouvons qu'engager le docteur Dufau, auteur de cette médication, à poursuivre ces expériences afin de mieux préciser encore les indications et les contre-indications.

Pour terminer, un mot seulement sur le mode d'administration. L'extrait de stigmates de maïs s'emploie sous forme de sirop à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche par jour; le matin à jeun, à onze heures ou midi, et le soir en se couchant. On doit étendre ce sirop dans une tasse à thé ou même un verre d'eau froide ou chaude. En employant de l'eau chaude, on obtient une sorte d'infusion théiforme très-agréable à boire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 décembre 1878. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Alcoolisme. — M. RABUTEAU revient sur plusieurs des points qu'il a traités dans la dernière séance. Il fait observer que l'alcool brut du paysan suédois, provenant, comme on sait, de l'huile de pommes de terre, produit, dans le Nord, des ravages considérables. On comprend que ce soit un médecin du Nord, Magnus Huss, qui ait le premier décrit l'alcoolisme. Les flegmes, de même que les huiles de pommes de terre, contiennent beaucoup de gaz, environ 250 centimètres cubes par litre. Ces substances, d'odeur désagréable, sont éminemment toxiques; l'épuration à froid par le charbon dégage ces gaz.

On sait que ces flegmes contiennent les alcools éthylique, isopropylique, propylique, butylique et amylique. Quel est le pouvoir physiologique de ces flegmes? C'est ce que M. Rabuteau a cherché à démontrer en plongeant des grenouilles dans des solutions contenant une certaine quantité de ces alcools. Voici le résumé de ces expériences:

Les grenouilles vivent très-bien pendant vingt-quatre heures dans une solution d'alcool butylique à 2/1000es. Les effets observés sont une coloration plus foncée des téguments, un ralentissement des battements cardiaques, une diminution des mouvements et de la sensibilité. Retirées au bout de vingt-quatre heures, elles reviennent complètement et rapidement à l'état normal. Une solutio aqueuse d'alcool butylique à 5/1000es est toxique pour les grenouilles.

Dans une solution aqueuse renfermant 2/1000es d'alcool amylique, les grenouilles sont anesthésiées complètement au bout de vingt minutes. Abandonnées dans cette solution pendant deux heures, elles

(1) Dr Van de Keere, à Cirey-sur-Blaise (Haute-Marne). Dr Deny, à Nangis (Seine-et-Marne). Dr Ollivier, à Louroux (Maine-et-Loire). Dr Leclercq, à Compiègne. Dr Brongniart, à Contrexéville. Dr Teveux, à Plurien (Côtes-du-Nord). Dr Jounia, à Paris. Dr Galopin, à Illier (Eure-et-Loir). Dr Cougit, à Toulon. Dr Leclercq, à Brienon (Yonne). Dr Steiner, à Cossé (Mayenne). Dr Fourrat, à Dijon. Dr Alphand, à Pernes-de-Vaucluse. Dr Desmaroux, à Huriel (Allier). Dr Boux, à Chinon. Dr Mazet, à Montfort-l'Amaury. Dr Dezotteux, à Lardy (Seine-et-Oise). Dr Leclercq, à Valence (Drôme). Dr Delouard, à Béthisy (Oise). Dr Vincent, à Saint-André (Hérault). Dr Poirier, à Avize (Marne). Dr Jacolot, à Lorient. Dr Picou, à Meslay (Mayenne). Dr Gilkinet, à Liége (Belgique). Dr Guerder, à Longwy (Meurthe-et-Moselle). Dr Doussau, à Grasse (Alpes-Maritimes). Dr Fiasecki, au Havre. Dr Lardier, à Rambervillers (Vosges). Dr Dbers, à Arné (Hautes-Pyrénées).

meurent. Une solution aqueuse d'alcool amylique à 5/1000es est éminemment toxique pour les grenouilles.

Enfin, des grenouilles peuvent rester vingt-quatre heures dans une solution d'alcool éthylique à 5/1000es sans rien présenter d'appréciable. On peut conclure de ces expériences que l'alcool amylique est quinze fois plus actif que l'alcool éthylique et trois cents fois plus actif que l'alcool butylique.

Comparant ensuite les effets des vins blancs avec ceux des vins rouges, M. Rabuteau arrive à cette conclusion que les premiers sont plus capiteux et plus énergiques, parce qu'ils contiennent une assez grande quantité d'éther acétique.

De la fabrication du curare. — M. JAUBERT fait une communication sur ce sujet. Le poison appelé curare est un composé de sept plantes dont la principale est une strychnée. Une macération prolongée de l'écorce d'une strychnée produit, en injection sous-cutanée, tous les effets du curare. D'après les recherches de M. Jaubert, toutes les strychnées brésiliennes ont les effets du curare.

Formation d'une image accidentelle sur la rétine dans la lecture. — M. JAVAL fait une communication sur ce sujet. Une personne, dit-il, ne se fatigue pas la vue en regardant toute la journée autour d'elle ; celui qui lit, au contraire, a besoin de porter une attention soutenue; pour peu que les pages du livre soient un peu grandes, il se forme sur la rétine une image accidentelle, d'où le conseil de lire dans des livres à gros caractères et à petite justification, afin d'empêcher cette image accidentelle de se former sur la rétine.

La séance est levée à huit heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 décembre 1878. — Présidence de M. LABRIC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Sclérodermie. — M. BLACHEZ présente un malade atteint de cette affection. La maladie, dans ce cas, a présenté, dans sa marche, trois périodes bien distinctes: une première période pendant laquelle on a constaté des troubles purement nerveux, une sorte d'engourdissement général; une seconde période qui n'a pas duré moins de quatre à cinq mois et pendant laquelle on a vu se former un œdème des mains et des pieds, période que l'on pourrait appeler période de sécrétion; une troisième enfin d'organisation de ces produits sécrétés ou de sclérodermie proprement dite dans laquelle se trouve actuellement le malade; la sclérodermie présente son maximum aux mains et aux pieds.

M. FÉRÉOL, dans des cas analogues, a essayé, sans succès, l'emploi des courants continus le long de la colonne vertébrale.

M. BESNIER a également eu recours aux courants continus sans avoir obtenu de résultats bien satisfaisants.

M. VIDAL a observé un malade qui a présenté également les trois périodes indiquées par M. Blachez, et chez lequel, en particulier, les troubles nerveux du début ont été très-marqués et ont été suivis d'une cyanose des extrémités. Les douches chaudes, le long de la colonne vertébrale, lui ont paru donner d'assez bons résultats.

Méningite tuberculeuse. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-trois ans qui est entré dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, présentant tous les symptômes d'une fièvre intermittente. Le traitement par le sulfate de quinine ne donna aucun résultat; on crut à l'existence d'une fièvre typhoïde; enfin une céphalalgie persistante, le coma et la marche de la température permirent d'affirmer qu'il s'agissait d'une méningite. Après être resté dans le coma pendant quatre jours, ce malade alla ensuite de mieux en mieux, et voilà plus d'un mois qu'il jouit d'une parfaite santé et paraît complètemect guéri. Si l'on interroge les antécédents de ce malade, on apprend que sa mère est morte phthisique, que son père est mort phthisique et diabétique. L'examen ophthalmoscopique, pratiqué par M. Meyer, a permis de reconnaître l'existence d'une granulation tuberculeuse dans la choroïde. Voilà donc un individu issu de tuberculeux, ayant présenté tous les signes d'une méningite, portant dans la choroïde une granulation tuberculeuse, offrant, en un mot, tous les caractères d'une méningite tuberculeuse et ayant guéri sans traitement particulier. Le traitement, en effet, a consisté dans l'application d'un vésicatoire, de la glace sur la tête, et dans l'administration du calomel à l'intérieur.

M. VALLIN se rappelle deux cas qui se rapprochent de celui que vient de communiquer M. Dujardin-Beaumetz. Il y a cinq ou six ans, il reçut dans son service un jeune homme de vingt-six ans qui, pendant cinq ou six jours, présenta tous les symptômes les plus nets d'une méningite tuberculeuse : fièvre, céphalalgie, photophobie, vomissements, constipation, irritation, température irrégulière; puis il y eut une rémission à la suite de laquelle se produisit une rechute qui s'accompagna de strabisme. Cette rechute fut également suivie d'une nouvelle rémission, et M. Vallin ne revit plus le malade.

Quelques années après, il eut l'occasion de voir en Algérie un enfant de deux à trois ans qui présenta également tous les signes d'une méningite tuberculeuse; après plusieurs rechutes et plusieurs rémissions successives, cet enfant put être élevé et vit encore. M. Vallin pourrait citer un troisième cas de ce genre. Mais ce ne sont pas là, suivant lui, des cas de guérison de méningite tuberculeuse; il pense qu'il se fait dans le cerveau, comme dans le poumon, des poussées de méningite, et qu'il ne s'agit là que de guérisons temporaires et non définitives.

M. CHAUFFARD demande à M. Dujardin-Beaumetz si l'unicité de cette granulation tuberculeuse sur laquelle il base son diagnostic suffit pour affirmer ce diagnostic, et n'est pas contraire aux données de l'anatomie pathologique sur les lésions tuberculeuses.

M. FÉRÉOL rappelle que M. Barth a communiqué à la Société clinique un cas de guérison apparente de méningite; mais ce n'était là, en effet, qu'une guérison apparente, car le malade est mort depuis d'une nouvelle poussée de méningite tuberculeuse. Il rappelle également que M. Barth a démontré que ces cas de guérison apparente tenaient parfois à des poussées de méningite se produisant autour d'un tubercule isolé et non à des méningites tuberculeuses proprement dites.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond à M. Chauffard qu'il ne juge pas la question de cérébroscopie, mais il lui paraît évident qu'il s'agissait bien dans ce cas d'une méningite tuberculeuse, étant donnés les antécédents du malade joints à la présence de cette granulation tuberculeuse dans la choroïde et à tous les signes cliniques de cette affection.

Il se rappelle, en outre, un cas qu'il lui a été donné d'observer au début de sa clientèle et dans lequel il s'agissait d'une petite fille ayant été sur le point de succomber à une méningite tuberculeuse, et qui s'est relevée et vit encore.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Corps étranger dans l'S iliaque extrait par une laparo-entérotomie. — Guérison, par M. STUDSGAARD (de Copenhague). (Séance du 9 octobre.) — M. TILLAUX rapporteur. L'auteur a fait un remarquable historique des cas les plus curieux de corps étrangers du tube digestif introduits par la bouche, soit par inadvertance avec des aliments, soit par des escamoteurs ou des aliénés. Arrivés dans l'estomac, le sort futur de ces corps dépend principalement de leur consistance, de leur forme, etc.; aux endroits les plus différents du ventre, ils peuvent se faire passage après un travail d'ulcération; des aiguilles se font souvent jour insensiblement et se présentent dans la peau ou sous la peau longtemps après avoir été avalées. Mais parfois il faut une opération. On a fait treize gastrotomies avec

deux cas de mort. Il y a de nombreux cas de guérisons d'extractions par des abcès de la paroi abdominale, après des perforations du canal intestinal; mais les laparo-entérotomies véritables, pour extraire des corps étrangers avalés, ne semblent pas connues.

Les corps étrangers peuvent aussi être introduits dans l'intestin, par l'anus; on en voit des exemples de temps à autre. Exceptionnellement le corps étranger peut glisser tellement en haut qu'il se loge dans l'S iliaque ou même dans le côlon transverse. L'auteur en cite trois exemples empruntés aux auteurs : le premier, de Réalli, 1849, qui fit l'extraction d'un morceau de bois (*Langenbeck's Arch.* VIII, p. 620); le deuxième, de Closmadeuc, qui trouva à une autopsie un étui avec plusieurs instruments à effraction et des appareils de voleur très-ingénieux (*Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 247); le troisième, du chirurgien Ogle, qui fit l'extraction d'un bâton long de dix pouces (*Langenb. Arch.* VIII, p. 620).

L'auteur ajoute à ces cas une observation personnelle qui fait l'objet de son mémoire; il s'agit d'un valet âgé de trente-cinq ans, qui s'était introduit un verre à champagne vide, le goulot en haut, dans le rectum, d'après son dire, pour remédier à une diarrhée rebelle. Des douleurs aiguës se manifestèrent le lendemain. Il fut chloroformisé, mais le verre glissa en haut pendant l'administration du chloroforme; après une rectotomie linéaire postérieure, on ne put franchir le troisième sphincter qui était très résistant; le verre fut alors pressé de dehors en bas dans le petit bassin, mais il descendit dans une anse de l'intestin en avant du rectum. Immédiatement après, laparo-entérotomie antiseptique à travers la ligne médiane par une incision de 10 centimètres, commençant à l'ombilic, l'anse fut extraite, le goulot en avant, et le verre fut mis à jour par une incision de 4 centimètres sur l'orifice et la partie supérieure du goulot. Le verre avait une largeur de 17 centimètres, le diamètre du fond était de 5 centimètres. Le pronostic fut longtemps incertain à cause d'une péritonite locale avec formation d'un abcès. Le séjour à l'hôpital dura du 10 janvier au 16 avril 1878. Les muscles sphinctériens fonctionnaient régulièrement.

M. Tillaux rappelle, à ce propos, une observation qu'il a communiquée à la Société, observation d'un individu qui s'était introduit une bougie dans le rectum. La bougie sortit sans opération, mais le malade succomba, vingt-quatre heures plus tard, avec une péritonite.

M. VERNEUIL fait remarquer la grande mortalité de ces genres d'opération : la méthode antiseptique permet d'être plus hardi désormais pour recourir à la recherche directe des corps étrangers : taille stomacale, taille intestinale, méritent d'être acceptées par les chirurgiens.

M. DESPRÈS pense que, puisque le corps étranger a été senti par le doigt introduit dans le rectum, on aurait pu tenter l'extraction par cette voie avant de recourir à l'entérotomie : une pince à mors recouverts de caoutchouc permet de saisir avec précision les corps en verre.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle des mémoires antérieurs à ceux de M. Studsgaard : ceux de Museroft et du docteur Paul Eve, qui ont proposé les mêmes conclusions.

M. SÉE rappelle un fait qui prouve qu'il ne faut pas trop se hâter d'intervenir pour l'extraction de corps étrangers, et que la nature peut seule agir efficacement. Chez un vieillard de son service, atteint de tumeur calloïde du rectum, on passait de grosses canules en gomme, retenues par un fil : un jour le fil se brisa, et l'on ne put sentir la canule. On attendit une huitaine de jours, on sentit alors la canule, et l'extraction fut faite, sinon sans grandes douleurs, du moins sans accidents.

Remarques sur un cas de ligature de l'artère carotide primitive, nécessitée par une hémorrhagie consécutive à l'ouverture spontanée d'un phlegmon de la région amygdalienne, par M. EHRMANN, de Mulhouse. (Séance du 9 octobre.) — On a fait maintes fois la ligature de la carotide primitive. M. Le Fort (article *Carotide*, du *Dict. encyclopéd. des sciences méd.*) en a signalé 415 cas dûment contrôlés : l'intérêt de cette nouvelle observation tient plutôt au caractère exceptionnel de l'accident qui a motivé l'intervention.

Les pathologistes ont signalé, parmi les terminaisons possibles de l'amygdalite phlegmoneuse, l'hémorrhagie par ulcération de la carotide interne. L'auteur énumère les diverses observations de ce genre et relate l'histoire de la ligature qu'il a faite avec succès.

Il s'agissait d'un jeune Italien, âgé de vingt-deux ans, terrassier, atteint d'une angine tonsillaire, qui se termina subitement par l'ouverture spontanée d'un abcès amygdalien : aussitôt, un flot abondant de sang vermeil inonde la cavité buccale. Une deuxième hémorrhagie, puis une troisième plus abondante encore, obligèrent de pratiquer la ligature de la carotide primitive. L'hémorrhagie ne se reproduisit plus, et la guérison eut lieu rapidement.

Cette observation, malgré l'absence de contrôle nécroscopique, ne permet guère de douter que le vaisseau lésé n'ait été, ici, la carotide interne. La soudaineté à la fois et l'abondance de l'hémorrhagie ne peuvent s'expliquer que par la lésion d'une artère majeure. Le siège même du phlegmon, les rapports anatomiques bien connus de la région qu'il occupait, paraissent une présomption suffisante, malgré l'autorité de beaucoup de chirurgiens qui ont vu des hémorrhagies presque foudroyantes accompagner l'excision des amygdales, sans qu'elles aient été dues à la blessure de la carotide. M. Ehrmann rappelle les faits observés par Thompson, Güntner, Jolly, Smith, etc., dont plusieurs ont arrêté ces hémorrhagies par la ligature de la carotide.

Il est remarquable que l'opéré de M. Erhmann avait une excellente apparence constitutionnelle et un bon état de santé antérieur : la perforation des artères de gros calibre par le pus des foyers qu'elles traversent est rare dans les circonstances ordinaires.

Enfin, l'absence de troubles cérébraux, après la ligature, mérite d'être mentionnée.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

I. Les phlegmons de l'amygdale peuvent être l'occasion d'hémorrhagies spontanées qui, au moment de l'ouverture du foyer, deviennent foudroyantes. Le même accident a été parfois le résultat d'ulcères profonds, gangréneux ou autres, de la région amygdalienne.

II. Ces hémorrhagies ont pour origine, le plus souvent, la perforation de l'artère carotide interne. Dans trois autopsies, toutefois (cas de Watson, de Müller et de Duffin), le point de départ de l'hémorrhagie avait été une des branches de la carotide externe.

III. Si, dans la presque-universalité des cas, l'ulcération artérielle paraît avoir procédé de conditions morbides générales, telles que pyoémie, scarlatine, scrofule, tuberculose, syphilis, il semble, à en juger par le fait qui nous est propre, que cette circonstance ne serait pas indispensable à sa production.

IV. Le diagnostic précis de cette complication, perforation de l'artère avant l'ouverture du foyer au dehors, sera toujours particulièrement délicat. Si l'existence des signes caractéristiques fournis par le toucher et par l'auscultation a pu, dans certains cas, comme dans ceux de Duke et de Deware, détourner le bistouri du chirurgien, on ne saurait oublier qu'il est advenu à des opérateurs, qui avaient nom Liston et Chassaignac, de se trouver, après la ponction d'abcès du col ou de la gorge, en face d'hémorrhagies qui nécessitèrent la ligature de la carotide primitive.

V. Le seul traitement rationnel de ces hémorrhagies est la ligature de l'artère carotide. Pour les raisons développées au cours de ce mémoire, c'est de préférence à la carotide primitive plutôt qu'à la carotide interne que l'on devra s'adresser.

M. TILLAUX partage les réserves de M. Ehrmann sur la source des hémorrhagies qui peuvent survenir dans la région amygdalienne. Il rappelle l'observation d'un élève de son service qui vint un jour lui demander de lui enlever une amygdale : l'opération ayant été refusée parce qu'il venait d'avoir une amygdalite, l'élève, en rentrant chez lui, se plaça devant une glace et enleva lui-même son amygdale : cette opération fut suivie d'une hémorrhagie abondante qui ne put être arrêtée que grâce à la forcipressure qui fut pratiquée par M. Verneuil. Malgré l'abondance du sang, on ne peut guère admettre une blessure de la carotide interne. Souvent la ligature de cette artère n'empêche pas l'hémorrhagie de se reproduire : tel est le fait cité par M. Ehrmann.

La carotide primitive est, en effet, protégée par une gaîne fibreuse. Pour expliquer la blessure de la carotide primitive dans l'ouverture d'un abcès du pharynx, il faut se rappeler que des abcès ayant pour point de départ les ganglions du cou peuvent repousser l'amygdale et faire saillie dans le pharynx : ils déplacent donc le paquet vasculo-nerveux, qui peut alors être atteint par le bistouri. Mais, pour les abcès dont le point de départ se trouve dans l'amygdale, et dont l'ouverture a été suivie d'hémorrhagie, il faudrait une autopsie pour démontrer la blessure de l'artère carotide.

M. HERMANN répond qu'il existe des autopsies où l'on a constaté, concurremment avec des abcès profonds de la région amygdalienne, la perforation de la carotide interne.

Sans doute, une hémorrhagie venant des vaisseaux propres de l'amygdale peut être très-abondante, mais elle ne peut amener, comme chez le malade qui fait le sujet de cette communication, une quantité d'un litre de sang, en quelques secondes seulement. Il est plus rationnel d'accepter que le phlegmon, disséquant les anfractuosités de la fosse zygomatique, a pu ulcérer une des grosses branches de la carotide externe.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments d'anatomie pathologique descriptive et histologique (1), par A. LABOULBÈNE, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine (section d'anatomie pathologique), médecin de l'hôpital de la Charité.

Nous connaissons l'auteur de ce livre depuis longues années : c'est un des membres les plus actifs de nos sociétés savantes, un travailleur émérite, qui a consacré sa vie aux études scientifiques.

L'œuvre d'un tel homme nous instruit toujours.

L'anatomie pathologique, longtemps descriptive et sans méthode, est devenue une science avec ses lois, ses nombreux procédés d'investigation, la plupart modernes. M. Laboulbène a été l'un des premiers à en vulgariser l'emploi et les résultats, soit dans des mémoires spéciaux, soit dans ses cours à la Faculté de médecine comme suppléant du professeur Cruveilhier.

Dans son livre, l'auteur, ne voulant pas faire une série de monographies préfère exposer l'état actuel de la science anatomo-pathologique d'après les meilleurs travaux français et étrangers. C'est en même temps un travail personnel et d'érudition.

M. Laboulbène débute par une phrase que je voudrais voir graver sur les murs de la Faculté : « On peut affirmer, dit-il, que l'anatomie pathologique bien comprise est la base la plus sûre de la pathologie médicale et chirurgicale. » En effet, c'est l'anatomie pathologique qui nous fait connaître les causes organiques, la nature, le siège, la curabilité ou l'incurabilité des maladies ; enfin, elle est un flambeau pour la thérapeutique.

Si vous en voulez des preuves, vous les trouverez à chaque instant depuis le livre premier jusqu'au septième, qui termine l'ouvrage. Chaque livre est divisé en sections, la section renferme les altérations des organes, et les lésions morbides y sont exposées dans l'ordre suivant :

En première ligne, les modifications liées aux *troubles de la nutrition* : inflammations, hypertrophies et atrophies, hyperplasies et hypoplasies, gangrènes, stéatoses, etc.

En seconde ligne, les *troubles de la circulation* : hémorrhagies, embolies, hydropisies, etc.

En troisième, les lésions résultant de *déplacements* ou de *connexions anomales* : prolapsus, hernies, hétérotaxies.

En quatrième, les altérations dues à des *corps étrangers*, des agents vulnérants, ou causées par des *parasites* qui sont étudiés de main de maître dans l'ouvrage entier.

En cinquième ligne, les lésions liées au *développement embryonnaire* et *primitif* : malformations congénitales, monstruosités.

La description générale de chaque altération morbide est accompagnée de deux choses fort utiles : 1° d'*observations personnelles*, recueillies dans divers hôpitaux de Paris, et où les lésions à l'œil nu ont été décrites sur la table d'autopsie, pour être examinées, puis dessinées dans le laboratoire d'histologie, à l'aide de la technique moderne ; 2° de *figures* fort exactes, dues au crayon de M. Laboulbène, ou empruntées aux meilleurs auteurs ; ces dessins représentent les altérations à l'œil nu, ou étudiées à l'aide des verres grossissants.

De plus, chaque article se termine par un index bibliographique des principaux travaux français et étrangers publiés sur le sujet.

Entrons maintenant un peu plus avant dans l'analyse.

Le livre Ier renferme les altérations médicales et souvent chirurgicales des divers organes de *l'appareil de la digestion*, de la bouche, de la langue, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, des glandes salivaires, du foie et des voies biliaires, du pancréas, du péritoine. C'est un des livres les plus travaillés ; je note surtout la stomatite ulcéro-membraneuse ou nécrohyménique, la tuberculose de la bouche, du pharynx, les affections pseudo-membraneuses, les ténias, etc.

Le livre II comprend les lésions de *l'appareil de la respiration*, des fosses nasales, du larynx, de la trachée, des bronches, des poumons, de la plèvre ; l'anatomie pathologique de la tuberculose en général, de la pleurésie, est faite d'une manière remarquable.

Le livre III contient les altérations de *l'appareil de la circulation*, du cœur, des artères, des veines, des vaisseaux capillaires, avec l'inflammation en général ; de plus les lésions des vaisseaux lymphatiques, des glandes vasculaires sanguines. C'est un chapitre des plus complets, remplis de descriptions originales, concises et claires.

Le livre IV nous décrit les lésions des *reins* et de *la vessie* ; on y remarque surtout un exposé très-lucide des altérations des diverses espèces de néphrites.

Livre V, *appareil de la génération* : testicules, ovaires, utérus, mamelles ; les lésions des kystes de l'ovaire, celles des métrites y sont étudiées avec un soin minutieux.

Le livre VI nous donne l'état actuel de la science sur les lésions des *os*, des *cartilages*, des *articulations*, des *muscles* ; la description est précise et complète.

Le livre VII renferme les altérations de *l'encéphale*, de la *moelle épinière* et des *nerfs*. Nous trouvons là des recherches personnelles et des emprunts aux travaux de Robin, de Durand-Fardel, de Vulpian, de Charcot, de Parrot, de Jaccoud, de Potain, de Hayem, de Ranvier, etc.

En résumé, cet ouvrage est un excellent exposé des travaux anciens et modernes de la science anatomo-pathologique, avec de nombreuses observations personnelles, qui ont dû coûter bien des journées de labeur.

Pour tout dire en quelques mots, l'œuvre de M. Laboulbène est une peinture bien harmonisée, où tout est dans un ordre parfait ; une fois examinée avec soin, on en retient facilement les plus petits détails.

E. QUINQUAUD, *médecin des hôpitaux*.

Manuel d'ophthalmoscopie (1), par le docteur LANDOLT, directeur-adjoint du laboratoire d'ophthalmologie à la Sorbonne.

Après ses leçons cliniques sur le diagnostic des maladies des yeux, et indépendamment de son grand ouvrage d'ophthalmologie dont le premier volume vient de paraître, le docteur Landolt vient de publier un petit manuel d'ophthalmoscopie qui sera bien accueilli du public médical. En effet, sans aucun calcul, et par de simples démonstrations de physique, il nous explique très-brièvement et très-clairement l'emploi de cet instrument qui rend tant de services en médecine. Dans une centaine de pages d'un format in-12, nous trouvons successivement : la théorie de l'ophthalmoscopie, l'examen de l'œil à l'image droite et à l'image renversée, un chapitre sur la grandeur des images ophthalmoscopiques, la détermination de la réfraction et de l'astigmatisme à l'aide de l'ophthalmoscope, la description des parties qui constituent le fond de l'œil, un

(1) Un vol. gr. in-8° avec 1078 pages, 298 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878, J.-B. Baillière et fils.

(1) Un vol. in-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

chapitre consacré à l'instrument en lui-même, enfin l'étude de l'examen à l'éclairage oblique.

On voit, d'après cette énumération, que rien, malgré les proportions exiguës du livre, n'a été laissé de côté. L'étude de la grandeur des images ophthalmoscopiques, qui nous fixe sur la dimension des objets vus à l'ophthalmoscope et qui offre une importance analogue à la micrométrie microscopique, ne se trouve dans aucun ouvrage français d'oculistique publié jusqu'à ce jour. Il faut dire d'ailleurs que le premier travail d'ensemble sur cette question a été donné par l'auteur en 1874 dans sa thèse de Paris.

Dans le chapitre intitulé : *Des ophthalmoscopes*, il néglige à juste titre la description de toutes les modifications plus ou moins heureuses qu'on a apportées à l'instrument primitif d'Helmholtz, pour ne s'attacher qu'à quelques ophthalmoscopes tout à fait essentiels. Il termine par la description de celui dont il est l'inventeur, et qui résume sous une forme commode les avantages de tous les appareils construits jusqu'à ce jour pour l'étude du fond de l'œil, de la réfraction et de l'astigmatisme.

Docteur R. CALMETTES.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui lundi ont été rendus les derniers devoirs au docteur Bazin, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. Une foule considérable d'anciens élèves et d'amis se pressait autour du cercueil de notre très-regretté confrère.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine, dirigé par M. le professeur Robin, directeur, et M. Cadiat, agrégé, directeur-adjoint, sera ouvert à partir du 20 décembre. Les étudiants qui désirent y travailler sont invités à en faire la demande à M. Cadiat, directeur-adjoint.

— La Société de chirurgie a remis au jeudi 26 décembre, à quatre heures et demie, sa séance qui tombait le jour de Noël.

Il n'y aura pas de séance le mercredi 1er janvier 1879.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Un concours public pour la nomination d'un chirurgien adjoint s'ouvrira le 11 mars 1879. S'adresser pour tous renseignements au secrétariat des hospices à Bordeaux, cours d'Albret, 91.

— Un concours pour deux places d'internes près l'hôpital Saint-Jean sera ouvert le 23 janvier 1879. S'adresser pour tous renseignements à la mairie de Bordeaux, division de la police administrative.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu, le 26 mai 1879.

La justification de deux ans de pratique qui n'était pas exigée des candidats anciens externes des hôpitaux de Lyon, ne sera pas exigée, à l'avenir, des internes des hôpitaux de Paris.

— La Société de Médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1879, est composé comme il suit :

Président : M. Devilliers. — *Vice-présidents* : MM. Choppin d'Arnouville et Jules Lefort. — *Secrétaire général* : M. Gallard, — *Secrétaires des séances* : MM. Leblond et Lutaud. — *Trésorier* : M. Mayet. — *Archiviste* : M. Ladreit de la Charrière.

Membres de la commission permanente, chargée de répondre d'urgence, dans l'intervalle des séances, aux demandes d'avis motivés qui peuvent être adressées à la Société : M. Devilliers, président; MM. Gallard, Blanche, Brouardel, Devergie, Hémar, Leblond, Liouville, Mayet, Penard, Polaillon. — Membres du conseil de famille : MM. Chaudé, Delastre, Hémar, Penard, Riant. — Membres du comité de publication : MM. de la Charrière, Chaudé, Delastre, Leblond, Lutaud.

De la pneumonie du sommet, par le docteur SAINT-ANGE. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

De l'état de nos connaissances sur l'affection ourlienne ou oreillons, par le docteur PINET. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce..

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Dragées arsenico-ferriques
aux sels naturels de la Dominique.

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — Biett. — Bouchardat, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr. à Laroche

Quina Laroche (*ÉLIXIR vineux*).
Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de l'*Élixir vineux de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit tient donc à la quantité de principes qu'il contient.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris. 22 et 19, rue Drouot. *J. Laroche*

Iode diastasé assimilable
du Dr V. BAUD.

Plus résolutif et plus dépurateur que l'*huile de foie de morue*, l'*Iode diastasé* en granules est indiqué contre la *scrofule, ulcères, tumeurs, maladies osseuses, etc.* *Dr V. Baud*

Paris, nos 22 et 19, rue Drouot.

Koumys — Edward
Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward
Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt central : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives
PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Vins d'Ossian Henry,
membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose. Anémie. Longues convalescences, etc.,* 56, r. d'Anjou-St-Honoré, et dans toutes les pharm.

FIÈVRES, ANÉMIE, CHLOROSE
MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)
cru, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

Dethan, ph., faub. St-Denis, 90, à Paris; Lardet, pharm., rue de l'Hôtel-de-Ville, 9, à Lyon, et dans les pr. pharmacies de France et de l'étranger.

Pepsine Boudault,
seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Établissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu, à l'Exposition de 1867, deux médailles d'or; à celle du Havre, en 1868, une médaille d'or; en 1869, à Amsterdam, un grand diplôme d'honneur; en 1872, une grande médaille d'or à l'Exposition scientifique de Moscou; un grand diplôme d'honneur à Vienne, en 1873; elle a été mise hors concours à Lyon en 1872; et enfin on lui a octroyé, à l'Exposition de Paris, en 1878, une médaille d'or.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

Solution-Aubin
AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ.

Médication névrosthénique et reconstituante par l'emploi simultané du phosphore, du fer et de l'arsenic combinés à doses thérapeutiques équivalentes, contre : *anémies, chloroses, névroses, chorée, dyspepsie, scrofule, rachitisme, tuberculose, cachexies paludéennes, maladies de la peau, cachexies des maladies chroniques, atonie* sous toutes ses formes. Vente dans les principales pharmacies de France. — Dépôt à Paris : Pharmacie centrale, rue de Jouy, 7, et chez E. Fournier et Cie, rue de Londres, 15; Détail : rue d'Anjou Saint-Honoré, 56. — En gros : chez J. Aubin, traverse du Chapitre, 13, à Marseille.

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

VIN FORESTIER A LA VIANDE.
VIN FORESTIER A LA GLYCÉRINE PURE.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14

Granules ferro-sulfureux
J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

Épilepsie. Hystérie. Névroses

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ANALYSE DE DÉCEMBRE DU

Lait pur et non écrémé
DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases EN CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de décembre, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à la température de 11°. . . .		1.031
	gr.	
Beurre par litre.	60.600	
Albumine.	7.800	
Caséine.	21.550	
Sucre de lait.	59 150	
Sels.	7.900	
Total des matières fixes. . .	157.000	157 000
Eau par litre.		874 000

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.204
Acide sulfurique.	0.137
Potasse.	1.800
Soude	0.789
Chaux.	1.905
Magnésie.	0.046
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte.	1.023
Total.	7.900

PRIX :

Dans les dépôts. . . . . 65 c. le litre.
— . . . . 45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile. . . . . . . 70 c. le litre.
— . . . . 50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes au *Dépôt central de la Ferme d'Arcy*, rue de Paradis-Poissonnière, 22, Paris, ou à M. Nicolas, à la Ferme d'Arcy, par Chaumes (Seine-et-Marne).

Vin d'Oranges,
le plus tonique et le plus réparateur de tous les vins connus.

Ce vin, exquis par son arome et sa finesse, contient de 8 à 11 pour cent d'alcool et une **Huile essentielle** dissoute. — C'est à cette heureuse association, mais surtout à l'Huile essentielle, que ce vin, sans analogue, doit son action tonique, stimulante, si remarquable dans les dyspepsies, dans la chlorose, dans l'anémie, dans les convalescences, chez les goutteux et chez les rhumatisants, chez les hommes de cabinet, épuisés par le travail et le manque d'exercice, chez les enfants et chez les femmes lymphatiques.

Dépôt général : 16, rue Trévise, Paris. — Prix de la bouteille : **4** francs.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet
(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

N° 147. — JEUDI 19 DÉCEMBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 19 DÉCEMBRE 1878. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Pasteur doit être satisfait. Les hypothèses soutenues par lui préoccupent à un tel point les membres de l'Académie qu'il n'y a plus moyen d'en sortir. Toutes les occasions semblent bonnes pour rentrer dans la discussion sur les bactéries, les vibrioniens, les germes vivants transportés par l'air, le charbon, la septicémie.

Cette fois la question a été soulevée par M. Panas dans un rapport sur un travail de M. Lannelongue ayant pour objet l'*ostéo-myélite de l'adolescence*. M. Lannelongue s'était abstenu de toute théorie sur les causes des accidents septicémiques observés parfois dans cette affection. Mais M. le rapporteur a rattaché ces causes à la théorie des fermentations produites par les germes atmosphériques, en expliquant l'apport de ces germes jusque dans la moelle des os malades par leur pénétration antérieure dans le sang, lorsqu'ils ne peuvent pas entrer directement par une plaie locale.

Sur ce, MM. Colin, Panas, Guérin, Bouley, Bouillaud, Chauveau, Trélat ont pris tour à tour la parole, les uns pour affirmer la possibilité d'une fermentation putride sans l'intervention de l'atmosphère et de ses germes, les autres pour la nier. Après une très-longue séance, la discussion a été remise à mardi prochain.

Il y a en ce moment plusieurs places vacantes à l'Académie de médecine, et les titres de candidature ne manquent pas ; mais ne vaudrait-il pas mieux que nos sociétés savantes de France, suivant l'exemple de celles d'Angleterre, pussent se recruter aussi de membres choisis d'office, en quelque sorte, sans avoir eu à se présenter? C'est ainsi que, par exemple, la *Société médicale et chirurgicale de Londres* vient de s'agréger notre cher maître, M. Noël Guéneau de Mussy, qui ne s'y attendait en aucune manière. Combien de telles élections n'honorent-elles pas plus un homme que celles qui sont obtenues à force d'instances et de démarches !

Dr Victor REVILLOUT.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Maladies à tremblements : maladie de Parkinson, tremblement sénile, chorée sénile, hémichorée posthémiplégique, hémiathétose, sclérose en plaques.

I. *Maladie de Parkinson* (*paralysie agitante*). — La paralysie agitante est constituée par deux grands caractères : l'*attitude* du malade et le *tremblement*. L'attitude du malade est tellement spéciale, avec une physionomie hébétée et passive, malgré la conservation de l'intelligence, qu'on peut, au premier abord, affirmer ce diagnostic. Le tremblement n'est pas le caractère fondamental de l'affection, car il peut ne pas exister, la maladie pouvant se borner à la déformation des membres. On dit que la paralysie agitante est une *névrose*, c'est-à-dire une maladie sans lésion anatomique reconnue jusqu'à présent, une maladie *sine materia*. Elle dure longtemps, n'abrégeant pour ainsi dire pas la vie, et, après quinze, vingt années, quand le malade succombe, souvent à une affection intercurrente, on cherche à l'autopsie les lésions dans diverses régions que l'on pouvait supposer atteintes ; ce résultat est absolument négatif, du moins jusqu'à présent.

C'est une maladie qui se produit dans des circonstances bien différentes, frappant le sexe masculin aussi bien que le sexe féminin, et ayant souvent des causes émotionnelles comme l'hystérie. On l'observe à un âge déjà avancé ordinairement : il existe cependant un cas bien avéré de paralysie agitante chez une fillette de quinze ans qui, étant enfermée dans une cave, vit plusieurs personnes tuées par une bombe, à côté d'elle, et tomba soudain sans connaissance. Lorsqu'elle revint à elle, son membre supérieur était pris du tremblement de la paralysie agitante (Siredey). Les horreurs de la Commune de 1871 ont amené de nombreux cas analogues, et ont causé une augmentation notable du nombre de ces malades. Le siège de Strasbourg a produit le même effet dans cette ville.

La paralysie agitante a donc souvent des causes morales parmi lesquelles figure au premier rang la terreur ; cependant on la voit aussi se développer spontanément. Toutes les tentatives thérapeutiques ont échoué : on n'a jamais pu en obtenir un amendement sérieux. On peut seulement la calmer un peu par le bromure de potassium, par les narcotiques, etc. Duchenne (de Boulogne) m'a dit avoir observé un cas de guérison véritable. Ce serait le seul.

Mon but n'étant nullement de vous faire l'histoire pathologique de cette maladie, je vais immédiatement vous présenter les malades qui en sont atteintes, pour vous en faire

saisir les principaux traits d'une façon vraiment typique. Voyez, chez cette malade, le tremblement particulier des deux mains : ce sont de courtes oscillations rhythmées; c'est un tremblement très-menu, perpétuel et permanent, qui ne s'arrête que pendant le sommeil : il dure pendant que la malade est au repos et assise. Ce tremblement, qui persiste pendant ce qui devrait être le repos, s'exagère dès que la malade essaie un mouvement intentionnel. Ce tremblement diffère d'un autre tremblement qui ne se produit que par les mouvements volontaires du malade. A l'origine, il n'a pas été tout à fait permanent; la pensée du malade, l'attention l'exagère. Il a pour siége les doigts, les poignets, le tronc même quelquefois et les membres inférieurs.

L'attitude de la main, seule, est tellement caractéristique qu'elle suffirait pour diagnostiquer la maladie, lors même que le tremblement ferait défaut, comme cela arrive quelquefois. C'est absolument *l'attitude de la main tenant une plume à écrire;* cela imite ce que l'on voit dans les cas de rhumatisme articulaire chronique à forme noueuse, mais ici les articulations sont saines : si j'ouvre la main, elle se fléchit et s'étend à volonté, mais elle revient bientôt à l'attitude de la plume à écrire. Parfois la flexion dorsale s'exagère, les doigts se recourbent et simulent davantage les déformations du rhumatisme chronique.

L'attitude du corps est aussi remarquable : c'est un caractère singulier d'immobilité, la tête légèrement penchée en avant, les yeux fixes, le front ridé, les traits de la face effacés, l'expression générale de la tristesse, l'impassibilité d'un masque, le malade ne tournant jamais la tête de côté, le corps aussi incliné en avant, les bras immobiles et moitié fléchis. La tête est raide et paraît difficile à mouvoir : les lèvres sont agitées d'un mouvement particulier, mais la langue est immobile, phénomène qui n'a guère été remarqué autrefois, quand on attribuait la difficulté de parole qui résulte des mouvements des lèvres à une lésion quelconque du cerveau chez ces malades atteintes uniquement de paralysie agitante. Ici, il y a bien une agitation particulière de la tête, mais, comme je l'ai fait remarquer, la tête ne tremble pas *par elle-même;* c'est sous l'influence de l'agitation des membres qu'elle participe à ce mouvement général. Dans la sclérose en plaques, au contraire, la tête tremble par elle-même et indépendamment du tremblement général.

Je vous présente une autre malade, âgée de soixante-dix ans, qui devint paralytique agitante à la suite d'une frayeur, pendant la Commune, en apprenant qu'une église voisine de la cave où elle était réfugiée était remplie de poudre. Chez elle, les mouvements sont lents, empesés : le tremblement cesse quelquefois, mais l'attention l'exagère considérablement.

Voici enfin une malade qui nous présente deux autres phénomènes de la paralysie agitante : la *propulsion* et la *rétropulsion.* Quand elle est debout, si je touche très-légèrement au pan de sa robe, aussitôt elle se met à reculer vivement et de plus en plus vite : c'est la rétropulsion. La propulsion se produit si l'on pousse légèrement la malade en avant.

Tels sont les faits les plus saillants de la paralysie agitante, clinique. Vous voyez que cette maladie est fort mal dénommée, car il n'y a pas de paralysie proprement dite, le dynamomètre en donne la preuve, et il n'y a pas toujours du tremblement; cette dénomination, d'ailleurs, effraie les malades et leur fait croire qu'elles sont atteintes d'une affection beaucoup plus grave qu'elle ne l'est réellement et redouter la destruction de leurs facultés intellectuelles qui ne sont pas si compromises. Je propose donc de rejeter cette appellation inexacte de paralysie agitante et de lui substituer la désignation de *maladie de Parkinson*, du nom de l'auteur anglais qui, en 1817, en a donné la première description satisfaisante.

II. *Tremblement sénile.* — Le tremblement sénile est loin d'être aussi fréquent qu'on le croit généralement; les poètes en ont fait un des caractères de la vieillesse, mais, si l'on cherche le tremblement sénile chez les vieillards, on ne le trouve pas souvent. On en chercherait vainement la description dans les traités des maladies des vieillards; elle n'y existe pas, parce que les auteurs ont reconnu qu'elle ne s'observe que rarement. Nous n'en possédons que quelques exemples parmi les 2,000 vieillards de la Salpêtrière. Le tremblement sénile n'est donc pas l'apanage ordinaire de la vieillesse. Ce tremblement occupe particulièrement la tête, comme vous le voyez sur ces malades; pour en rendre les amplitudes plus sensibles, nous leur avons fixé un long plumet sur la tête. Ces mouvements se réduisent à des signes positifs, négatifs ou mixtes; les vieillards disent oui, non, ou alternativement oui et non. Quelquefois le tremblement occupe aussi les mains. Mais il n'y a pas d'attitude spéciale de la tête ni du corps, comme nous l'avons vu dans la maladie de Parkinson. C'est un état indéfini, une infirmité, pour laquelle ils ne demandent même pas de traitement. Le tremblement cesse pendant le sommeil. Il apparaît à la suite d'émotions morales; chez l'une, la peur d'une voiture; chez l'autre, une lettre annonçant la mort de sa fille; chez la troisième malade, il n'y a aucune cause connue.

III. *Chorée sénile.* — Les malades que je vous présente sont atteintes de chorée : c'est la chorée vulgaire, sauf la différence tenant à l'âge du sujet. La chorée, qui est déjà rare après la puberté, peut quelquefois se rencontrer chez des vieillards; nous en comptons deux ou trois sur les 6,000 femmes qui sont à la Salpêtrière. Tandis que la chorée commune disparaît facilement, celle-ci est essentiellement chronique; elle est produite le plus souvent par une cause morale. Chez cette femme de soixante-cinq ans, elle est venue, il y a huit ans, à la suite de violents chagrins de famille; chez cette autre de soixante-dix ans, c'est à la nouvelle que son mari, qu'elle venait voir à Bicêtre, était envoyé en province. Ces deux malades présentent les mouvements incessants les plus désordonnés, tout à fait comme les enfants choréiques.

Chez les malades de cette troisième catégorie aussi bien que chez les malades des deux premières, la lésion anatomique n'existe pas ou du moins n'est pas reconnue; l'examen histologique est complètement négatif. Il n'en est plus de même des malades que nous allons étudier maintenant.

IV. *Hémichorée posthémiplégique.* — A la suite d'un ramollissement localisé du cerveau, d'une hémorrhagie en foyer, on voit survenir une hémiplégie avec flaccidité; un mois après, les mouvements reparaissent souvent, sinon la contracture se développe. La sensibilité est d'ailleurs restée intacte.

Mais il est des cas exceptionnels où, après une attaque d'apoplexie, on voit l'hémianesthésie, et alors on observe souvent l'hémichorée. Un mois après l'attaque, les mouvements commencent à revenir, mais on remarque qu'ils ne s'exécutent pas normalement, qu'ils consistent en secousses et en mouvements choréiformes. Cette jeune fille, à la suite d'une convulsion épileptiforme à l'âge de cinq ans, fut atteinte de paralysie du côté gauche; puis, quelques jours après, les

mouvements reparurent, mais avec le caractère choréiforme. Ils sont constants, quoiqu'on ne les voie pas si l'on n'examine pas de près la main de cette malade; elle ne tient sa main immobile que grâce à son attention, en faisant effort pour serrer sa main sur ses genoux. Mais, disons-lui de porter la main sur son nez, elle n'y arrive qu'en se frappant la joue d'un assez violent soufflet. J'ai déjà montré cette jeune fille il y a deux ou trois ans, et j'ai fait remarquer l'hémianesthésie qui existait chez elle. Or cette hémianesthésie a disparu. C'est qu'en effet l'hémianesthésie cérébrale, d'origine organique, est absolument identique à l'hémianesthésie d'origine hystérique.

Elle se présente avec les mêmes troubles de la vision, du goût, etc., que chez nos hystériques. Ainsi cette fille a présenté un rétrécissement concentrique du champ visuel pour les couleurs de l'œil gauche. Nous l'avons traitée par les applications métalliques en la prenant, dans nos expériences de contrôle des expériences de M. Burq, comme type de comparaison : à notre grand étonnement, elle recouvre la sensibilité et la vision normale des couleurs.

J'ai entendu dire qu'un clinicien de premier ordre pensait que j'étais le jouet de mes hystériques, au sujet de nos études sur l'achromatopsie; mais il ne suffit pas de constater si une hystérique voit le violet, pour dire qu'elle n'est pas atteinte de troubles visuels : il faut, *avec les procédés de mensuration devenus classiques*, déterminer quelle est l'étendue de son champ visuel, et alors je réponds que l'on trouvera toujours, chez une hémianesthésique, d'origine cérébrale ou hystérique, soit de l'achromatopsie, soit un rétrécissement concentrique du champ visuel.

Chez cette jeune fille la sensibilité est revenue, mais l'hémichorée a persisté.

Voici une autre femme qui a été frappée d'hémiplégie, puis d'hémichorée. Mais, chez elle, les mouvements choréiformes sont, actuellement, beaucoup moins accusés qu'au début : ce fait prouverait donc que l'hémichorée n'est pas indélébile.

V. *Hémiathétose.* — L'athétose est un des accidents des lésions en foyer situées dans le cerveau : ce n'est pas une maladie spéciale, c'est un symptôme qui se développe lorsque la lésion porte sur un siège particulier.

Athétose signifie : *pas de position fixe* pour les doigts. Les doigts des mains sont toujours en mouvement, se meuvent dans tous les sens, les uns indépendamment des autres et d'une façon contradictoire : on dirait les tentacules d'un poulpe. La main, ainsi décomposée en segments, ne peut tenir aucun objet. Pendant ce temps, le pied se redresse aussi et se convulse. Vous voyez chez cette jeune fille l'athétose du côté gauche. Du côté gauche, la face exécute aussi des mouvements involontaires et grimace. Ce mouvement est perpétuel et dure même, le plus souvent, pendant le sommeil. C'est une variété de l'hémichorée, dans laquelle le mouvement choréiforme n'occupe que les extrémités des doigts; les doigts font ainsi des mouvements lents et forcés; ils prennent des positions exagérées, et, à la longue, ce désordre de mouvements amène une laxité articulaire suivie de subluxations telles que celles que je vous fais voir chez cette autre jeune fille, atteinte d'hémiathétose droite, et chez cette autre femme : les doigts de la main sont tendus; les orteils se recroquevillent et le pied se renverse en dehors; le membre supérieur se contracture. Voici encore une vieille femme de soixante-cinq ans, dont l'athétose date de l'enfance; toutefois cette affection n'est pas incurable; elle peut guérir, comme diverses paralysies des membres disparaissent, par exemple, par la guérison d'une pachyméningite syphilitique.

VI. *Sclérose en plaques.* — La sclérose en plaques cérébro-spinale a été confondue longtemps avec la paralysie agitante, précisément à cause des tremblements qu'elle présente. Voici une malade qui a vécu plus de dix ans dans le service de M. Béhier. Lorsqu'elle est debout, surtout lorsqu'elle marche, la tête remue, et une titubation particulière se produit. Nous répétons ici une expérience qui est caractéristique : si l'on dit à cette femme de prendre sur ce plateau ce verre rempli d'eau : « Si plein que cela ! » s'écrie-t-elle. C'est qu'en effet, dès qu'elle saisit le verre, elle répand la moitié du contenu ; en le portant à ses lèvres, elle peut à peine boire; la tête s'agitant toujours, le verre choque contre ses dents et tout le liquide est renversé.

J'ai observé autrefois une femme qui me cassait tout mon ménage de garçon; je la croyais atteinte de paralysie agitante; elle succomba, et, à l'autopsie, je trouvai de la sclérose en plaques. C'est cette observation qui m'amena à établir la distinction qui existe entre ces deux affections, qui sont bien distinctes. Chez cette malade, pendant le repos, il n'y a pas de tremblement. Ce tremblement ne commence que lorsque la malade exécute un mouvement volontaire; puis le nystagmus, l'amblyopie, l'induration blanche des nerfs optiques, l'embarras particulier de la parole, sont autant de signes ayant une valeur sérieuse.

Les membres inférieurs nous présentent les caractères que je vous ai déjà signalés de la paralysie spasmodique, qui se traduit par l'impossibilité de mouvoir avec tendance à la contracture des membres : vous constatez le signe du *tendon rotulien* et la *trépidation provoquée* par le redressement de la pointe du pied. De là à la contraction permanente il n'y a pas loin.

Nous terminerons cette conférence en vous montrant ces projections de coupes histologiques de la moelle et du cerveau. On a traité nos projections à la lumière électrique d'ombres chinoises et de lanterne magique; on en dira ce que l'on voudra, mais, n'en déplaise aux hystérophobes, je crois que c'est obtenir un résultat satisfaisant que de vous faire voir ces coupes et ces préparations microscopiques, absolument comme si vous les examiniez vous-mêmes au microscope. Vous pouvez voir successivement les coupes à l'état normal, puis des coupes de points sclérosés, et des pièces se rapportant à l'ataxie locomotrice dont nous nous occuperons dans la prochaine conférence.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Les pneumonies nerveuses.

(Leçon recueillie par le docteur Garcin, chef de clinique.)

Il existe des pneumonies nerveuses. Il y en a qu'un trouble nerveux produit et d'autres auxquelles un trouble nerveux participe. Trois pneumonies ont une origine exclusivement nerveuse : la pneumonie par lésion du pneumogastrique, celle par lésion de la moelle et celle par lésion de l'encéphale. Deux pneumonies sont soumises à l'influence encore mal déterminée du système nerveux : la pneumonie palustre et la pneumonie commune. Voilà ce que nous allons établir aujourd'hui.

I.

La *pneumonie par lésion du pneumogastrique* a été produite par l'expérimentation physiologique et constatée par l'observation clinique.

Legallois, à la suite de la section du pneumogastrique au cou, a observé l'hépatisation pulmonaire. Cl. Bernard et après lui d'autres physiologistes, notre collègue Livon entre autres, ont répété cette expérience et observé des lésions diverses.

Comme Legallois, ils ont quelquefois rencontré l'hépatisation rouge plus ou moins étendue ou seulement en noyaux disséminés; par exception l'hépatisation grise, signalée notamment par Vulpian.

Plus souvent ils ont produit une pneumonie analogue à la pneumonie catarrhale de l'homme. Il y a congestion, infiltration d'un liquide qui peut renfermer de nombreux leucocytes, desquamation épithéliale; les cellules pulmonaires sont alors comblées par le liquide et par les cellules épithéliales détachées.

Indépendamment de cette pneumonie proprement dite, il peut y avoir simple congestion et infiltration œdémateuse, il peut y avoir aussi des noyaux d'hémorrhagie et des ecchymoses sous-pleurales. Il peut y avoir également emphysème et bronchite avec accumulation dans les bronches d'une plus ou moins grande quantité de mucus.

Ces lésions, comme le remarque Schiff, peuvent être doubles alors cependant qu'un seul nerf a été lésé, à cause des anastomoses que s'envoient réciproquement les deux pneumogastriques dans le plexus pulmonaire.

Des altérations analogues à celles que les physiologistes ont provoquées, nous autres cliniciens, nous les avons observées dans leur développement spontané.

Il y a environ deux ans, au mois de mars 1876, un malade succombait dans le service à un cancer œsophagien. Ce malade mourut de faim, mais il eut du côté du poumon des noyaux de dégénérescence, des poussées de congestion et des foyers de pneumonie.

Les noyaux de dégénérescence siégeaient exclusivement au sommet droit, près de l'altération œsophagienne; c'était une propagation.

Les poussées de congestion, plus prononcées à droite, étaient accusées par leurs signes physiques et par leur marche. Les signes physiques consistaient en des sous-crépitants fins mêlés de sibilants et en un souffle léger à l'expiration. La marche était encore plus caractéristique, puisque ces signes disparaissaient au bout de deux ou trois jours.

Les foyers de pneumonie furent encore plus incontestables, puisque nous les avons trouvés à l'autopsie. Il y en avait de deux catégories : au sommet du poumon droit, les noyaux de dégénérescence étaient entourés chacun d'une atmosphère inflammatoire; à la base du poumon gauche il y avait un vaste foyer d'hépatisation, aussi éloigné que possible des points dégénérés.

Ce fait avait à mon avis une haute valeur. Je m'en suis servi pour faire pénétrer dans votre esprit une vérité encore inconnue et pour vous en donner l'explication. *La fréquence de la pneumonie dans le cancer de l'œsophage*, ses nombreuses variétés de siège et de forme dans cette maladie ; telle est cette vérité. *Son origine nerveuse par altération du pneumogastrique*, telle est cette explication.

Quelques rapides recherches m'avaient en effet permis de trouver dans la science près de vingt observations où cette pneumonie était soit décrite, soit mentionnée. Tantôt l'hépatisation se montre par îlots, comme dans l'observation de Vigla; tantôt elle revêt l'aspect d'une pneumonie commune double parvenue au deuxième et au troisième degré, comme dans une observation de Béhier et dans une autre de Chassaignac; tantôt il y a des abcès du poumon, comme dans une observation de Bernardus, où existait un abcès du poumon gauche, et dans celle de Watson, où des points purulents étaient disséminés dans le poumon gauche; tantôt l'inflammation aboutit à une sorte de ramollissement et d'état putrilagineux, comme dans un fait de Grisolle ; tantôt enfin elle se termine par gangrène, comme dans un fait de Millard où, à la suite d'un cancer épithélial de l'œsophage, s'était développée la gangrène du lobe inférieur gauche.

La fréquence de ces pneumonies dans le cancer de l'œsophage prouve qu'elles ne sont pas une simple coïncidence. Elles ne sont pas non plus une altération de voisinage, car le plus souvent elles se sont développées à une grande distance de l'œsophage et des points dégénérés du poumon. L'on en trouve une explication toute naturelle dans les rapports de l'œsophage avec le pneumogastrique.

Ces rapports sont surtout intimes pour le pneumogastrique droit. Placé dans le sillon qui sépare l'œsophage de la trachée, ce nerf fournit au niveau de la bifurcation trachéale des filets nombreux qui s'anastomosent avec ceux venus du pneumogastrique gauche pour former le plexus pulmonaire. Quant au pneumogastrique gauche, après avoir croisé la face antérieure de la crosse aortique, il passe verticalement en arrière de la bronche gauche et envoie ses rameaux s'anastomoser avec ceux du pneumogastrique droit. Ensuite les deux pneumogastriques restent accolés à l'œsophage, le gauche en avant, le droit du côté droit, puis en arrière du même canal. Dans les cancers de la partie moyenne de l'œsophage, gagnant comme le nôtre les tissus et les organes voisins, il est impossible que les pneumogastriques ou leurs rameaux ne soient pas plus ou moins altérés; aussi avons-nous déclaré que le pneumogastrique était lésé et que la lésion du pneumogastrique était la cause de la pneumonie de la base chez notre malade ainsi que de la plupart des pneumonies qui se développent dans le cancer de l'œsophage. En effet, notre chef de clinique, le docteur Garcin, a constaté que le pneumogastrique droit était, dans une étendue de trois centimètres, englobé dans la dégénérescence; ses faisceaux étaient dissociés, ses tubes isolés les uns des autres, les cylindres d'axe en grande partie remplacés par des granulations graisseuses.

La pneumonie consécutive au cancer de l'œsophage a donc pour cause une altération du pneumogastrique. C'est une pneumonie nerveuse.

Cette pneumonie est analogue à celle que les physiologistes produisent par la section du pneumogastrique. Si elle se présente sous plusieurs aspects, elle paraît avoir une tendance assez prononcée à l'hépatisation grise, à la suppuration et à la gangrène, ce qui s'explique par l'état général des malades : ils sont cachectiques, ils souffrent d'inanition, et c'est précisément la condition que Cl. Bernard a signalée, pour que, à la suite d'une lésion des vaso-moteurs, de simples congestions deviennent des inflammations suppuratives.

Quatre mois après la leçon que j'avais consacrée à ce sujet, le docteur Hanot publiait dans les *Archives générales de Médecine* un mémoire intitulé : *Du rapport entre l'anévrysme de la crosse de l'aorte et la pneumonie caséeuse.* Il avait été précédé dans cette voie par Abersohn d'abord et surtout par Hérard et Cornil ensuite. Ces auteurs ont été amenés par des faits cliniques à soutenir l'opinion que les anévrysmes de la crosse de l'aorte peuvent, en comprimant le pneumogastrique et par irritation continue, produire les lésions de la pneumonie chronique qui simulent quelquefois la tuberculose. Hanot, soutenu en ce point par Baréty et par Pitres, inclinerait plutôt à croire que la compression de l'artère pulmonaire joue un certain rôle dans la production de cette pneumonie.

Il n'est donc pas absolument certain que ce soit là dans tous les cas une pneumonie nerveuse. C'est seulement probable. Si sa marche est plus lente que celle qui dérive du cancer œsophagien ; si son évolution plus longue aboutit à une altération caséiforme plutôt qu'à la suppuration et à la gangrène, c'est sans doute parce que l'altération du pneumogastrique y est moins brusque et moins complète; il s'agit ici d'un nerf irrité et progressivement comprimé plutôt que rapidement dégénéré.

Mais c'est bien plus une pneumonie nerveuse qu'une pneumonie caséeuse. Les recherches d'Hanot, conformes à celles de Ducastel, nous montrent un tissu rosé, de consistance tremblotante, des alvéoles remplies d'une matière colloïde renfermant des éléments vésiculeux, quelques cellules épithéliales et embryonnaires, le tout sans granulations.

De son côté, notre chef de clinique, le docteur Garcin, a constaté l'existence d'une pneumonie chronique à l'autopsie d'un sujet qui était mort d'un anévrysme de l'aorte; l'aspect extérieur de cette pneumonie, dont malheureusement l'examen microscopique n'a pas été fait, indiquait un état en quelque sorte colloïde et non pas caséeux.

Qu'il s'agisse d'une section produite par le scalpel du physiologiste ou d'une lésion diagnostiquée par l'expérience du clinicien et constatée par le microscope de l'anatomiste, le procédé par lequel l'altération du pneumogastrique détermine des troubles broncho-pulmonaires est identique dans tous les cas. Quel est ce procédé? quel est le mécanisme par lequel s'opère cette filiation de phénomènes morbides?

Plusieurs explications en ont été données.

La première est celle de Mendelsohn. Elle s'applique moins à la pneumonie en particulier qu'aux troubles respiratoires en général, qu'elle attribue à la paralysie des cordes vocales. En effet, la section des récurrents paralyse tous les muscles du larynx, sauf le crico-thyroïdien, les dilatateurs de la glotte ne fonctionnent plus, d'où rétrécissement de la glotte et caractère plus particulièrement laborieux des inspirations; les troubles respiratoires seraient la conséquence de ce phénomène primitif.

J'ai observé la paralysie du récurrent dans des anévrysmes de l'aorte; il y avait un cornage particulier, pas de pneumonie. Le cornage par altération probable du récurrent, nous l'observons en ce moment chez un de nos ataxiques, le n° 11 de la salle Ducros; ici, encore, pas de pneumonie, mais seulement un rhonchus qui a évidemment son origine dans les parties supérieures des voies respiratoires. D'ailleurs Cl. Bernard a prouvé par une expérience concluante que les troubles laryngés ne peuvent produire, après la section du pneumogastrique, les altérations pulmonaires. Il a observé les mêmes lésions du poumon chez des animaux auxquels il avait préalablement pratiqué la trachéotomie et placé une canule qui permettait à l'air, quel que fût l'état du larynx, de pénétrer toujours dans les poumons.

Traube a imaginé une autre théorie qui n'a eu que trop de succès.

L'introduction de parcelles alimentaires dans les voies aériennes y produirait une atmosphère inflammatoire. C'est la transformation en loi générale d'un fait exceptionnel qui, constaté par Vulpian, a entraîné sa conviction. D'ailleurs l'expérience de la canule qui ferme la trachée aux aliments répond encore à cette théorie, et c'est une mauvaise défense] que d'accuser alors l'inflammation de la trachéotomie; si cette influence était réelle, il ne serait plus permis de pratiquer la trachéotomie dans le croup, ni dans aucune autre affection.

Vulpian a incriminé la perte de sensibilité et Longet la paralysie des fibres lisses, d'où viendrait l'accumulation de mucosités, ce qui pourrait expliquer les phénomènes bronchiques et non pas les phénomènes pulmonaires.

Devant l'impuissance de ces théories, la physiologie actuelle tend à ne pas attribuer au pneumogastrique lui-même ces lésions vaso-motrices du poumon dont j'ai en vain cherché la description dans le grand travail d'Arloing et Tripier sur les fonctions du nerf vague.

En tournant ses regards d'un autre côté, Schiff a enfin trouvé la voie. Ces altérations pulmonaires de nature congestive ou inflammatoire ne proviennent pas du pneumogastrique lui-même, mais des fibres vaso-motrices que le grand sympathique est venu lui apporter. Cette opinion, également développée par Genzmer, paraît être la vraie solution du problème.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 décembre 1878. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîment de M. le docteur Notta (de Lisieux) récemment élu membre correspondant de l'Académie ;

2° Une lettre de candidature de M. le docteur Cadiat pour la section d'anatomie et de physiologie ;

3° Un travail de M. Husson, pharmacien à Toul, sur le café, le thé et la chicorée ;

4° Un rapport sur les eaux thermales d'Aix en Savoie, par M. L. Monoud, interne des eaux minérales ;

5° Une lettre de M. Luys accompagnant l'hommage d'un certain nombre de photographies relatives à l'histologie normale et pathologique du cerveau de l'homme.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces de la correspondance imprimée deux thèses soutenues par M. le docteur Charles Richet fils devant la Faculté des sciences, dont une sur le *suc gastrique*. Ces thèses sont très-remarquables.

RAPPORT

M. PANAS, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Richet et Gosselin, lit un rapport sur un travail de M. Lannelongue, intitulé : *De l'ostéomyélite pendant la croissance.*

Après avoir, en termes généraux, rendu hommage au talent et à la précision scientifique qui distinguent ce travail, le rapporteur expose de suite les opinions de M. Lannelongue relativement à l'origine de la maladie en question, au siège qu'elle occupe, au traitement qu'elle réclame, aux causes qui la provoquent et peuvent l'aggraver.

M. Lannelongue admet toujours une origine médullaire pour l'ostéomyélite et se refuse à admettre que jamais le périoste puisse devenir primitivement malade. En conséquence, il préconise une trépanation hâtive pour pénétrer dans le canal médullaire, alors qu'il s'agit d'un os long, pour donner issue au pus formé, etc. M. le rapporteur est d'accord avec lui sur l'utilité de cette méthode thérapeutique. Mais, tout en maintenant l'existence possible d'un double foyer d'irradiation phlegmasique, à savoir le périoste d'une part, et la moelle endostale surtout au voisinage du cartilage épiphysaire d'autre part, c'est-à-dire les tissus les plus vasculaires et ceux qui possèdent la plus grande activité nutritive dans les os.

Comme cause première, M. Lannelongue invoque l'irritation physiologique qui préside à la naissance des os, aidée souvent dans son action par de mauvaises conditions hygiéniques et surtout par le froid humide, avec combinaison ou non d'un coup direct porté sur la région.

M. Panas remarque que c'est là ne pas sortir des généralités, et il croit possible de rendre compte des diversités d'allures de l'affection, en admettant que, toujours identique dans son essence, elle doit la gravité si grande qu'elle a parfois, les accidents septicémiques ou typhiques qui la compliquent, à une septicémie ou intoxication du sang lui-même.

Il rappelle à ce sujet : 1° les expériences de Maas, lequel, ayant détruit la moelle, a constaté que cette lésion ne provoque pas fatalement la nécrose de l'os, sauf quand le périoste a été largement détruit ou quand des altérations septiques se sont emparées de la moelle; 2° celles de Kocher, lequel a trouvé que la destruction de la moelle, pratiquée *antiseptiquement* et avec le soin de fermer ensuite le trou du trépan avec une cheville en ivoire, ne provoquait chez les animaux ni nécrose ni phénomènes généraux graves, mais que par contre l'introduction de liquides septiques contenant des bactéridies actives, en quantité, donnait lieu à la nécrose et à la mort par ostéomyélite putride. Le même résultat était obtenu quand on nourrissait les animaux en expériences avec des matières septiques. L'auteur rappelle à ce propos les résultats identiques obtenus par M. Chauveau (de Lyon) dans ses expériences sur le bistournage.

D'après ces expériences, M. Panas admet une infection primitive du sang par des germes qui ont pu pénétrer par les diverses surfaces muqueuses dans les cas où l'ostéo-myélite amène des accidents putrides sans que la putridité soit causée localement par l'action de l'air sur la moelle de l'os mise à son contact.

Pour éviter cette décomposition putride de la moelle et les accidents infectieux qui en résultent, en cas de trépanation de la moelle, M. Panas conseille de se servir de la méthode antiseptique. Après être entré dans des détails pratiques assez minutieux sur les indications à remplir durant les diverses périodes de cette maladie, M. le rapporteur conclut en proposant, au nom de la commission :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

DISCUSSION

M. COLIN demande à présenter quelques observations sur deux points du rapport de M. Panas qui lui semblent demander quelques éclaircissements.

M. le rapporteur a parlé de l'influence du contact de l'air sur la moelle des os, comme cause d'infection putride. M. Colin déclare avoir fait de nombreuses expériences dans lesquelles il a, sur divers animaux, exposé le canal médullaire au contact de l'air, et jamais il n'a vu se produire d'accidents sérieux de septicémie, bien que ces animaux fussent exposés à l'air impur des étables. Il ne suffit donc pas qu'il y ait contact de l'air impur avec la moelle des os pour que la septicémie se produise; il faut encore une autre cause, inconnue, il est vrai, mais qui pourrait bien être la mort des éléments anatomiques qui se décomposent ensuite indépendamment du contact de l'air. Dans l'opération dite du *bistournage*, qui consiste dans la torsion du cordon testiculaire, il ne se produit jamais d'accidents putrides. Mais, si l'on froisse fortement le testicule sans entamer pourtant la peau du scrotum, on voit se produire des phénomènes de gangrène, et l'animal meurt d'accidents septiques. Donc des accidents septiques peuvent se produire sans le contact de l'air. Par opposition, M. Colin a fait d'autres expériences dans lesquelles il a exposé au contact de l'air des plaies faites à des animaux, et il n'a pas déterminé la septicémie. Ainsi, suivant lui, d'une part, le contact de l'air ne produit pas toujours des accidents septiques, et, d'autre part, ces accidents peuvent se produire en dehors du contact de l'air.

M. PANAS dit qu'il n'y a pas désaccord entre l'argumentation de M. Colin et les termes de son rapport. Il est d'accord avec M. Colin lorsque son collègue dit qu'il ne suffit pas que l'air soit mis en contact avec le canal médullaire pour produire l'ostéo-myélite putride; il faut, en effet, que l'air contienne quelque chose de spécial; il faut, par exemple, l'air impur des salles d'hôpitaux; d'autre part, il existe des ostéo-myélites putrides spontanées, par conséquent indépendantes de l'action de l'air, et qui ne peuvent s'expliquer que par l'admission d'un principe infectieux dans le sang des malades.

M. JULES GUÉRIN dit qu'il importe de dédoubler la question pour la dégager de ses obscurités. Il est, depuis longtemps, parfaitement établi que les opérations pratiquées sur des tissus sains, quels qu'ils soient, ne donnent jamais lieu à des accidents, à la condition qu'elles soient pratiquées à l'abri du contact de l'air. Mais si, dans certaines circonstances, il se mêle à l'opération des éléments hétérogènes, si, par exemple, les tissus divisés sont mis en contact avec des éléments antipathiques de l'économie, il se produit alors des phénomènes de suppuration ou de putréfaction, même à l'abri du contact de l'air. Il importe donc de ne pas confondre les diverses données de la question dont il s'agit, et de reconnaître que, si des accidents se produisent dans ces opérations faites à l'abri du contact de l'air, c'est que des éléments antipathiques ont été mêlés accidentellement aux tissus divisés, détritus de tissus, éléments, morts, qui peuvent devenir le point de départ de phénomènes de septicémie.

M. COLIN déclare qu'il y a une distinction importante à établir entre ce qui doit se présenter à la suite d'une opération faite dans des conditions physiologiques, et ce qui arrive lorsque les tissus ont subi la mortification. Il est certain que, dans le premier cas, tout se passe avec simplicité lorsque l'opération a été pratiquée à l'abri du contact de l'air. Mais, dans d'autres conditions, si, par exemple, les tissus sous-jacents à la peau sont meurtris, mortifiés, la peau demeurant d'ailleurs intacte, il peut se produire, en dehors du contact de l'air, des accidents de gangrène et de septicémie, comme dans le bistournage, accompagné de froissements graves du testicule. Il s'agit de savoir si dans l'ostéo-myélite putride il n'y a pas quelque cause analogue, qui agit sur les éléments anatomiques pour les altérer.

M. BOULEY dit qu'il faut établir en principe absolu que, lors même que les tissus sous-jacents à la peau ont subi les altérations les plus graves, pourvu que celle-ci reste intacte et que les tissus mortifiés soient à l'abri du contact de l'air, ces tissus se nécrosent, mais ne se putréfient pas. Ainsi, dans l'opération du bistournage, les tissus subissent des meurtrissures, se *nécrobiosent*, meurent sur place, mais ne sont le siège d'aucun phénomène de putréfaction si ce n'est dans des cas exceptionnels dont il faudrait déterminer les conditions inconnues. On voit tous les jours des chevaux recevoir des contusions graves accompagnées d'épanchements de sang plus ou moins considérables dans les tissus; si la peau demeure intacte, la plupart du temps, ces accidents sont sans gravité; mais, si l'on commet l'imprudence d'ouvrir les tumeurs sanguines, on voit immédiatement se produire les accidents gangréneux et septiques sur lesquels Renault (d'Alfort) a si justement appelé l'attention des vétérinaires.

Dans la péripneumonie contagieuse de la vache ou du bœuf, le poumon peut se sphacéler, se nécroser; il peut se produire un tissu purulent dans lequel nagent les détritus de tissu pulmonaire; mais il n'y a pas de putréfaction, tant que le tissu sphacélé n'est pas mis en contact avec l'air. Donc, en règle générale, toutes les fois que la peau est intacte ou que les tissus sont soustraits au contact de l'air, les tissus peuvent se mortifier, se nécroser, mais ils ne subissent pas la putréfaction.

M. COLIN dit que M. Bouley confond la mort réelle avec la mort apparente. Dans le bistournage le testicule n'est pas mort, la circulation continue dans cet organe; rien d'étonnant dès lors qu'il n'y ait pas de putréfaction; mais, lorsque le testicule est gravement froissé ou contusionné, il se produit des phénomènes de septicémie. De même dans la péripneumonie les parties sphacélées des poumons conservent des liens vasculaires qui empêchent la putréfaction d'avoir lieu.

M. BOUILLAUD rappelle qu'il existe une loi générale, absolue, sortie jusqu'ici victorieuse de toutes les attaques, loi en vertu de laquelle la présence de l'air est absolument indispensable pour qu'il s'établisse un travail de putréfaction proprement dite dans une partie de l'organisme frappée de mort. Quel que soit le mode qui préside à la putréfaction, qu'elle soit due à des germes ou à d'autres conditions, le contact de l'air est indispensable à sa production.

Qu'il s'agisse d'organes extérieurs ou d'organes internes, toujours la présence de l'air préside aux accidents de putridité, de septicémie. Il est remarquable de voir les mêmes maladies, suivant que les organes qui en sont affectés sont exposés ou non à l'action de l'air, présenter ou ne pas présenter les accidents de la septicémie.

On pourrait parcourir tout le cadre des maladies inflammatoires et des pyrexies, toujours on trouvera, comme M. Bouillaud l'avait annoncé dès l'année 1826, au début, pour ainsi dire, de sa carrière médicale, que partout où existe un élément fermentescible, principalement dans les affections gastro-intestinales, peuvent se produire des accidents de septicémie, de putridité.

M. CHAUVEAU dit qu'il a pratiqué maintes fois le bistournage, de manière à détacher complètement le testicule du cordon, et séparer ainsi l'organe de toutes les connexions vasculaires; or, dans ces conditions, *jamais, jamais* il n'a vu se produire des phénomènes de putréfaction. Il est allé encore plus loin, il a empêché, par diverses manipulations répétées durant une quinzaine de jours, le testicule de contracter des adhérences avec les parties voisines, de se greffer pour ainsi dire sur elles; alors, il s'est formé seulement un vaste abcès scrotal, dans lequel flottait le testicule; mais il n'y avait pas de putréfaction.

La septicémie ne s'est produite que dans les cas où M. Chauveau, préalablement à l'opération du bistournage, injectait, dans le sang de l'animal, des liquides contenant quelques éléments septiques.

M. TRÉLAT rappelle qu'il existe dans la science des faits de séquestres osseux restés dans les tissus, à la suite de nécroses, pendant plusieurs années, et même, une fois, pendant trente-sept ans, sans avoir conservé le moindre lien vasculaire, nerveux ou autre, avec l'organisme. Or la présence de ces séquestres dans les tissus n'a déterminé aucun travail de fermentation putride. On pourrait donc poser en loi la proposition suivante : toutes les fois qu'une portion quelconque de matière organique, os, muscle, cellule, globule de sang, etc., reste dans l'organisme en dehors des conditions physiologiques, elle garde un certain *modus vivendi*; elle

subit des modifications qui sont toujours de l'ordre de la vie (enkystement, régression, absorption, résorption), et elle peut ainsi séjourner dans l'organisme pour ainsi dire indéfiniment sans être le siège de fermentation putride, si elle reste à l'abri du contact de l'air.

M. PANAS, rappelant la discussion à ses termes naturels dont elle s'est considérablement éloignée, dit qu'il faut tenir grand compte des conditions dans lesquelles se développent, chez tel ou tel enfant atteint d'ostéomyélite, les phénomènes d'infection putride.

Pour expliquer pourquoi ces accidents se manifestent chez l'un et pas chez l'autre, on a fait jouer un rôle à la constitution bonne ou mauvaise du sujet, à ses bonnes ou mauvaises conditions hygiéniques. Les expériences de M. Chauveau semblent donner la clef de ce problème pathologique ; il est rationnel de supposer que l'enfant, affecté d'ostéomyélite, chez lequel se manifestent des accidents de septicémie, avait dans son sang des éléments septiques.

La discussion se continuera dans la prochaine séance, M. Colin ayant demandé la parole pour répondre aux diverses argumentations des membres qui ont parlé après lui.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de la marine a reçu du gouverneur du Sénégal la dépêche suivante : « Saint-Louis, 10 décembre. — Ainsi que je vous le faisais espérer dans mon dernier télégramme, la situation sanitaire continue à s'améliorer. Du 26 novembre jusqu'à ce jour, on n'a eu à constater que *quatre* décès dans toute la colonie. La santé est bonne à bord de tous les avisos. Le *Castor* a repris la mer. J'espère pouvoir vous demander d'expédier dans le courant de janvier le personnel destiné à la colonie. »

— *Hôpitaux de Paris.* — Par suite de la retraite de MM. les docteurs Noël Guéneau de Mussy et Fauvel, arrivés au terme de leur exercice, et de la création de quatre places de médecin titulaire à l'hôpital Temporaire, les mutations suivantes auront lieu dans les services de médecine des hôpitaux de Paris à partir du 23 décembre 1878 :

M. Moutard-Martin passe de Beaujon à l'Hôtel-Dieu. — M. Empis, de la Charité à l'Hôtel-Dieu. — M. Chauffard, de Necker à la Charité. — M. Gombault, de la Pitié à Beaujon. — M. Ollivier, de La Riboisière à Necker. — M. Constantin Paul, de Saint-Antoine à La Riboisière. — M. Brouardel, de Saint-Antoine à la Pitié. — M. Cornil, de Lourcine à Saint-Antoine. — M. Ball, de Saint-Antoine à l'hôpital Temporaire. — M. Damaschino, de La Rochefoucauld à l'hôpital Temporaire. — M. Hayem, de Ménilmontant à Saint-Antoine.— M. Ferrand, d'Ivry à l'hôpital Temporaire. — M. Rigal, de Ménilmontant à Saint-Antoine. — M. Audhoui, de Ménilmontant à Ivry.— — M. Grancher, du Bureau central à Ménilmontant. — M. Liouville, du Bureau central à La Rochefoucauld. — M. Dieulafoy, du Bureau central à Ménilmontant. — M. Strauss, du Bureau central à Ménilmontant. — M. Legroux, du Bureau central à l'hôpital Temporaire. — M. Rendu, du Bureau central à Lourcine.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, s'ouvrira, le 15 juin 1879, à ladite École. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *École de médecine de Reims.* — Des concours s'ouvriront le 16 juin 1879, près ladite École : 1° pour un emploi de suppléant de chimie et de pharmacie ; 2° pour un emploi de chef des travaux chimiques. — Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance a élu de la façon suivante son bureau pour l'année 1879 :

Président : M. Fontès. — Vice-présidents : MM. Commenge et Dal-Piaz. — Secrétaire général : M. Passant. — Secrétaires : MM. Paul Richard et Dehenne. — Archiviste : M. Machelard. — Trésorier : M. Le Coin.

Membres du conseil d'administration et de famille : MM. Labarraque père, Domerc et Baudouin.

Membres du comité de publication : Pour la médecine, MM. Dupouy et Gibert. Pour la chirurgie : MM. Bonnefoy et Thorens. Pour les accouchements : MM. Hamon et Verrier.

Cours d'anatomie comparée. — M. Paul Gervais, professeur, étudiera les caractères anatomiques des animaux, en insistant de préférence sur ceux employés dans la classification, ou qui peuvent servir à la reconstruction des espèces éteintes ; le squelette et le système dentaire des vertébrés, ainsi que la structure et le mode de développement, l'occuperont plus particulièrement. Les leçons auront lieu les mercredis et vendredis, à deux heures et demie. Elles seront complétées par des conférences qui auront lieu le lundi, de midi à une heure, au laboratoire ou dans les galeries publiques au Muséum.

Le guaco, ses propriétés médicales, son application. Traitement des affections cancéreuses, etc., par le docteur VON SCHMITT. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le typhus observé à l'hôpital du Dey, à Alger.

Depuis la grande étude collective du typhus faite par nos médecins militaires pendant la guerre de Crimée et la mémorable discussion à laquelle elle a donné lieu au sein de la Société médicale de Constantinople, qui a définitivement fixé l'opinion sur la question jusque-là si vivement débattue de l'identité ou de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, quelques épidémies nouvelles ont été constatées et décrites, soit sur les hauts plateaux du Mexique, soit en Afrique au sein des tribus kabyles, qui n'ont fait que confirmer sur tous les points les observations de Constantinople et en particulier le fait de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Cependant deux épidémies nouvelles survenues à quelques années de distance en Algérie, en 1864 et en 1868, sous l'influence de la famine, ce qui leur a fait donner le nom de *typhus de la faim*, ont été l'occasion d'une dissidence, très-partielle, il est vrai, on pourrait même dire individuelle, au milieu d'un accord que l'on pouvait croire jusque-là unanime. Une lésion, non pas semblable, mais analogue à celle des lésions intestinales de la fièvre typhoïde, a été signalée et décrite par un médecin d'Alger, sous le nom de *plaques rasées*, comme constituant le caractère anatomo-pathologique de la pyrexie typhique. M. le docteur Masse, médecin principal de 1re classe, qui avait déjà observé le typhus d'Orient à l'hôpital de Péra, où, par parenthèse, il en a été atteint lui-même, s'étant trouvé une seconde fois à même de l'étudier à Alger, en 1868, à l'hôpital du Dey où il était médecin traitant, a saisi cette occasion pour discuter à nouveau ce point de l'histoire du typhus. Cette nouvelle épidémie présentait, en outre, un autre genre d'intérêt tout particulier, son origine *famélique*. En empruntant au livre très-intéressant publié à ce sujet par M. le médecin principal Masse, sous le titre de *Typhus et fièvre typhoïde* (1), quelques-uns des traits principaux de cette épidémie, nous insisterons plus particulièrement sur ces deux points, l'étiologie et l'anatomie pathologique.

(1) 1 vol. in-8°. Paris, 1878. G. Masson.

I

En 1867, lorsque la disette se manifesta parmi les Arabes, chacun de nous, dit M. Masse, eut la pensée de l'explosion probable et prochaine du typhus. Cependant quelque temps s'écoule sans voir de véritables cas de typhus bien caractérisés. Mais pendant ce temps se passaient des scènes lamentables, des milliers d'Arabes succombèrent dans les villes et plus encore dans les tribus et dans les champs... Les premiers cas de typhus authentique furent constatés à Milianah, par le médecin en chef de l'hôpital militaire de cette ville, où un grand nombre de faméliques avaient été admis d'urgence. Le typhus n'y existait pas encore, mais, peu après l'arrivée des Arabes, il ne tarda pas à s'y manifester. Des faméliques avaient été aussi admis en grand nombre à l'hôpital civil d'Alger (Mustapha) *extra muros*. L'espace venant à manquer dans cet établissement, ces malheureux avaient, par ordre supérieur, été dirigés sur l'hôpital militaire du Dey. Des baraques, complètement isolées du reste de l'hôpital, avaient été mises à la disposition des faméliques, qui y étaient soumis au régime hospitalier. En outre, des dépôts de secours et des infirmeries furent créés. L'une de ces infirmeries fut instituée au fort des Anglais, sur le bord de la mer, une autre au fort l'Empereur, une troisième aux Tagarins. Le nombre des faméliques qui affluaient vers Alger grossissant sans cesse et l'envahissement de la ville par ces bandes affamées devenant un danger public, l'autorité dut recourir à une mesure extrême : le rapatriement. Quelques-uns des militaires employés à ce service et qui avaient été dans un rapport plus immédiat et plus prolongé avec les faméliques furent atteints de typhus. Des surveillants de l'un des dépôts de secours tombèrent également victimes du fléau. Enfin, des employés des bureaux arabes, des médecins et des infirmiers détachés de l'hôpital du Dey, pour le service du fort l'Empereur et des Tagarins, présentèrent aussi des cas de typhus. De tous ces éléments se forma le premier service des typhiques de l'hôpital du Dey, dont M. Périer, chef du corps médical militaire de la province, prit la direction. L'une des salles du service de M. Masse reçut une destination spéciale : elle fut affectée aux typhiques douteux envoyés par les régiments ou déclarés à l'hôpital.

Ainsi la présence des faméliques, parmi lesquels le typhus ne régnait pas encore, au milieu d'autres malades, contaminant l'air par l'encombrement et par tous les éléments nocifs qui s'échappaient de leurs organismes, telle a été la première origine des foyers partiels de typhus qui se sont graduellement étendus.

II

Nous serons bref sur la symptomatologie dans laquelle M. Masse a retrouvé en général les caractères constatés dans les épidémies précédentes et en particulier dans celle de Crimée (à la gravité près toutefois).

M. Masse a admis pour la description des symptômes et de la marche de la maladie trois périodes : la première, d'invasion et d'augment ; la deuxième, d'état ou période ataxo-adynamique ; la troisième, de déclin ou de rémission suivie de la convalescence. Nous ne nous arrêterons que sur ceux des symptômes de ces trois périodes qui présentent des particularités intéressantes à signaler.

Les exanthèmes. L'éruption qui a été observée le plus souvent est celle dite des taches rosées, formée le plus ordinairement par des macules, quelquefois par des papules rosées. Ces taches paraissaient d'abord sur l'abdomen, la poitrine, et s'étendaient le lendemain ou le surlendemain au tronc et aux membres, devenaient confluentes et pouvaient très-bien être considérées comme une éruption rubéoliforme générale.

Outre ces taches rosées, on voit souvent, dès les premiers jours, d'autres taches un peu plus grandes, plus irrégulières et d'une couleur plus sombre, ne s'effaçant pas sous le doigt. Ce sont de véritables ecchymoses, des pétéchies.

Outre ces deux éruptions, il s'est montré quelquefois des taches bleues ou ombrées sur l'abdomen, la poitrine, les cuisses.

Enfin, dans la plupart des cas, M. Masse a vu, vers la fin du deuxième septénaire ou dans le cours du troisième, apparaître des sudamina.

C'est ordinairement par la céphalalgie que commence la série des symptômes nerveux. Elle peut être générale, mais le plus souvent elle est locale, dans la région sus-orbitaire, les tempes ou l'occiput ; le plus ordinairement gravative. Il y a quelquefois aussi de la rachialgie. En même temps que la céphalalgie, il y a de l'obtusion des sens, dureté de l'ouïe, faiblesse de la vision, faiblesse générale, courbature, douleurs dans les membres, et quelquefois hyperesthésie cutanée, de l'anorexie et de la soif. A cet ordre de symptômes se rattachent le tremblement des lèvres, de la langue, des membres, l'irrégularité et l'incoordination des mouvements, les soubresauts des tendons, la carphologie, le hoquet, etc.

Les troubles intellectuels se manifestent vers le soir, par de l'agitation et le plus souvent par de l'insomnie accompagnée de rêves et de cauchemars. Ces premières modifications de l'état psychique sont assez souvent silencieuses et échappent parfois à l'attention. Mais, au bout de quelques jours, le subdelirium fait place au délire. Il existe alors un mélange d'hallucinations et d'actes maniaques.

III

La marche du typhus, ordinairement continue et rapide, présente parfois une apparence fugace, une sorte de forme abortive ; il est des cas dans lesquels sa marche est lente et procède à la manière de la fièvre typhoïde. Lorsque sa marche est rapide, elle peut être sidérante et amener la mort en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il ne s'est pas présenté de cas de ce genre dans l'épidémie en question. Le terme fatal le plus court a été de six jours. La durée moyenne de la maladie a été de quinze jours. La terminaison, dans cette épidémie, a été le plus souvent favorable. La guérison a même été la règle à l'hôpital du Dey, où, sur soixante-douze cas, il n'y a eu que quatorze décès ou dix-neuf pour cent environ. C'est aussi à peu près la proportion obtenue à l'hôpital civil d'Alger, où le nombre des morts n'a atteint que le cinquième, bien qu'on ait eu à y déplorer la mort de plusieurs sœurs. Dans cet hôpital le nombre des malades a été de trois cent onze, sur lesquels quarante-huit morts et deux cent soixante-trois guéris. Cette épidémie a été, comme on le voit, d'une assez grande bénignité relative, si on la compare surtout à celle de Constantinople qui a donné un chiffre de mortalité de cinquante pour cent.

La terminaison du typhus par guérison a lieu, en général, après une convalescence assez longue. Mais celle-ci, souvent franche et complète, est, dans d'autres circonstances qu'il est impossible de prévoir, brusquement interrompue par un accident, un œdème de la glotte, une otite purulente, des accès de fièvre, de la diarrhée, de la dysentérie, etc. On a vu des morts subites, au moment où l'on croyait la guérison presque assurée. Aussi la convalescence exigeait-elle une grande surveillance.

Comme dans les épidémies précédentes, le typhus a étendu son influence sur de vastes espaces qui avaient été soumis, au préalable, aux mêmes conditions désastreuses. Ainsi, pendant que M. Masse l'observait à Alger, il sévissait également en Tunisie, où M. le docteur Tagiuri en a attribué aussi l'origine principale à la famine, à laquelle s'ajoutaient les exhalaisons putrides de plus de vingt mille cadavres d'Arabes morts à Tunis et mal enterrés.

Suivant des influences multiples, idiosyncrasie, infection plus ou moins longue, les formes ont varié au début, de manière à simuler parfois une fièvre typhoïde muqueuse, tandis qu'ailleurs les troubles circulatoires, l'injection du visage et du tégument externe révélaient une forme inflammatoire. Dans l'un et l'autre cas, lorsque la maladie continuait son évolution, la toxicoémie se traduisait par des troubles de l'innervation, et amenait l'ataxo-adynamie.

Les complications ont été assez nombreuses. Elles ont dépendu le plus ordinairement de l'état hyperémique si manifeste du début, et quelques-unes sont plutôt un élément de la maladie qu'une complication. Ainsi en était-il des coryzas, des angines, des bronchites, des hyperémies des poumons. Toutefois M. Masse a cru pouvoir considérer comme complications les parotides, l'otite, les érysipèles de la face ou d'autres régions, les eschares, la pleurésie purulente, l'hémorrhagie pulmonaire simple ou accompagnée de l'œdème des lobes inférieurs, la phlegmasie pulmonaire lobulaire ou lobaire, la congestion rénale dénotée par la présence de l'albumine dans les urines, l'ictère produit par l'hyperémie du foie, les paralysies, les thromboses, et enfin les accidents spasmodiques ou éclamptiques qui jettent parfois une perturbation si profonde dans la marche de la maladie, et en enrayent le cours d'une manière fatale et bien inattendue.

IV

Les altérations anatomo-pathologiques, observées à la suite des autopsies faites à Alger, ne diffèrent point de celles que M. Masse avait déjà observées à Constantinople ; ce sont des altérations du système circulatoire, du système nerveux et du système de la digestion.

Le système veineux, surtout celui qui est en rapport avec les organes splanchniques, est distendu par le sang. Les gros vaisseaux en contiennent, en général, une forte proportion, avec quelques caillots plus ou moins considérables. Les petits vaisseaux et les capillaires sont dessinés par le sang qu'ils contiennent, et impriment, sur les membranes qu'ils par-

courent, les nuances variées que détermine leur hyperémie. Dans quelques régions, le sang est sorti des vaisseaux et forme des ecchymoses dans le tissu cellulaire, dans les muscles, dans l'épaisseur de la tunique intestinale. Le tissu musculaire du cœur est ramolli. Les poumons, outre l'hypostase simple ou œdémateuse, offrent aussi, dans quelques cas, des traces évidentes de pneumonie, et surtout de pneumonie lobulaire. Rarement on a trouvé de la pleuro-pneumonie, ou de la pleurésie purulente.

Il y a hyperémie, mais non phlegmasie des méninges, ainsi que de la partie corticale du cerveau, et une quantité plus ou moins grande de liquide séreux ou séro-sanguin dans les ventricules latéraux. M. Masse n'a point trouvé d'altération de la substance nerveuse cérébrale, dont la consistance était normale ou un peu diminuée, et dont les éléments, tubes ou cellules, ne paraissaient point modifiés. Quant au système nerveux ganglionnaire, il n'a rien présenté d'anomal.

Le tube digestif a présenté, comme lésion principale, l'hyperémie de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, hyperémie répartie d'une manière irrégulière, occupant des espaces plus ou moins considérables, sans modification notable dans l'épaisseur des tissus. Il existe ordinairement, à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, et dans la plus grande partie du gros intestin, une éruption psorentériforme, plus manifeste à la vue qu'au toucher. Les plaques de Peyer sont normales. Les ganglions mésentériques ne sont point altérés. La rate est tantôt normale, tantôt hypertrophiée et ramollie.

Le foie est assez souvent hypertrophié; quelquefois, au contraire, un peu diminué de volume. Les reins sont hyperémiés dans leurs diverses couches.

Voici le résultat des recherches faites sur le sang : dans le sang des typhiques les proportions des globules rouges, des globulins et des globules blancs sont changées. Le nombre des globulins est augmenté d'une manière bien évidente, tandis que celui des globules rouges est diminué; ceux-ci sont souvent déformés. Quant aux globules blancs, les résultats des divers examens ont été variables et parfois contradictoires; ils ont été trouvés tantôt augmentés, tantôt diminués. Il n'a point été trouvé de bactéries dans le sang des typhiques.

Les urines, examinées par l'acide nitrique, ont donné chez presque tous les malades un diaphragme brun, surmonté d'un diaphragme léger d'albumine et à la surface un diaphragme d'acide urique.

V

Le diagnostic, généralement facile lorsque la maladie est arrivée à un certain degré et lorsqu'elle se présente avec les symptômes classiques, a présenté plus d'une fois des difficultés au début. Il y a eu quelquefois lieu de douter également dans les cas d'intensité moyenne et dans les cas légers. On a dit que l'étude de la température pouvait être un critérium certain pour le diagnostic différentiel du typhus et de la fièvre typhoïde, la température s'élevant graduellement dans la fièvre typhoïde, tandis que son ascension serait brusque dans le typhus. Dans les cas fortement tranchés, le fait de l'ascension rapide du mercure est exact, mais il coïncide alors avec un ensemble de signes qui ne laissent aucun doute. Dans les cas de minime intensité la température ne s'élève guère qu'après le troisième ou le quatrième jour; d'où l'on voit que ce signe perd beaucoup de sa valeur. L'époque d'apparition de l'éruption exanthémato-pétéchiale est un meilleur signe distinctif du typhus d'avec la fièvre typhoïde. Il faut joindre à ce signe l'inspection microscopique du sang, qui dans le typhus révèle l'existence d'une quantité considérable de globulins, ce qui n'a pas lieu dans la fièvre typhoïde, et l'examen de l'urine par l'acide nitrique, qui donne un diaphragme indigo dans la dothiénentérie, tandis que dans le typhus le diaphragme obtenu est brun.

Dens quelques cas, mais assez rares, on a eu à établir le diagnostic différentiel entre la fièvre pernicieuse délirante et l'affection épidémique. Les anamnestiques, et surtout l'existence antérieure d'accidents paludéens bien caractérisés, l'hypertrophie de la rate, mettent sur la voie du diagnostic réel.

Le scorbut, étant apyrétique n'a pu, dans aucun cas, prêter à l'erreur; mais une maladie voisine du scorbut, le *purpura hæmorrhagica*, accompagné de l'élément fébrile, a pu prêter quelquefois au doute, d'autant que dans l'une et l'autre de ces affections les symptômes de début sont à peu près les mêmes. La distinction repose sur l'absence de l'expression de stupeur et des phénomènes nerveux si marqués au début du typhus. En outre, les éruptions diffèrent, et, outre l'éruption cutanée, on remarque dans le purpura une rougeur pointillée très-foncée à la voûte palatine, produite par du sang épanché dans la muqueuse, qui est caractéristique.

VI

Pour le traitement, deux ordres d'indications se présentaient : 1° chercher à limiter la zone d'action du miasme typhique en le neutralisant sur place, autant que possible, en empêchant les organismes sains d'en être atteints; 2° en combattre les effets dans les organismes déjà envahis. Le premier ordre d'indications est tout hygiénique. On a cherché à le remplir, dans les limites du possible, par l'emploi des antiseptiques, par une sage distribution des locaux affectés aux malades, par des soins incessants de propreté, par une large et permanente aération des salles, enfin en tâchant d'éviter l'encombrement.

Le deuxième ordre d'indications, les indications thérapeutiques proprement dites, à défaut de toute notion sur la nature du miasme typhique, ne pouvait être fondé que sur les données de l'analyse symptomatique, laquelle donnait ici comme éléments principaux, dominants : 1° un élément fébrile accompagné d'une hyperémie manifeste; 2° un élément nerveux ou ataxique lié à la résolution des forces; 3° un élément catarrhal.

L'élément pyrétique avec hyperémie devait soulever naturellement la question des émissions sanguines. M. Masse s'est fait une règle de ne pas recourir aux émissions sanguines, contre-indiquées ici par la prédominance de l'état ataxo-adynamique. Il y a suppléé par l'emploi d'une potion émétocathartique, qui produit la déplétion du système sanguin par voie indirecte et qui agit en même temps sur l'état catarrhal. Du bouillon était accordé, en petite quantité, dès les premiers jours. Si le résultat de cette première médication était insuffisant, M. Masse recourait au sulfate de quinine, à la dose de 0,8 à 1 gramme, l'après-midi, après la cessation de l'action du purgatif. Des boissons abondantes, rafraîchissantes, des lotions vinaigrées sur tout le corps, de l'oxycrat sur le front, concouraient à l'effet antipyrétique des premiers médicaments.

Au bout de quelques jours l'opportunité de cette indication cessait pour faire place aux antispasmodiques, éther,

camphre, musc, etc., révulsifs cutanés, vésicatoires, etc., nécessités par la prédominance devenue presque exclusive de l'élément nerveux.

L'adynamie se joignant ordinairement dans ce cas à l'ataxie, on recourait en même temps aux toniques, vin de quinquina, café, acétate d'ammoniaque, potion antiseptique.

Quoique M. Masse ne soit pas partisan de l'emploi des opiacés dont il a vu quelquefois de fâcheux effets à Constantinople, cependant il a dû reconnaître que les pilules camphrées opiacées (camphre 0,1, opium 0,01), au nombre de 4 à 5 dans les vingt-quatre heures, ont été souvent avantageuses.

Enfin, outre ces indications générales, il y avait à remplir des indications particulières fournies par les complications, par des hyperémies partielles, etc., sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

On nous pardonnera, en raison de son importance, l'étendue que nous avons donnée à l'analyse de ce mémoire, qui confirme sur tous les points essentiels ce qu'avaient établi déjà les études considérables faites sur le typhus d'Orient, et qui, par les considérations hygiéniques qu'il renferme, permet d'entrevoir le moment où il sera possible de mettre un terme au retour de ces épidémies. Dr Brochin.

REVUE DE LA PRESSE.

Traitement de l'asphyxie symétrique des extrémités. — M. le professeur Bernheim (de Nancy) a obtenu une amélioration considérable en traitant par la *cautérisation ponctuée* une femme, âgée de cinquante-quatre ans, affligée de cette infirmité depuis plus de quinze ans. La douleur atroce disparut presque immédiatement pour deux ou trois jours, et, en revenant à la cautérisation chaque fois que la douleur et la mortification sous-unguéale recommençaient, on put arrêter le processus morbide dans le doigt envahi. La malade a quitté l'hôpital après une dizaine de cautérisations en un mois: chaque fois qu'elle sent que son pouce redevient douloureux, elle revient se faire mettre des pointes de feu (à peu près tous les quinze jours), et en éprouve chaque fois le même soulagement.

La cautérisation ponctuée, qui agit si puissamment sur la circulation des capillaires et des petits vaisseaux, et qui modifie si avantageusement la lymphite et la phlébite, a paru manifestement dans le cas observé résoudre le spasme vasculaire et en conjurer les effets désastreux. (*Rev. méd. de l'Est.*)

Utilité des émissions sanguines dans la tuberculose pulmonaire. — Une jeune femme était entrée à l'hôpital avec des douleurs thoraciques très-intenses, symptomatiques de lésions tuberculeuses encore peu avancées. Ces douleurs siégeaient principalement dans la région sous-claviculaire droite et étaient assez vives pour empêcher le sommeil et pour gêner considérablement la respiration. Respiration rude et craquements humides. M. Peter fit appliquer alors dans la région douloureuse cinq ou six ventouses scarifiées, en ayant soin d'ailleurs que l'écoulement du sang fût peu abondant. Le premier effet de cette application de ventouses fut de faire disparaître complètement la douleur: par suite, la respiration se fit librement, le sommeil revint, et l'état général s'améliora; l'état local aussi s'amenda, et les craquements humides cessèrent d'être perçus, non que la lésion tuberculeuse eût disparu, mais parce que l'état congestif qu'elle entretenait autour d'elle avait diminué sous l'influence de l'émission sanguine. Ce bon résultat s'est maintenu d'ailleurs, et on le continua par l'application de vésicatoires.

Les émissions sanguines, sous forme de ventouses ou de sangsues, constituent donc un bon moyen à employer contre les phénomènes douloureux de la tuberculose; mais elles ne sont cependant pas applicables à tous les cas; il est nécessaire d'abord que le sujet puisse, sans inconvénient sérieux, supporter une certaine perte de sang, qui sera, d'ailleurs, facilement compensée par le bénéfice qu'il en tirera au point de vue de la santé générale. C'est aussi dans les premières périodes de la maladie que ce moyen produira de bons effets.

A ce propos, M. Peter a fait remarquer combien la douleur, dans la région claviculaire, spontanée ou provoquée, était un bon signe des premières lésions tuberculeuses. (*Journ. de méd. et de chir.*)

Cysticerque rénal. — Le docteur Penesco communique à la *Société des sciences médicales de Bucarest* l'observation d'une malade qui souffrait depuis longtemps de douleurs dans la région de l'anus, lesquelles disparaissaient aussitôt qu'elle évacuait certains corps avec l'urine. Des abcès se produisirent à la région rénale et s'ouvrirent à l'extérieur: il en sortit des corps semblables à ceux qui se trouvaient dans l'urine. Ils furent reconnus pour des cysticerques.

Les douleurs rénales existaient donc tant que les cysticerques, produits dans le rein, n'étaient pas descendus dans la vessie: dès qu'ils étaient évacués, l'état s'améliorait. (*Revue méd. roumaine.*)

Diphthérie de la volaille. — M. Nicati communique à la Société de médecine de Marseille le résulat de ses recherches expérimentales sur la diphthérie dans un poulailler. Il conclut: 1° que la diphthérie de la volaille est inoculable; 2° qu'elle est inoculable à l'œil d'un individu atteint déjà de la même maladie (auto-inoculation); 3° que le développement de l'affection est, sinon arrêté, du moins enrayé par l'occlusion hermétique, en d'autres termes, que la diphthérie a besoin d'air, d'oxygène. (*Marseille méd.*)

Gestation vaginale chez une vache. — A la Société de médecine de Nice, M. Macario lit une note sur un cas de gestation vaginale chez une vache. Il a assisté, avec M. Bossetto, en Piémont, au fait suivant: Une vache saillie sept mois auparavant se livrait aux efforts d'expulsion; le toucher par le vagin montra l'utérus vide, mais le vagin occupé par un corps dur, adhérent à la partie inférieure, cédant sous la pression; ces manœuvres, combinées avec les efforts expulsifs de la vache, détachèrent la tumeur et l'amenèrent au dehors. Elle était presque ovale, lisse à sa partie supérieure, et présentait sur les autres faces des excroissances semblables à des cotylédons; une incision laisse voir une humeur assez dense, puis un fœtus du volume d'un rat, couvert de poils. L'orifice de l'utérus de la vache est ferme, ce qui prouve que la gestation s'est effectuée dans le conduit vaginal. Il y a eu avortement, conclut M. Macario; l'œuf fécondé s'est arrêté par une cause quelconque à la partie supérieure du vagin, y a contracté des adhérences et s'y est développé d'une manière lente et pénible à cause du défaut d'humeurs nourricières. Cette gestation n'aurait pas duré si longtemps si l'embryon avait reçu une nourriture plus abondante; car alors son volume eût déterminé l'expulsion beaucoup plus tôt; mais l'œuf se nourrissant petitement, la gestation put se prolonger pendant sept mois.

La discussion soulevée par cette communication d'un cas unique dans la science paraît établir qu'il y a eu avortement dans les premiers mois d'une gestation normale. Si l'œuf était descendu dans le vagin aussitôt après la fécondation, il y aurait un placenta unique et des membranes lisses. Mais, s'il y a des placentas partiels, c'est que l'œuf a été greffé sur l'utérus pendant quelque temps. Après l'avortement, l'œuf peut rester dans le vagin à cause de la position déclive de cet organe. (*Nice méd.*)

Calculs biliaires volumineux; extraction à travers la paroi abdominale; guérison, par M. le docteur Wannebroucq. — Chez une femme, âgée de soixante-douze ans, très-robuste encore, ayant eu dix enfants, des accidents de péritonite circonscrite au flanc droit étaient survenus, depuis dix ans, à quatre ou cinq reprises. Une nouvelle rechute arriva, avec météorisme, vomissements, fièvre intense, et bientôt apparition d'une tuméfaction rénitente de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure, sans contiguïté bien appréciable avec la face inférieure du foie.

La tumeur devint plus dure et plus saillante, donnant une fluctua-

tion profonde. Il était évident qu'une poche purulente s'était formée, dont l'évacuation allait devenir nécessaire. Une ponction exploratrice donna issue à du pus phlegmoneux; huit jours après, l'ouverture fut élargie au moyen des tiges de laminaria digitata, et un drain fut placé.

Deux mois après, la fistule s'étant refermée, nouvelle incision avec le bistouri; un stylet introduit rencontre un corps dur, rendant le son d'une pierre. Il fallait donner issue à cette masse lithique qui était évidemment la cause de cette longue suppuration.

La pâte caustique de Vienne fut appliquée pour produire la formation d'une ouverture. Deux jours après, nouvelle cautérisation, et le jour suivant, après avoir évidé l'eschare dans une profondeur de 5 à 6 centimètres, le chirurgien put extraire un calcul biliaire du volume d'une forte aveline, s'articulant avec un calcul beaucoup plus volumineux, qui fut désenchatonné le lendemain; il pesait 30 grammes.

Des injections au chloral furent faites dans la cavité kystique, et la plaie se ferma.

Les calculs n'avaient été versés dans la poche péritonéale qu'après oblitération du col de la vésicule, car les liquides de ce foyer n'ont à aucun moment été teintés de bile. Les canaux excréteurs de la glande hépatique sont demeurés perméables, car il n'y eut jamais d'ictère.

On remarqua enfin la bénignité avec laquelle se sont succédé toutes les phases de l'extraction, et la rapidité vraiment merveilleuse de la réparation chez une malade d'un âge si avancé.

Les calculs extraits peuvent être rangés parmi les plus volumineux que l'on puisse rencontrer; dans quelques cas, cependant, on en a vu qui atteignaient la grosseur d'un œuf de poule. (*Bulletin méd. du Nord.*)

Épithélioma perlé de l'iris. — M. le docteur Monoyer (de Lyon) a présenté à la Société de médecine les pièces d'un épithélioma perlé de l'iris, dont il a fait l'extraction avec succès à la clinique ophthalmologique de Nancy. Il fait voir une portion de la tumeur avec un cil qui y est adhérent.

Il expose la nécessité d'enlever l'épithélioma perlé de l'iris le plus tôt possible, avant qu'il ait acquis des dimensions relativement considérables. Rappelant l'historique et les diverses théories sur la pathogenèse de cette singulière tumeur, il dit que, malgré des expériences en apparence favorables, il ne partage pas l'opinion qui consiste à regarder l'épithélioma perlé de l'iris comme le résultat d'une greffe d'épiderme à la surface de l'iris; il admet la nécessité, dans tous les cas, d'un traumatisme préexistant, bien qu'une observation récente signale un cas où les preuves du traumatisme font absolument défaut; mais il croit que la présence, dans la chambre antérieure, d'un corps étranger, au cil le plus souvent, suffit pour provoquer la prolifération de l'épithélium irien et pour engendrer ainsi un épithélioma perlé ou margaritoïde.

M. Monoyer nie, d'une façon absolue, l'existence d'une véritable membrane d'enveloppe qui permette d'assimiler les tumeurs perlées à des kystes. (*Rev. méd. de l'Est.*)

Observations de hernie étranglée traitée avec succès par l'ergotine. — Le docteur Planat publie deux observations dans lesquelles il a obtenu un succès rapide, chez des sujets atteints de hernie étranglée.

Chez un homme âgé d'une cinquantaine d'années, porteur d'une hernie étranglée depuis la veille, il fit usage d'ergotine *intus et extra*, bien décidé, d'ailleurs, à pratiquer l'opération si, après huit ou dix heures, la médication projetée ne donnait pas de bons résultats.

Des onctions d'ergotine furent donc pratiquées toutes les deux heures, sur la tumeur préalablement lotionnée avec de l'eau chaude alcalinisée; puis on donna par cuillerées à bouche, d'heure en heure, une potion de 125 grammes de véhicule avec 5 grammes d'ergotine. Après quatre à cinq heures de ce traitement les vomissements cessèrent, et douze heures plus tard la hernie se réduisait spontanément.

La deuxième observation concerne un jeune homme de vingt-huit ans, porteur, du reste, d'un bandage depuis plusieurs années, qui fut atteint d'une hernie étranglée, et chez qui avaient échoué de nombreuses et énergiques tentatives de taxis. Quinze sangsues furent appliquées autour de la tumeur; six donnèrent lieu à un écoulement de sang; les accidents s'aggravèrent, et, l'emploi de l'ergotine ayant alors été accepté, elle fut employée comme dans le cas précédent.

Onze heures après, lorsque les chirurgiens vinrent pour pratiquer l'opération en cas d'insuccès, la hernie était réduite, et le succès complet.

L'auteur pense que, administrée par la méthode hypodermique (surtout dans le sac herniaire même), l'ergotine agirait plus efficacement. (*Nice méd.*)

Fièvre typhoïde; mort rapide le cinquième jour; myocardite. — M. Graux a communiqué à la Société clinique l'observation d'un homme âgé de trente-un ans, mort le cinquième jour d'une fièvre typhoïde d'apparence bénigne, de celles qu'on caractérise souvent du nom de muqueuses; et il est mort presque subitement sans qu'aucun phénomène ait pu faire prévoir cette issue fatale.

Il n'avait présenté aucune des complications que l'on observe ordinairement lorsque le cœur est atteint de myocardite; le pouls avait été trouvé régulier le matin même et sans aucune intermittence; il n'y avait eu ni collapsus ni état cyanique.

On n'avait constaté ni température très-élevée, ni accidents nerveux graves; cet homme n'était pas alcoolique.

L'autopsie démontra l'existence de plaques de Peyer gaufrées et la congestion d'un grand nombre de follicules clos.

Les divers organes sont très-fortement congestionnés.

Le cœur est mou, absolument gras. Le microscope prouve la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires. Cette altération et l'asystolie, qui en est la conséquence, n'avaient pas encore été signalées au *cinquième* jour de la fièvre typhoïde. On ne les observe ordinairement qu'à la fin du deuxième septénaire ou au début de la convalescence. (*Courrier méd.*)

Luxation tibio-tarsienne par rotation du pied en dehors sans fracture. — M. Célarier, dans son rapport chirurgical de l'hôpital militaire de Louvain, rapporte l'observation d'un maréchal des logis, homme vigoureux, qui, se trouvant attablé dans un cabaret, le pied droit retenu par un des montants de la table et le sabre entre les jambes, se vit assailli brusquement par un adversaire placé derrière lui. Pour repousser son agresseur, il se releva vivement en exécutant une demi-conversion à gauche et ressentit au même instant une douleur violente au pied droit sur lequel il lui fut, dès lors, impossible de se soutenir.

A l'hôpital, on constata une luxation tibio-tarsienne, avec bosse sanguine au niveau et en arrière de la malléole externe, mais sans trace de fracture ni de douleur sur toute la longueur du péroné.

C'est là peut-être un cas unique de luxation tibio-tarsienne en dedans sans fracture du péroné. Dans le cas d'Huguier, qui a décrit pour la première fois cette luxation, le péroné, tordu au point que la face externe était devenue postérieure, fut trouvé fracturé dans son tiers supérieur. Dans le cas présent, la mortaise péronéo-tibiale et le péroné dans toute sa hauteur sont restés intacts. La facilité de la réduction, le peu d'intensité et de durée des douleurs, la rapidité avec laquelle le membre a repris ses fonctions sont des preuves nouvelles du diagnostic de non-fracture. (*Arch. méd. belges.*)

Menstruation persistant pendant les neuf mois de la grossesse. — Nous relevons ce fait rare, observé par le docteur Charles, de la Société médico-chirurgicale de Liége, et publié dans sa *deuxième série de cent opérations pratiquées dans des accouchements difficiles*; c'est chez une primipare, âgée de vingt-quatre ans, qui accoucha à terme d'un enfant mort-né à la suite d'un travail long et fatigant.

Dans une deuxième grossesse elle a encore été réglée pendant « les premiers mois », puis tout écoulement a cessé.

Au huitième mois, elle est prise d'une hémorrhagie, arrêtée par deux jours de repos.

A quelques jours du terme, une nouvelle hémorrhagie reparaît,

arrêtée par le tamponnement du vagin, et suivie deux jours après d'un accouchement normal.

L'ouverture des membranes, qui s'était faite tout contre le placenta, fait supposer à l'auteur qu'il y avait une insertion marginale du placenta. (*Bull. soc. méd.-ch. de Liège.*)

Gangrène des membres inférieurs dans la fièvre typhoïde. — La Société anatomique de Nantes publie l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans qui fut atteinte, huit jours après le début d'une fièvre typhoïde, de douleurs dans les jambes, lesquelles devinrent violacées et furent envahies progressivement par la gangrène.

Sept mois après, elle entra à la clinique chirurgicale, mais ce n'est que quatre mois après qu'eut lieu l'élimination. La résection des os fut alors faite par M. Heurtaux. L'os gangréné était encore complètement adhérent à l'os sain, deux mois après cette résection. Dans la partie la plus inférieure de l'os, où la vie s'est conservée, on voit une teinte rosée ainsi qu'une production d'ostéophytes et un élargissement des canaux de Havers; en somme, le processus de l'ostéite raréfiante. (*Journ. de méd. de l'Ouest.*)

Ablation de l'astragale. — M. le docteur Girard a présenté à la Société de médecine de l'Isère l'observation d'un cas d'ablation de l'astragale, chez une dame âgée de quarante-cinq ans, qui, ayant fait une chute du haut d'une chaise, fut traitée par les massages, frictions et manipulations d'un rhabilleur émérite du pays, pendant trois mois avant de consulter son médecin.

Celui-ci constata une luxation de l'astragale, avec plaie des téguments et mise à nu de la tête de l'os dont le cartilage était déjà détruit dans une certaine étendue.

L'ablation fut décidée et pratiquée avec succès; la marche est redevenue possible et non douloureuse. (*Journ. de méd. de l'Isère*).

Contribution à l'histoire de l'amputation tibio-calcanéenne de Pirogoff, par le docteur Gross (de Nancy). — L'auteur publie une observation de carie du pied, chez un vieillard de soixante-sept ans, pour laquelle il a pratiqué, avec un succès complet, l'amputation de Pirogoff, en remplaçant la section osseuse perpendiculaire à l'axe longitudinal du calcanéum proposée par Pirogoff, par une section oblique de haut en bas et d'arrière en avant, proposée, dès 1855, par Sédillot, ce qui rend très-facile l'affrontement des surfaces osseuses, et permet à l'opéré, après guérison, de marcher sur son moignon qui continue à toucher le sol avec la région qui normalement se trouve en contact avec lui, au lieu d'appuyer sur le sol par la face postérieure du talon qui est recouverte par une peau mince et délicate.

Ce qui, en effet, dans la section perpendiculaire, empêche le contact des surfaces osseuses, c'est le fait d'une rencontre prématurée des parties postérieures des surfaces de section du tibia et du calcanéum.

Une autre condition de succès, c'est que l'on a assuré une immobilité absolue du lambeau calcanéen et le contact de surface de section des os, avec autant de soin que dans les fractures compliquées; la réunion et les sutures ne suffisant pas, M. Gross a disposé une attelle plâtrée de manière à fixer le capuchon talonnier tout en laissant à découvert la plus grande partie de la plaie.

Depuis trois ans, l'opéré marche avec un soulier spécial, continuellement et beaucoup, ne se ménageant pas le moins du monde.

L'auteur insiste pour que l'on n'abandonne pas cette opération de Pirogoff, pratiquée avec les modifications indiquées.

En France, il n'aurait été fait que trois opérations de ce genre, tandis qu'en Angleterre et en Allemagne, elle est assez répandue. Scheede (Leipzig, 1872) dit que l'on connaît le résultat définitif de 204 opérations.

La mortalité serait de 11,8 p. 100 d'après Scheede, de 16 p. 100 d'après Chauvel, de 11 p. 100 d'après Gross. (*Rev. méd. de l'Est.*)

Corps étranger du rectum. — Nous trouvons dans le *Bulletin de la Société médicale de la Suisse Romande* le pendant de l'observation publiée par M. Gillette, à la Société de chirurgie (*Gaz. des hôpit.*, 1877, n° 136, page 1086).

Il s'agit d'un vannier, âgé de quarante ans, du canton de Bonneville (Haute-Savoie), qui, depuis l'âge de seize ans, avait contracté l'habitude de s'introduire dans l'anus des corps étrangers qu'il avait soin de savonner auparavant, après l'avoir vu faire par d'autres ouvriers du chemin de fer, qui s'introduisaient des poires, des carottes, des pommes de terre, des raves, etc. Il s'était introduit un morceau de bois dans l'anus, dans la position assise, et, s'étant levé tout d'un coup, le corps étranger s'était enfoncé, et si bien enfoncé qu'il avait complètement disparu dans le rectum.

Après de nombreuses et vaines tentatives d'extraction, le docteur Pétavel réussit à saisir fortement le corps avec les doigts de la main gauche, et introduisit un perçoir afin de percer tout d'abord le fond de ce corps, qui était une poivrière, et ensuite une partie de sa paroi interne. Une fois l'instrument bien enfoncé et bien fixé, il pria le malade de faire les efforts nécessaires à la défécation; de la main gauche, il écartait autant que possible les sphincters, et, au moyen de l'instrument planté obliquement, il opérait un mouvement de bascule qui empêchait de lâcher prise et qui aboutit et mit fin à ce laborieux accouchement. La poivrière avait une forme de petit tonneau, beaucoup plus large à sa partie médiane qu'à ses deux extrémités : elle mesurait 6 centimètres de long; son pourtour, dans sa partie médiane, mesurait 20 centimètres; sa base ou fond, où fut introduit le perçoir, avait 5 centimètres de largeur.

La femme de cet individu ne s'était jamais aperçue de rien; elle n'avait jamais pu comprendre pourquoi elle trouvait toujours du savon dans les poches de son mari.

Le docteur Revilliod racontait avoir été obligé d'employer le forceps pour extraire une bouteille qu'un individu s'était introduit dans l'anus.

Vidal raconte qu'un religieux crut se guérir d'une violente colique en introduisant dans son rectum une bouteille d'eau de la reine de Hongrie; le bouchon avait un petit trou qui laissait suinter la liqueur. La bouteille entra entièrement dans le rectum; tous les moyens d'extraction échouèrent, mais la main d'un garçon de huit à neuf ans eut assez d'adresse pour la faire sortir. On ne saurait croire tout ce que le hasard, le vertige de la passion, la méchanceté ont pu faire à cet égard : une bille, une queue de cochon, un pot de confiture, une topette, une fourchette, une grosse rave, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du 12 décembre, le Ministre de l'intérieur a décidé qu'il serait procédé, par voie de concours sur titres, à la nomination de deux médecins dans la Maison nationale de Charenton, l'un pour le quartier des hommes, et l'autre pour le quartier des dames.

Le traitement affecté à chacun de ces chefs de service a été fixé à 8,000 francs. Les titulaires jouiront, en outre, des avantages en nature stipulés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

Une commission spéciale a été chargée d'examiner les titres des candidats et de classer ces derniers par ordre d'aptitude et de mérite.

Les candidats devront se faire inscrire au Ministère de l'intérieur, direction du secrétariat, 4e bureau, rue de Grenelle Saint-Germain, 101, jusqu'au 11 janvier 1879, à cinq heures du soir.

A l'appui de leur demande, ils déposeront, contre récépissé, leur acte de naissance, leurs diplômes et leurs titres scientifiques, les certificats constatant leurs études spéciales et leurs antécédents professionnels, etc.

Tous les renseignements relatifs aux deux emplois vacants seront donnés aux candidats par la direction du secrétariat du ministère.

— Par arrêté du préfet de police, en date du 12 décembre 1878, M. Chipier (Lucien), externe des hôpitaux, a été attaché en qualité d'interne à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, établie à la prison de la Santé.

— M. le docteur Delestre fait, à l'hôpital de la Charité, des leçons cliniques de chirurgie et de prothèse dentaires, les lundis et vendredis, à neuf heures du matin.

— La Société de médecine de Paris vient de procéder au renouvellement de son bureau, qui, pour l'année 1879, est composé comme il suit :

Président, M. Blondeau. — Vice-président, M. Collineau. — Secrétaire général, M. de Beauvais. — Secrétaires annuels, MM. Jules Besnier et Boucheron. — Trésorier, M. Perrin. — Architecte, M. A. Voisin.

— *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.* — Prix Faure à décerner en 1879. — Programme : Les variations dans la consommation de la viande se lient intimement avec le mouvement de la population. A une augmentation dans la viande consommée correspond un accroissement de la population ; une diminution dans le régime animal est suivie d'une décroissance de la population.

En France, la consommation de la viande, dans la classe peu aisée des villes et surtout dans les campagnes, est insuffisante pour satisfaire à une bonne alimentation ; aussi la population ne s'accroît qu'avec une lenteur inquiétante.

Le prix élevé de la viande, l'insuffisance de sa production, surtout dans certains départements, sont les causes de cette consommation restreinte qu'on cherche à combattre depuis des années par la préparation ou l'importation de viandes conservées.

Mais quelle est la valeur nutritive de ces viandes salées, séchées, fumées, pressées, conservées dans le vide, par le froid, etc., etc.? Le prix auquel on les livre doit-il en favoriser la consommation, eu égard à leur pouvoir alimentaire? Les animaux qui les fournissent sont souvent, surtout à la Plata, amaigris, surmenés, malsains; cela ne peut-il offrir de dangers? Les travaux de MM. Girardin, Caneaux et Thorel, de Rouen (1855), ont déjà démontré que la salaison diminue la valeur nutritive des viandes qui abandonnent à la saumure le tiers et même la moitié de leurs principes nutritifs, tant salins qu'organiques.

Quelle est l'influence, sur cette valeur nutritive, des autres modes de préparation?

La Société, désireuse de voir élucider ces questions, met au concours le sujet suivant :

Étudier les avantages et les inconvénients de l'alimentation de la classe peu aisée, par les diverses viandes conservées, tant françaises qu'étrangères.

Le prix, d'une valeur de 600 francs, sera décerné à la fin de l'année 1879.

Les Mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. Douard, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1879, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque Mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

— *Cours de zoologie* : reptiles et poissons. — M. Léon Vaillant, professeur, traitera de l'organisation physiologique et de la classification des poissons de l'époque actuelle et fossile, en s'attachant à l'étude des espèces utiles dans l'économie domestique, l'industrie, etc. Le cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis à une heure dans la salle des conférences du laboratoire herpétologique (bâtiment de la ménagerie des reptiles au Muséum).

Cours de zoologie : animaux articulés. — M. Émile Blanchard, professeur, étudiera l'anatomie et la physiologie, les métamorphoses et la classification des insectes arachnides et crustacés. Dans une partie du cours, il fera l'histoire de certaines espèces utiles, et de quelques espèces particulièrement nuisibles à l'agriculture. Le cours aura lieu les mercredis et vendredis à une heure dans la galerie zoologique du Muséum.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda-Formulaire des médecins praticiens et carnet de poche réunis pour 1879 (29e année). — En outre de son *Dictionnaire de pathologie et de matière médicale*, où sont mises en lumière les indications fondamentales dans toutes les maladies, suivies de formules appropriées, travail dû à la collaboration de Blache (enfants), Gibert (peau), Sichel (yeux), Ricord et Calvo (syphilis), Grassi (empoisonnements et asphyxies), Hatin et Verrier (accouchements), Durand-Fardel (eaux minérales), Devergie (code médical), Bossu (choix des formules), etc., l'*Agenda-formulaire* pour 1879 contient les chapitres nouveaux suivants : 1° Médication salicylique (G. Sée); 2° les Aliénés à domicile (Legrand du Saulle); 3° Premiers secours en cas d'accidents (E. Ferrand); 4° Méthode hypodermique. — Puis viennent : Corps médical enseignant, hôpitaux, médecins de Paris, sociétés savantes, journaux, renseignements divers, etc. — Le tout précédé de 362 cases en blanc pour les notes journalières et pouvant se placer dans un portefeuille ou une trousse ordinaire, sous la forme de cahier. — Aide-mémoire indispensable. — Prix divers de l'*Agenda-formulaire* : N° 1. Reliure peau chagrinée, fermant au crayon, 3 francs. — N° 2. Reliure peau chagrinée, à patte ou portefeuille, 3 fr. 50. — N° 3. Le même, mais avec trimestres séparés, mobiles, 4 francs. — N° 4. Reliure forme serviette, poches en peau, 5 francs. — N° 5. Reliure peau chagrinée, portefeuille, poche en soie, petite trousse, 6 fr. — N° 6. Le même, mais avec trimestres mobiles, 7 francs. — N° 7. Reliure avec deux poches en peau à l'intérieur, trimestres mobiles, petite trousse, 8 francs. — N° 8. Le même, avec fermoir en maillechort, 9 francs. — Agenda broché, couverture imprimée, 1 fr. 75. — Agenda cahier plein, doré sur tranches, 2 fr. 50. — Agenda trimestres séparés, doré, recouvert en soie, 3 francs. — Paris, Ve Ad. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement, par le docteur Bulteau. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 149. — MARDI 24 DÉCEMBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 24 DÉCEMBRE 1878. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Cirrhose du foie. Exploration de la région hépatique.

Nous venons d'examiner un homme atteint d'une affection hépatique. Il présente une ascite considérable et de l'ictère assez prononcé. Le début de sa maladie ne remonte pas à une époque éloignée; il n'a commencé à se trouver indisposé qu'au commencement de cette année. Il se dit assez sobre ordinairement, et confesse d'ailleurs quelques petits excès alcooliques dans diverses réunions d'amis. Il n'a pas fait de maladie antérieure. Au début de cette année, il a commencé à perdre un peu l'appétit et à ressentir quelque malaise dans la cavité abdominale; il a remarqué que sa face prenait une teinte un peu jaune; son ventre s'est tuméfié rapidement.

Le ventre, en effet, est fortement distendu, un peu étalé sur les côtés; les parois de la cavité abdominale présentent une tension très-considérable, et les intestins sont aussi distendus par une grande quantité de gaz; ils ne sont pas refoulés en masse vers la partie supérieure de la cavité, comme il arrive ordinairement dans les cas d'ascite, mais ils viennent au contact de la paroi abdominale, même dans les parties déclives, ce qui produit une irrégularité et une inégalité de la sonorité abdominale. Cette disposition constitue une difficulté du diagnostic, et c'est pour vous parler du soin qu'il faut mettre à la percussion de cette région que j'ai attiré votre attention sur ce malade. Aujourd'hui les parois abdominales sont un peu moins tendues que lors de l'entrée du malade, et nous avons pu faire un examen plus complet. Lorsque le malade se couche sur le côté, la matité se déplace, et on peut la constater sur les parties déclives, tandis que les parties plus supérieures sont sonores; ce qui ne s'observait pas nettement lors du premier examen du malade. On perçoit aussi le flot, mais seulement au niveau de la partie supérieure du liquide. Dans les cas ordinaires, le flot se perçoit dans une plus grande étendue de la surface abdominale, et il a toujours son maximum précisément à ce niveau de la surface du liquide ascitique. Il est remarquable que, dans ce cas, il n'est perçu que dans ce point où il a ordinairement son maximum, tandis qu'il n'est pas constaté dans les autres régions. Cela tient aux conditions un peu spéciales dans lesquelles nous pratiquons l'exploration.

Le foie est volumineux : malgré la difficulté que la tension oppose à nos recherches, nous pouvons l'affirmer. La matité existe au-dessus du mamelon, jusqu'au-dessous du rebord costal. Elle s'étend, sur la ligne mammaire, dans une hauteur de quatorze centimètres, soit deux centimètres de plus qu'à l'état normal. Assurément ce n'est pas une mesure absolue, et il ne faudrait pas conclure à l'augmentation de volume du foie d'après cette seule mensuration, si l'on n'en avait pas d'ailleurs d'autres signes.

La percussion du foie donne cependant des renseignements très-précieux. Il faut savoir que la percussion donne deux ordres de signes : 1° elle indique le degré de sonorité de l'organe lui-même, par exemple pour les poumons, leur sonorité, leur submatité, etc., elle indique par conséquent la quantité et la densité des tissus qui peuvent s'y être développés ; 2° la percussion donne la mesure du volume de l'organe, ses limites, ce qui est un ordre de signes tout à fait différent du premier. Aussi, selon qu'on veut obtenir l'une ou l'autre indication, le mode de percussion doit varier. Si l'on veut savoir le degré de sonorité de l'organe, sa sonorité ou sa matité, c'est sur le milieu de l'organe, sur sa superficie qu'il faut pratiquer la percussion.

Si, au contraire, on veut déterminer ses dimensions, c'est au niveau de ses limites qu'il faut percuter, et non plus vers le centre de sa surface. J'insiste sur cette différence, et je voudrais voir disparaître l'habitude presque généralement admise de percuter les organes depuis le haut jusqu'en bas, dans le but unique d'en fixer les dimensions. On voit le plus souvent, pour le foie, commencer la percussion au niveau du mamelon, puis la continuer successivement sur toute la longueur de la ligne mammaire, jusque sur le rebord intercostal. Ces nombreuses secousses sont souvent pénibles et douloureuses pour les malades; elles sont d'ailleurs complètement inutiles. Pour déterminer les limites du foie, il suffit de percuter en quatre points : aux deux extrémités d'une ligne verticale, et aux deux extrémités de la ligne horizontale au niveau du rebord costal.

Ainsi, pour la ligne mammaire verticale, on d[illegible]t commencer la percussion au deuxième espace intercostal, qui donne

la sonorité pulmonaire comme terme de comparaison, comme point de repère. Il suffit de percuter en descendant sur le mamelon, seulement jusqu'à ce que la sonorité se modifie : c'est là la limite supérieure du foie (on sait, d'autre part, qu'elle ne change pas sous l'influence de l'augmentation de volume de la glande hépatique). Cette percussion à la partie supérieure doit être profonde et faite avec énergie.

Il n'est alors pas absolument besoin de percuter tout le reste de l'organe; il suffit de percuter au niveau de la limite inférieure, au niveau du rebord costal. Pour déterminer ce deuxième point, on percute, pour avoir un point de comparaison, la région abdominale proprement dite qui donne une sonorité complète. On remonte vers le rebord costal jusqu'à ce que cette sonorité diminue; c'est la limite inférieure et verticale du foie. Mais cette percussion, pour être précise, doit être faite aussi doucement qu'on a percuté fort pour le point supérieur. En effet, ici le foie est superficiel; il recouvre les masses intestinales, et il faut une percussion légère qui s'adresse à la matité du bord tranchant du foie, et qui ne fasse pas vibrer les gaz des anses intestinales.

On déterminerait de même les limites de la ligne médiane horizontale du foie. Voilà comment il faut pratiquer la percussion du foie, pour en obtenir tout ce qu'on doit en espérer.

Mais il est malheureusement des circonstances dans lesquelles ce procédé méthodique devient inefficace : 1° quand la quantité du liquide épanché dans la cavité péritonéale est telle que la sonorité intestinale disparaît; 2° quand le foie, devenu globuleux, ne reste plus en contact avec la paroi abdominale, au niveau de son bord inférieur qui s'arrondit; 3° quand le foie est devenu tellement flasque et aminci qu'il perd son bord inférieur tranchant, qu'il se laisse tomber pour ainsi dire dans la cavité abdominale, ce qui permet aux anses intestinales de se glisser entre le foie et la paroi abdominale. On comprend que dans ces cas la percussion ne donnera plus aucun renseignement utile au médecin.

La palpation pourra alors compléter avantageusement l'examen du malade : en effet, en pressant sur la paroi abdominale à partir du milieu de la cavité abdominale, on arrive à la déprimer successivement, et, en maintenant les doigts étendus dans une direction parallèle au rebord costal, on sent, vers cette région, le bord dur du foie, au lieu de la souplesse intestinale. Dans les cas de foie globuleux, cette sensation se perçoit encore facilement; elle est beaucoup plus difficile à obtenir, lorsque le foie s'est aminci et est tombé dans la profondeur de la cavité abdominale.

Nous avons précisément rencontré, chez notre malade, deux des difficultés que je signale et qui rendent l'exploration plus laborieuse : la quantité considérable de l'épanchement ascitique, et la tension également exagérée des parois abdominales. Nous pouvons même soupçonner que le bord tranchant du foie s'est arrondi et qu'il est devenu un peu globuleux.

Malgré ces obstacles, nous concluons que le foie est augmenté de volume. Nous avons constaté, d'autre part, que les cavités droites du cœur sont hypertrophiées d'une façon notable; c'est un exemple de plus de la relation qui existe souvent entre les deux ordres de lésions du côté du foie et du côté du cœur.

Quant à établir le diagnostic de la maladie en présence de laquelle nous nous trouvons, ce n'est pas une simple congestion du foie, qui ne donne ni ictère ni ascite comme ceux que nous observons; c'est assurément une forme cirrhotique, une hyperplasie considérable du tissu conjonctif du foie, mais je ne puis lui donner la dénomination de cirrhose hypertrophique, qui s'adresse à un type clinique spécial auquel nous n'avons pas certainement affaire en ce cas. Ce n'est pas la cirrhose atrophique simple; contentons-nous de dire que cette affection constitue une variété spéciale dont la place doit être entre les deux types que je viens de nommer; mais qu'il nous suffise de lui assigner cette place entre deux groupes connus, sans chercher pour le moment à lui donner une dénomination particulière.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. FABRE.

Les pneumonies nerveuses (1).

(Leçon recueillie par le docteur GARCIN, chef de clinique.)

II.

Si l'origine des troubles vaso-moteurs du poumon est dans le grand sympathique, la vraie source de la principale innervation vaso-motrice du poumon est dans la région supérieure de la moelle, dont le grand sympathique est au cou en grande partie une émanation. Des troubles de la circulation pulmonaire, *des pneumonies pourront donc se produire quand la région cervicale de la moelle sera atteinte.*

C'est précisément ce que nous venons de constater chez un malade affecté de ramollissement de la partie supérieure de la moelle, et qui a fini par succomber à une pneumonie.

Je vous rappellerai en peu de mots l'histoire si complexe et si étonnante de notre malade.

Ce malheureux, qui a occupé pendant les six derniers mois de l'année 1877, du 28 juin au 29 décembre, le n° 33 de la salle Aillaud, avait 27 ans. Il avait habité quelque temps l'Algérie et n'avait eu, ce que nous voyons quelquefois, les fièvres qu'à son retour à Marseille, il y a dix-huit mois environ.

Il y a un an, il entrait à l'hôpital de la Conception pour des épistaxis abondantes qui, en dépit de la théorie moderne sur l'anémie cérébrale comme cause de sommeil, se produisaient toujours pendant son sommeil. Il en sortit au bout de quelques mois, après avoir essayé sans succès les traitements les plus divers.

C'est la répétition quelquefois périodique de ce symptôme qui lui fit demander, le 28 juin, son admission à la Clinique. Il avait, de plus, une injection et une vascularisation assez prononcées des conjonctives oculaires, une rougeur avec granulations des conjonctives palpébrales, une petite tache blanchâtre sur la cornée droite et un peu de photophobie.

Recherchant une cause commune à ces deux ordres d'effet différent, j'examinai s'il n'y avait pas une paralysie de la cinquième paire déterminant à la fois des troubles vaso-moteurs dans l'œil et dans le nez; je trouvai, en effet, une analgésie du front, du nez, des paupières, des pommettes, des lèvres, de la face externe des oreilles et de la partie antérieure de la langue avec perte du sens du goût dans cette dernière région; les conjonctives et quelques points disséminés de la peau conservaient un reste de sensibilité. Il y avait évidemment une paralysie du trijumeau, mais les hémorrhagies et les congestions pouvaient s'expliquer tout aussi bien par une altération du grand sympathique cervical.

Ce n'était là qu'une première période de la maladie. Le 21 novembre, en survint une seconde pendant laquelle tous les soirs, presque à heure fixe, le malade fut pris de convulsions sur lesquelles nous ne nous arrêterons pas aujourd'hui, pour ne pas nous écarter trop longtemps du sujet principal de notre étude. Elles furent générales, symétriques et rebelles à la quinine.

A cette période en succéda, le 10 décembre, une troisième, pendant laquelle les phénomènes convulsifs perdirent de leur intensité, mais où se produisirent des troubles divers du système nerveux. Des douleurs se déclarèrent dans les poignets d'abord, puis

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 décembre.

elles envahirent à peu près tout le corps. Des contractures légères les accompagnaient parfois aux avant-bras et aux mollets. Il y eut de la faiblesse généralisée, mais sans paralysie proprement dite. Il y eut aussi quelques phénomènes intellectuels, une excitation assez habituelle et par moments une agitation très-grande qui se traduisait par le besoin de changer de place, de parler, de gesticuler, de se disputer avec les voisins ou avec les infirmiers. Il y eut enfin quelques troubles des vaso-moteurs, surtout prononcés aux membres supérieurs, où nous avons observé d'abord pendant quelques jours une demi-algidité, puis de la rougeur, un peu de chaleur et des saillies érythémato-papuleuses à la face dorsale des mains et des poignets. Plusieurs congestions pulmonaires avaient été constatées à partir du 21 août.

Enfin, le 22 décembre, survint une quatrième et dernière période. Assez subitement l'insensibilité de la face et de la langue a disparu, les épistaxis se sont arrêtées, les phénomènes oculaires se sont très-fortement amendés, et ces troubles morbides, qui avaient résisté à tous les remèdes, se sont enfuis tout d'un coup sans médication.

Mais en même temps deux phénomènes d'ordre différent, et d'une bien autre gravité, se manifestaient.

Le délire d'abord; ce délire, qui avait commencé pendant la période précédente, mais qui se bornait alors à de l'agitation et à des emportements de caractère plutôt que de se traduire par des actes déraisonnables, a été remplacé par un délire vrai, complet, avec hallucinations, accès de fureur, menaces de mort contre le chef de clinique.

Les troubles pulmonaires ensuite, qui sont survenus deux jours après le délire, et n'ont, par conséquent, pas pu le produire. Ils ont commencé par une congestion vers le centre des deux poumons, se rapprochant à droite de la fosse sous-épineuse, à gauche, où le foyer était, le premier jour, plus considérable, occupant tout le côté au niveau du mamelon. Cette congestion double était caractérisée surtout par des sous-crépitants fins et des sibilants. Dès le lendemain, la congestion était à droite devenue une pneumonie avec crachats rouillés d'abord, puis verdâtres, mouvement fébrile, râles crépitants et souffle. Cette pneumonie a envahi successivement, et de haut en bas, le poumon droit; ses signes étaient moins accusés à gauche; elle se compliquait bientôt d'une pleurésie à droite, accusée par une matité très-forte à la base et un léger bruit de frottement à la partie moyenne. Le septième jour, 28 décembre au matin, le malade avait la température de la main à 40°, presque aussi élevée que celle de l'aisselle, qui marquait 40°,2; des râles trachéens et soixante-douze respirations à la minute; on aurait dit qu'il allait succomber; il y eut cependant l'après-midi une certaine amélioration, et c'est seulement dans le milieu du huitième jour, le 29 décembre, à deux heures, que le malade s'affaissa brusquement et rendit le dernier soupir.

A l'autopsie, pratiquée le 30 décembre, à deux heures, par un temps froid, et le cadavre étant dans un état parfait de conservation, congestion de tous les viscères, congestion intense et généralisée des poumons, qui sont rouges, violacés, et s'affaissant très-peu à l'ouverture du thorax. Le poumon gauche renferme dans sa partie centrale un foyer d'hépatisation rouge; le poumon droit un foyer d'hépatisation grise; des adhérences assez lâches existent à sa partie moyenne, des fausses membranes très-épaisses à sa partie inférieure.

Le cœur n'a aucune lésion d'orifice, mais sa fibre musculaire est jaune et pâle.

A l'ouverture du crâne nous trouvons quelques adhérences de la dure-mère et une vascularisation très-développée, sans que des coupes multipliées fassent découvrir de lésions dans le cerveau, le bulbe et la protubérance.

La moelle se présente à la région cervicale comme une masse en bouillie, ramollissement qui contraste d'une manière frappante avec l'état de ses parties supérieures et inférieures, très-dures et très-résistantes au scalpel. La lésion est limitée entre la troisième et la sixième vertèbre cervicales, et ses limites sont très-nettement tracées. Le cordon spinal semble transformé en détritus granuleux; le centre est détruit, mais la périphérie est mieux conservée; les méninges sont intactes.

L'examen immédiat à l'état frais, pratiqué par le docteur Garcin, montre dans ce détritus granuleux de grandes cellules à plusieurs noyaux et de tout petits éléments embryonnaires. L'examen que notre chef de clinique fait de coupes durcies à l'acide chromique donne des résultats distincts sur les divers points observés. Sur une première coupe, pratiquée à la limite supérieure de la portion ramollie, il n'y a plus de trace de la structure normale, exception faite pour quelques vestiges de la corne postérieure droite; la trame conjonctive est très-développée, et les éléments embryonnaires jeunes sont en abondance. La section hémilatérale de la région ramollie permet de voir au centre un espace très-clair avec trame conjonctive fine renfermant des cellules ellipsoïdes, de grandes cellules à deux ou trois noyaux, des cellules à un noyau et des noyaux isolés. Les cellules se confondent en partie à la périphérie de l'espace clair avec des amas plus épais du tissu conjonctif qui a remplacé la substance nerveuse; quelques-unes prennent alors l'aspect fusiforme. Enfin, à la partie inférieure de la région cervicale, la substance grise centrale est très-nette, très-distincte, le canal est rétréci, mais la corne antérieure est confuse et altérée.

Dans le poumon, un grand nombre d'alvéoles sont oblitérées; l'épithélium manque sur quelques points et la cavité est remplie d'éléments épithéliaux, de leucocytes et d'éléments embryonnaires. Le tissu conjonctif interalvéolaire, très-abondant, est en voie de prolifération.

En résumé, dans ce cas remarquable, après une série de phénomènes morbides dont nous avons été les témoins étonnés, nous avons trouvé à l'autopsie trois ordres de lésions: la congestion généralisée des viscères et la myocardite qui trahissaient l'impaludisme, le ramollissement de la moelle cervicale, la pneumonie double. Il n'est pas à croire que cette dernière affection fût spontanée, c'eût été le seul cas intérieur de pneumonie que nous aurions observé depuis assez longtemps; elle n'avait pas non plus les caractères et les allures de la pneumonie directement produite par l'impaludisme; on peut donc et on doit supposer qu'elle a été le résultat de la lésion spinale qui était chez notre malade l'affection primordiale des centres nerveux, les troubles céphaliques n'étant que des phénomènes secondaires ou d'irradiation.

Cette interprétation est d'autant plus rationnelle que déjà, à la suite des lésions des parties supérieures de la moelle, Ollivier (d'Angers) avait signalé des congestions vives des poumons, et Vulpian des broncho-pneumonies. Vulpian, dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*, est très-catégorique à cet égard. Il accuse de ce méfait l'altération intra-médullaire des racines d'où proviennent les filets sympathiques destinés au poumon, et il cite à l'appui l'observation d'un homme atteint de zona avec douleurs violentes de névralgie intercostale. Pendant son séjour à l'hôpital, cet homme fut pris deux fois de broncho-pneumonie qui, les deux fois, fut précédée d'un redoublement d'intensité dans la névralgie. Pneumonie, zona, névralgie intercostale, étaient vraisemblablement ici les trois conséquences diverses d'une même affection spinale.

L'origine spinale que Vulpian soupçonnait à la pneumonie de son malade, nous pouvons, ce me semble, avec non moins de raison, la supposer chez le nôtre.

Mais une autre question se présente à nous.

Cette pneumonie consécutive à une lésion de la moelle et vraisemblablement développée par elle, avait-elle, chez notre malade, quelques caractères spéciaux?

Comme signes physiques, nous pouvons répondre non. Les crépitants, le souffle, la matité à la percussion, s'observaient ici comme ailleurs. Des sous-crépitants plus nombreux, des sibilants plus disséminés indiquaient une congestion périphérique plus étendue, mais ne suffisaient pas pour constituer des caractères différentiels.

Comme signes rationnels, les crachats ne nous ont offert de remarquable qu'une coloration d'un vert particulier que je n'avais jamais rencontrée, mais que je me garderais bien de considérer comme autre chose qu'un simple accident. La température a eu par

contre une marche bien digne d'attention : elle s'est en quelques heures élevée à 39°, puis 40°, et s'y est maintenue avec quelques oscillations insignifiantes pendant toute la maladie; nous étions donc bien loin des allures cycliques de la pneumonie commune. Quant au pouls, autre fait singulier; il n'a pas été compté, mais il avait peu de fréquence les premiers jours, puis il s'est élevé ensuite tout à coup à 136.

L'analyse des urines, qui résume les actes de la nutrition, a donné ici des résultats bien différents de ceux qu'on obtient dans la pneumonie commune; au lieu d'une diminution importante des phosphates, nous avons eu une augmentation considérable des phosphates; au lieu d'une augmentation excessive d'urée, 40 grammes et plus, nous avons eu une augmentation modérée d'urée, 30 grammes seulement.

Le siège et la marche de l'affection avaient aussi quelques caractères qui ne sont pas habituels. Tandis que dans les pneumonies communes d'une certaine étendue la congestion se change en inflammation, excepté celle qui se montre quelquefois du côté opposé, qui était tardive et consécutive à la gêne, nous avons eu ici une congestion primitive et persistante; nous avons, de plus, à gauche, où la pneumonie devait s'arrêter à l'hépatisation rouge, observé dès le premier jour une congestion plus forte que celle qui, à droite, précédait et entourait l'hépatisation grise. De plus, la pneumonie a, chez notre malade, procédé à droite de haut en bas, au lieu de marcher de bas en haut, comme c'est l'habitude.

Quant aux lésions, elles auraient pu donner lieu à un accident spécial, les hémorrhagies et notamment les ecchymoses sous-pleurales, qui ont été souvent constatées dans les expérimentations physiologiques, et qui manquaient chez notre malade; en revanche, et conformément aux expériences de Cl. Bernard, qui a produit la pleurésie en même temps que la pneumonie, nous avons observé, non pas une de ces pleurites légères qui sont les compagnes obligées des pneumonies, mais, à droite, au-dessus du diaphragme, une pleurésie vraie, intense, avec développement prononcé de fausses membranes. Cette multiplicité des congestions viscérales accompagnant l'inflammation pulmonaire donnait aussi à l'autopsie de notre malade un cachet particulier qu'on ne retrouve pas dans les pneumonies communes.

Nous devons bien nous garder de conclure d'après un seul fait, mais nous ne devons pas non plus nous refuser à en chercher la signification. Ce fait signifie qu'une pneumonie peut se développer sous l'influence d'une lésion de la moelle cervicale, et que cette pneumonie a quelques caractères spéciaux.

III

Si les pneumonies par lésion de la moelle ne sont pas encore classiques, on ne saurait en dire autant des *pneumonies par lésion de l'encéphale*.

Celles-ci, la science les admet aujourd'hui sans conteste, grâce au double témoignage de la physiologie expérimentale et de la clinique.

La physiologie moderne a, en effet, mis hors de doute l'influence des altérations de l'encéphale sur la circulation pulmonaire.

Brown-Séquard, en lésant le pont de Varole au voisinage des pédoncules cérébelleux, a déterminé des ecchymoses et des apoplexies du poumon sans qu'il y eût blessure ou irritation des nerfs vagues, car les mêmes phénomènes se produisent lorsqu'on a préalablement coupé ces nerfs au milieu du cou. Cette influence suivrait la moelle épinière jusqu'aux points d'où émergent les racines des premiers ganglions sympathiques du thorax; ce serait donc, physiologiquement constatée plus haut, c'est-à-dire à l'encéphale, celle-là même que nous avons cliniquement constatée plus bas, c'est-à-dire à la moelle cervicale.

Vulpian, qui a consacré tout un travail à l'étude des ecchymoses et des suffusions sanguines produites par des lésions du système nerveux, a observé également, dans un grand nombre d'expériences, des ecchymoses des poumons à la suite des lésions de l'encéphale.

Nothnagel a vu des hémorrhagies pulmonaires survenir chez des lapins dont le cerveau était mis à nu et chez lesquels il blessait, à l'aide d'une épingle, une région spéciale de la surface cérébrale, située près du sillon qui existe sur cette surface.

Enfin, comme pour servir de trait d'union entre la physiologie et la clinique, A. Ollivier a écrit son mémoire sur l'apoplexie pulmonaire unilatérale dans ses rapports avec l'hémorrhagie cérébrale.

Tandis que les troubles de la circulation pulmonaire provoqués par les physiologistes consistaient surtout en des hémorrhagies, les troubles de la circulation pulmonaire constatés par les cliniciens dans les affections cérébrales consistaient surtout en des inflammations, c'est-à-dire en des pneumonies.

Ces pneumonies sont souvent doubles, presque toujours hypostatiques, ordinairement latentes et aux allures insidieuses. Durand Fardel a posé comme une loi que les sujets atteints de ramollissement du cerveau meurent toujours d'une affection pulmonaire, et la statistique de Engel semble témoigner en faveur de cette loi. La coïncidence n'est sans doute pas aussi nécessaire qu'on a voulu le dire, ainsi que le remarque Charcot, mais elle n'en est pas moins réelle, incontestable, comme l'ont depuis longtemps prouvé les observations de Cruveilhier, d'Andral et de Piorry.

Je ne ferai que vous rappeler à ce sujet les quelques faits dont nous avons été, ces derniers temps, témoins.

LES LIVRES D'ÉTRENNES.

Après nous avoir successivement fait connaître l'Europe méridionale, la France et l'Europe centrale, M. Élisée Reclus nous invite à le suivre dans l'Europe du nord-ouest. La Belgique, la Hollande et les Iles-Britanniques forment le quatrième volume de sa *Nouvelle Géographie universelle* (1).

Toutes les qualités qui distinguaient les premiers volumes se retrouvent dans cette quatrième partie. Style net, pittoresque à l'occasion, exactitude parfaite, grande richesse de documents, tout concourt dans cette œuvre remarquable à nous bien faire connaître la terre et les hommes.

Voici d'abord cette petite Belgique, si peu considérable de territoire, mais si intelligente, si active et si libérale. Avant de nous la la faire parcourir, M. Élisée Reclus attire notre attention sur l'Atlantique boréal; il nous rappelle l'action si remarquable des courants chauds sur l'une des îles Scilly où l'on trouve des allées de yuccas. La Baltique, dont la faune est si pauvre, nous retient un instant : puis nous entrons en Belgique. Bruges et son beffroi, Louvain et son hôtel-de-ville, Bruxelles et sa magnifique place de l'hôtel-de ville, Gand avec sa porte Rabot et son quai aux grains, Anvers et sa cathédrale, le bas Escaut, passent tour à tour sous nos yeux dans d'excellentes reproductions. Ethnographie, commerce, gouvernement, tout est passé en revue, comme l'auteur le fait pour chaque pays étudié.

De la Belgique, nous traverons le grand-duché de Luxembourg et nous entrons dans la Néerlande ou Hollande. « Si petite figure qu'elle fasse sur la carte d'Europe, la Hollande n'en est pas moins un des premiers pays du monde. Nulle part l'homme n'a dû lutter avec plus de force et de persévérance contre la nature et n'a mieux réussi à la discipliner pour la faire paraître à son service. » Nous avons vu à l'Expositon, cette année même, les travaux des jetées du canal de Rotterdam. Dans une revue si rapide, impossible de faire autre chose que de saluer ce pays sympathique.

Nous arrivons à l'Angleterre. L'auteur devait traiter ce pays avec tout le soin que réclamait son importance physique et politique; aussi ne sera-t-on pas étonné de voir les deux tiers de ce volume consacré à l'étude des Iles-Britanniques. Signaler ce travail, c'est dire qu'après sa lecture on comprend tout ce qu'un bon géographe peut nous ouvrir d'horizons, et de combien de faits nouveaux il nous enrichit.

Ce quatrième volume, aussi soigné que les précédents pour l'intérêt du texte, ne leur cède pas non plus par la profusion des

(1) Un magnifique vol. in-8° jésus; broché : 30 fr. Paris, Hachette et Cie.

cartes, grandes ou petites, et des vues d'après photographies, qui en font un livre d'un très-vif intérêt.

— A côté de l'œuvre si remarquable de M. Élisée Reclus, nous vous présentons le premier volume de l'*Histoire des Romains* (1), par Victor Duruy. L'ancien ministre, qui a laissé une trace si brillante de son passage à la direction de l'enseignement national, charme ses loisirs par un retour à ses premières études. Seulement, ce n'est plus le livre sévère de nos classes : c'est la même science, mais ornée, complétée, enrichie par tout ce que la statuaire, la peinture, la glyptique nous ont laissés.

Ce volume, que nous avons sous les yeux, nous retrace l'histoire romaine de ses origines à la fin de la deuxième guerre punique. Le récit est illustré de 518 gravures, de 9 cartes, 1 plan et 7 lithographies. Que n'avions-nous jadis de semblables livres, et que nos enfants sont heureux qu'on leur facilite ainsi les études anciennes! Il est certain qu'après avoir simplement feuilleté ce volume, avant même de le lire, l'esprit s'est déjà enrichi d'une foule de notions très-exactes, et l'histoire elle-même ne peut que se graver plus facilement dans notre souvenir. Ce livre est précieux pour le jeune homme et du plus vif intérêt pour ceux qui savent déjà.

— M. Louis Figuier, qui nous semblait se reposer de sa longue et brillante campagne de vulgarisation scientifique, reparaît aujourd'hui avec un livre de physiologie à l'usage de la jeunesse et des gens du monde. *Connais-toi toi-même* (2), tel est le titre de ce livre qui rendra de véritables services en dissipant bien des préjugés et en donnant des notions exactes sur la machine humaine. Une heureuse pensée a fait reproduire les traits de nos savants, même des derniers pleurés, comme Claude Bernard. Chemin faisant et au moment où il décrit leurs travaux, M. Figuier nous donne le portrait de ces maîtres, et nous y applaudissons fort, car il est bon de familiariser le public avec les traits de ces hommes qui sont, en leur qualité de savants, de vrais bienfaiteurs de l'humanité: Spallanzani, Magendie, Haller, Claude Bernard, Orfila, André Vesale, Michel Servet, Bichat, pour n'en citer que quelques-uns, forment déjà un commencement de galerie des plus intéressants.

Le *genre* de M. Louis Figuier est trop connu pour que nous nous y arrêtions. Il y a tantôt vingt ans que nous le suivons année par année, applaudissant à ses succès, relevant ses côtés faibles, mais rendant toujours justice à son œuvre; aujourd'hui nous n'avons rien à changer à notre manière de le juger. *Connais-toi toi-même* sera bientôt dans toutes les mains, et nous, médecins, nous prônerons cette œuvre.

— Voulez-vous maintenant savoir les nouveautés que peut nous offrir la charmante *Bibliothèque des merveilles*?

M. Th. du Moncel (de l'Institut) nous donne un petit traité sur le *Téléphone*, le *Microphone* et le *Phonographe* (3). On sait que l'auteur est passé maître en tout ce qui touche à l'application de l'électricité. C'est donc une bonne fortune que de voir M. du Moncel écrire un livre qui nous livre l'état actuel de la question sur ces points délicats, nés d'hier et déjà vieux. Avec lui nous connaîtrons les téléphones musicaux, les téléphones parlants et les téléphones à piles. Il nous exposera les principes fondamentaux du téléphone Bell, nous fera saisir les dispositions différentes des téléphones et nous redira les expériences relatives au téléphone ou faites avec lui.

Le *microphone* nous livrera à son tour son secret; nous en verrons les applications, même à la médecine et à la chirurgie.

Nous verrons installer le poste téléphonique, placer les sonneries d'appel et les avertisseurs, et le téléphone appliqué aux transmissions télégraphiques simultanées.

Le *phonographe*, à son tour, avec ses applications diverses, et la machine parlante américaine de M. Faber, sont étudiés avec soin dans ce livre, très-scientifique malgré sa modestie, qui lui a permis de prendre place dans la *Bibliothèque des merveilles*.

Aussi bien ne faut-il pas s'y tromper, cette Bibliothèque joint l'utile à l'agréable. Nous n'en voulons pour preuve que le volume consacré à la *Musique* (1) par un ancien élève de l'École normale, M. Casimir Colomb. Ce livre se lit très-facilement: il n'en est pas moins un vrai traité de musique vocale, instrumentale ; c'est presque l'ancien livre de Fétis, avec les illustrations et les améliorations particulières aux livres publiés récemment. *La Musique mise à la portée de tout le monde* a eu un succès des plus légitimes; le livre de M. Colomb en aura un du meilleur aloi. Ceux qui aiment la musique le liront avec plaisir; ceux qui veulent apprendre le liront avec fruit. Au demeurant, excellente étude.

De son côté, M. de Brévans a écrit pour la même *Bibliothèque des merveilles* un livre fort intéressant sur la *migration des oiseaux* (2). L'auteur, après une introduction historique, étudie les causes, les moyens, les conditions, les modes et les époques de la migration. Il divise ensuite les migrateurs en migrateurs du sud-est (geai, ortolan, rossignol), du sud-ouest (bécassine, bécasse, paludéens, aquatiques et palmipèdes), du sud (hirondelles, cigognes, cailles, bécassines, pigeons, pies, fringilles, bruants, fauvettes, grives, alouettes, etc.), et en migrateurs accidentels (exotiques).

Comme ce programme l'indique, nous avons entre les mains une étude fort curieuse des mœurs et coutumes de ces divers oiseaux. Il fallait une conclusion : l'auteur nous la donne en retraçant l'utilité de ces charmants êtres et la nécessité de leur protection. Ce livre est orné de quatre-vingt-neuf vignettes et d'une carte de la migration.

Signalons enfin, et toujours dans cette *Bibliothèque*, le *Voyage aux sept merveilles du monde* (3). Nous les connaissions de nom, ces fameuses merveilles. M. Augé de Lassus s'est mis en route, non à leur découverte, mais à leur constatation. De ce voyage est né le livre que nous recommandons à toute votre attention. Il est rempli d'intérêt, et nous devons savoir gré à l'auteur de nous conduire sur les lieux mêmes que ces merveilles ont rendus célèbres.

Nous terminerons cette causerie en vous recommandant le *Dictionnaire de la santé* (4), que M. le professeur Fonssagrives a bien voulu écrire pour les familles et les écoles. Ce livre mérite d'être pris sous notre protection. Ce n'est pas un de ces livres *mauvais* et *dangereux*, qui ont le tort de donner des notions médicales erronées au profane vulgaire. L'œuvre de M. Fonssagrives est un répertoire de saine hygiène: il sait faire la part du médecin, éclaire l'homme bien portant et lui apprend qu'à l'état malade il ne doit faire appel qu'à la science et non au charlatanisme. Ce livre fera du bien et a su vulgariser sans abaisser. Bon à recommander à vos clients.

(1) Un magnifique vol. in-8° jésus; broché: 25 fr. Paris, Hachette et Cie.
(2) Un beau volume in-8° raisin; broché : 10 fr. Paris, Hachette et Cie.
(3) Un vol. in-18 jésus; broché : 2 fr. 25. Paris, Hachette et Cie.

(1) Un vol. in-18 jésus; broché : 2 fr. 25. Paris, Hachette et Cie.
(2) Un vol. in-18 jésus; broché : 2 fr. 25. Paris, Hachette et Cie.
(3) Un vol. in-18 jésus; broché : 2 fr. 25. Paris, Hachette et Cie.
(4) Un fort vol. gr. in-8° jésus, à deux colonnes; broché : 15 fr. Paris, Ch. Delagrave.

UNIVERSITÉ DE FRANCE.

Règlement concernant l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, arrête :

Article premier. — L'École pratique de la Faculté de médecine de Paris est dirigée, sous l'autorité du doyen, par le chef des travaux anatomiques. Les travaux exécutés dans les salles de cette école sont de deux ordres, et se succèdent de la manière suivante 1° Travaux d'anatomie pendant le semestre d'hiver ; 2° exercices de médecine opératoire pendant le semestre d'été.

Article 2. — Le chef des travaux anatomiques exerce une surveillance générale sur les travaux des élèves ; il visite les pavillons pendant les heures d'études. Les prosecteurs, les aides d'anatomie et les moniteurs lui sont subordonnés. Il délivre les certificats de dissection. Il rend compte, à la fin de chaque semestre (1er avril et 1er juillet), de la manière dont chaque membre du personnel enseignant a rempli ses fonctions. Ces rapports sont remis au doyen, pour être communiqués, avec ses observations, à la commission de surveillance et de perfectionnement, mentionnée à l'article 16.

Copie de ces rapports est adressée au ministre de l'instruction publique, avec la délibération de la commission. Des extraits individuels de ces mêmes rapports seront remis aux juges des concours de la Faculté, auxquels prendront part les intéressés. Le chef des travaux anatomiques fait, pendant la saison d'hiver, un cours d'anatomie, après s'être concerté sur le sujet des leçons avec le professeur d'anatomie.

Article 3. — Les travaux pratiques sont obligatoires pour les élèves de deuxième et de troisième année. (Décret du 20 juin 1878.) Ils commencent dans la *seconde quinzaine d'octobre,* et finissent dans la *première quinzaine d'avril.* Les pavillons de dissection sont ouverts de *midi à quatre heures,* excepté les dimanches et fêtes.

Article 4. — Nul ne sera admis dans les pavillons, s'il n'est muni d'une carte spéciale, attestant qu'il a acquitté les droits prescrits par le décret du 20 juin 1878. Cette carte est personnelle. Le secrétaire de la Faculté est chargé de percevoir les droits et de délivrer les cartes d'entrée dans les pavillons.

Article 5. — Les étudiants admis dans les pavillons sont divisés en deux catégories : les *débutants* et *les vétérans.* Les uns et les autres, groupés par séries de cinq élèves, sont placés dans des pavillons distincts. Ils sont dirigés dans leurs travaux par les prosecteurs, les aides d'anatomie et les moniteurs.

Article 6. — Les débutants ne sont admis à disséquer dans les pavillons qu'après avoir subi un examen d'ostéologie, devant le chef des travaux anatomiques, ou l'un des prosecteurs délégués par lui. Les élèves placés sous la direction des docteurs autorisés par la Faculté à enseigner dans les locaux de l'École pratique, sont soumis à la même condition. Pour mettre les débutants en état de subir cet examen, des démonstrations d'ostéologie sont faites pendant le premier mois de la saison, par le personnel enseignant de l'École pratique.

Article 7. — Il est créé, dès à présent, vingt emplois de moniteurs ; ce nombre pourra être augmenté quand l'École nouvelle sera construite. Les moniteurs sont nommés au concours. La durée de leurs fonctions est de trois ans. Les conditions de ce concours seront déterminées par un règlement particulier. Les moniteurs sont placés sous les ordres des chefs de pavillons ; ils prennent part à l'enseignement dans les conditions indiquées par le chef des travaux anatomiques. Ils reçoivent une indemnité annuelle de 600 francs.

Article 8. — Les chefs de pavillons, assistés des moniteurs, guident les élèves dans leurs travaux de dissection. Ils font une démonstration quotidienne d'anatomie d'après un programme donné par le chef des travaux anatomiques. Les chefs de pavillons et les moniteurs doivent séjourner dans leur pavillon pendant toute la durée des travaux, c'est-à-dire de midi à quatre heures, et s'occuper exclusivement des élèves de leur pavillon. Les chefs de pavillon remettent au chef des travaux anatomiques des notes individuelles sur l'assiduité et le travail des élèves confiés à leur direction. Ces notes serviront au chef des travaux anatomiques pour la délivrance des certificats de dissection. L'assiduité des élèves est constatée par chacun des moniteurs sur un carnet visé chaque jour par le chef de pavillon. L'inexactitude sans excuse et prolongée peut être un motif de radiation de l'élève.

Article 9. — Le chef des travaux anatomiques délivre aux élèves devant subir leur examen définitif d'anatomie le certificat de dissection mentionné à l'article 2, attestant qu'ils ont pris part avec assiduité aux exercices anatomiques dans les pavillons, pendant leur deuxième et troisième année d'études. Le chef des travaux anatomiques délivre aussi ce certificat aux élèves qui dissèquent sous la direction des docteurs autorisés à faire des cours. Quant aux élèves qui vont travailler dans l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une attestation du directeur de cet établissement, constatant que les élèves y ont disséqué pendant deux années, pourra leur tenir lieu de certificat, jusqu'au jour où la Faculté sera mise en possession de nouveaux bâtiments.

Article 10. — Chaque pavillon est placé sous la surveillance immédiate d'un prosecteur ou d'un aide d'anatomie, qui prend le titre de *chef de pavillon.* Un pavillon peut être attribué aux docteurs autorisés, qui y réuniront leurs élèves.

Article 11. — Les étudiants, en s'inscrivant, déclarent s'ils veulent se placer sous la direction des chefs de pavillon ou des docteurs autorisés, et sont répartis en conséquence.

Article 12. — La distribution des sujets est faite par le chef des travaux anatomiques, assisté du chef du matériel. En cas d'empêchement légitime, le chef des travaux peut déléguer, pour cette opération, un prosecteur ou un aide d'anatomie. Il surveille la répartition des sujets entre les ayants-droit, et contrôle, toutes les fois qu'il le juge utile, le registre constatant la réception et la distribution des sujets. Si les ressources de l'École le permettent, il est mis à la disposition des chefs de pavillon, pour leurs travaux personnels, *deux sujets au plus par mois,* un sujet entier et un sujet ouvert. Les sujets destinés aux professeurs ne sont fournis que sur la production de bons délivrés par chaque professeur intéressé. Ces bons devront être visés par le doyen et par le secrétaire de la Faculté, après déclaration, par le chef des travaux anatomiques, qu'il est satisfait à tous les besoins de l'École.

Article 13. — Des cours pratiques et successifs d'*opérations chirurgicales, suivis d'exercices de médecine opératoire,* ont lieu pendant le semestre d'été, dans les pavillons de l'École pratique.

Article 14. — Les exercices de médecine opératoire sont obligatoires. (Décret du 20 juin 1878.) Ils sont dirigés par le chef des travaux anatomiques et le personnel enseignant de l'École pratique. Pour être admis à subir l'examen définitif de pathologie externe, les élèves doivent présenter un certificat du chef des travaux anatomiques, attestant qu'ils ont suivi avec assiduité les exercices de médecine opératoire, soit sous la direction du chef de pavillon, soit sous la direction des docteurs autorisés à faire des cours à l'École pratique. Cependant une attestation du directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pourra, quant à présent, leur tenir lieu de certificat.

Article 15. — Un employé spécial, qui prend le titre de chef du matériel de l'École pratique, est chargé, sous l'autorité immédiate du chef des travaux anatomiques, de la conservation du matériel de l'École, et centralise les demandes de fournitures, qui ne peuvent être suivies d'effet qu'avec son visa ; il les reçoit, les vérifie, et veille à ce que le matériel des pavillons, ainsi que les objets en magasin, ne soient pas détournés de leur destination. Il surveille le transport des sujets de dissection ; il assiste à la distribution de ces sujets, et en tient un registre visé chaque semaine par le chef des travaux anatomiques. Il s'assure que les précautions de salubrité, prescrites par le chef des travaux anatomiques, sont fidèlement observées. Il veille à ce que les sujets ayant servi aux cours et examens soient exactement réintégrés au dépôt ; il veille également à ce qu'aucune partie des sujets employés aux travaux d'anatomie ne soit enlevée des bâtiments de l'École pratique. Les gens de service de l'École lui sont subordonnés.

Article 16. — Une commission de cinq membres, composée du doyen, président, des professeurs d'anatomie, de médecine opératoire, d'anatomie pathologique, et du secrétaire de la Faculté, chargé de la rédaction du procès-verbal, sera chargée de veiller à l'exécution du règlement de l'École pratique, et de provoquer toutes les mesures nécessaires au fonctionnement régulier de l'établissement, et les améliorations dont ce service serait susceptible. Le chef des travaux anatomiques a séance dans la commission, avec voix consultative.

Fait à Paris, le 30 novembre 1878.

Signé : A. Bardoux.

Vu : Le doyen de la Faculté,
A. Vulpian.

Pour ampliation :
Le conseiller d'État, directeur de l'enseignement supérieur,
Signé : A. du Mesnil.

Pour copie conforme :
Le secrétaire de la Faculté,
A. Pinet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Cours de zoologie : annélides, mollusques et zoophytes. — M. Perrier, professeur, s'occupera des arguments que l'histoire des animaux inférieurs, annélides, mollusques et zoophytes, fournit pour ou contre les doctrines transformistes. Des démonstrations pratiques auront lieu au laboratoire, 55, rue de Buffon. Le cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à deux heures un quart dans la galerie zoologique du Muséum.

La bibliothèque du Muséum est ouverte aux lecteurs tous les jours, de dix heures à trois heures, les dimanches et jours fériés exceptés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du rôle de la contagion dans l'étiologie de la fièvre puerpérale, par le docteur Pollosson. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

De l'amputation utéro-ovarique, comme complément de l'opération césarienne, par le docteur Imbert de la Touche. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve A. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 150. — JEUDI 26 et SAMEDI 28 DÉCEMBRE 1878. 51e ANNÉE. JEUDI 26 et SAMEDI 28 DÉCEMBRE 1878. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Non, ce n'est pas là un acte digne d'une Académie telle que la nôtre. Elle compte dans son sein trop d'hommes éminents que leur valeur propre doit rendre indépendants et impartiaux, pour se laisser aller aux mesquines rancunes, aux plates coteries qui distinguent les petites sociétés d'admiration mutuelle. Écarter M. Jules Guérin quand son tour est enfin venu de prendre place dans le conseil, l'écarter, lui, quand jamais on n'écarte aucun de ceux que le bureau présente, quelque modeste que soit leur nom, ce n'est certes pas l'amoindrir, mais c'est se diminuer soi-même.

Tout le monde l'a bien compris, après le vote. Ceux qui avaient monté le complot n'en étaient pas fiers, et ils sentaient bien le peu de valeur de l'excuse qu'ils présentaient à tout venant. Suivant eux, M. Jules Guérin ne pouvait pas être nommé parce que le conseil l'avait présenté, lui médecin, alors qu'on s'attendait à voir un chirurgien choisi, et sous ce prétexte ils ont donné la majorité à M. Magne qui n'est, pas plus que M. Guérin, de la section de chirurgie.

A part cette déplorable réapplication de l'ancien ostracisme à un lutteur que l'âge n'atteignait point encore, la séance s'est très-bien passée.

M. Roger, si souvent acclamé secrétaire annuel, a été nommé vice-président. M. Bergeron l'a remplacé en qualité de secrétaire annuel; ceux qui ont suivi la discussion sur le vinage savent que c'est un maître dans l'art d'écrire, comme dans l'art de parler.

Après ces élections, est venue la discussion sur la septicémie. Le discours de M. Colin, très-remarquable au point de vue critique, doit avoir une autre partie, qui est impatiemment attendue.

Dans la première, l'orateur a montré que les germes atmosphériques ne peuvent pas expliquer, à eux seuls, la fermentation putride du pus ou des liquides non purulents de l'économie, car, étant partout, ils nous pénètrent, tous tant que nous sommes, à tous instants. Il faut donc encore autre chose pour causer la septicémie. Mais quoi? c'est ce qu'il doit exposer mardi prochain.

Dr Victor REVILLOUT.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. PARROT.

Physiologie pathologique du nouveau-né.

Il existe, entre le nouveau-né et l'enfant de trois ans, une plus grande différence qu'entre ce dernier et un adulte, au point de vue physiologique. La pathologie des nouveau-nés n'est donc pas la pathologie des enfants de deux ans. Étudions aujourd'hui en quoi consiste cet état physiologique dans lequel on trouve les causes des maladies qui atteignent le nouveau-né. Et d'abord, jusqu'à quelle limite de la vie extra-utérine le produit de la conception est-il un nouveau-né? Sans remonter aux Chinois, pour qui il est nouveau-né tant qu'il n'a pas encore une des trois âmes que doit avoir l'homme accompli, cherchons les définitions qu'en ont données les modernes. Desormeaux et A. Dubois disent que le nouveau-né est celui qui vient de naître, *puer cruentatus, sanguinolentus;* leur définition est donc très-rigoureuse, et n'a qu'une valeur médico-légale. Ollivier, d'Angers, assigne à cette période une durée un peu plus longue : jusqu'à la chute du cordon ombilical, soit environ cinq à six jours.

Pour Billiard, elle s'étend jusqu'à ce que la cicatrice ombilicale soit terminée. Tardieu définit le nouveau-né, comme la cour de cassation, un enfant très-rapproché de sa naissance.

Pour nous, qui nous plaçons exclusivement au point de vue pathologique, cette limite est trop restreinte; ce n'est pas dans les quelques jours ou les quelques heures qu'on accorde au nouveau-né, que nous pourrions trouver les éléments d'une pathologie des nouveau-nés. Nous dirons donc, à ce point de vue pathologique, que le nouveau-né est un enfant viable ou non viable, venu à terme ou non, qui n'a pas dépassé le *troisième* mois de la vie extra-utérine.

Précédemment, j'avais fixé la limite au deuxième mois; je préfère la prolonger jusqu'à la fin du troisième mois, car, dans ce temps encore, la pathologie est la même que dans les deux premiers mois de la vie.

Je dis « non viable », car un enfant non viable peut cependant vivre quelques jours; pendant ce laps de temps, il a une pathologie, celle des nouveau-nés. Légalement, le fœtus n'a pas le droit d'être considéré comme viable, s'il n'a pas atteint la fin du sixième mois de la vie intra-utérine. Cependant l'observation ne confirme pas absolument cette assertion, car l'on voit des enfants, nés à la fin du sixième mois, qui vivent, comme on en voit qui, nés beaucoup plus tard, ne vivent pas. Cela dépend de beaucoup de circonstances, de la cause qui a provoqué l'avortement; si c'est une maladie qui a at-

teint la mère, l'enfant a plus de chances de salut que si c'est une maladie qui a atteint le fœtus lui-même. Un autre point très-important à considérer, c'est le milieu dans lequel va tomber le nouveau-né; il sera viable dans un milieu aisé, avec une alimentation de premier ordre, une bonne température, des soins infinis, tandis qu'il ne sera pas viable dans une famille pauvre et misérable. Il est donc difficile de déterminer si le nouveau-né est viable ou non viable; il vivra ou il succombera souvent, selon qu'il sera tombé dans un milieu favorable ou défavorable.

Quant à dire s'il est né à terme, c'est encore un fait qui dépend de certaines circonstances anatomiques qu'on ne peut vérifier que si l'enfant est mort. On peut facilement se tromper, parfois d'un mois, souvent de quinze jours. On dit bien qu'il n'est pas à terme, quand le nouveau-né n'a qu'un petit volume, un faible poids, une respiration lente et ses diverses fonctions affaiblies, un cri éteint, une circulation sanguine lente, la peau transparente et lisse d'une couleur rouge cerise, etc. S'il est mort, rien ne sera plus facile de reconnaître qu'un enfant est à terme : je n'insiste pas sur le point d'ossification qui doit toujours exister à l'extrémité inférieure du fémur (il est de très-mince épaisseur, et il faut faire des coupes de un à un demi-millimètre de hauteur pour ne pas le franchir sans le voir, il n'a que 3 à 5 millimètres de diamètre); il est un autre signe, moins connu, qui a une grande valeur : c'est de rechercher sur le maxillaire inférieur les quatre alvéoles médians ; s'ils sont formés et séparés nettement, l'enfant est à terme.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que des enfants, quoique chétifs, sont nés à terme, ou sur le point d'être à terme. On en voit qui, au lieu de peser 7 livres, ne pèsent que 3 à 4 livres; il ne faut pas croire pour cela qu'ils sont condamnés à mourir, ils peuvent vivre, avec des soins habiles. Vous reconnaîtrez qu'ils sont viables s'ils ont le squelette développé, s'il ne leur manque que le tissu adipeux et les parties molles. Ce trouble de nutrition vient le plus souvent d'un état pathologique de la mère, et pas de l'organisme de l'enfant lui-même. Si l'enfant maigre est alerte, vif, éveillé, avec un cri bon, et l'œil animé, il se rétablira rapidement.

Mais le point le plus intéressant de l'histoire physiologique du nouveau-né, c'est ce qui constitue pour lui l'origine de ses diverses maladies, c'est l'étude de sa physiologie spéciale : or, toutes les fois que, dans l'évolution de l'être humain, il survient un grand changement, on sait qu'il est sous le coup d'une imminence morbide. Tous les médecins savent qu'il est important de connaître les variations qui tiennent à la seule évolution de l'âge des individus : l'époque de la dentition, de la puberté, par exemple, amène dans l'organisme un mouvement tout particulier, sans doute exagéré souvent, mais certainement incontestable. De même pour la ménopause, qui a chez l'homme aussi une époque correspondante. C'est à ces diverses périodes de la vie que se développent de préférence certaines diathèses, certaines maladies.

Cependant, parmi ces changements, aucun n'est, assurément, aussi considérable que celui qui s'accomplit chez le nouveau-né par le fait seul de la naissance. En effet, les liens intimes qui le reliaient à sa mère sont rompus brusquement; des organes qui fonctionnaient activement, tels que les glandes viscérales et le thymus, sont subitement condamnés au repos, des vaisseaux importants cessent de servir à la circulation, en même temps que d'autres organes, jusque-là inactifs, sont soudain appelés à entrer en fonction, à servir à la respiration, à la digestion, etc. Ces phénomènes surtout, digestion et nutrition, sont des fonctions très-importantes chez le nouveau-né; or, les fonctions du placenta les simplifiaient considérablement pendant toute la vie intra-utérine, lorsque, tout à coup, l'enfant nouveau-né est condamné à prendre lui-même ses aliments, à les élaborer : désormais il n'a pas trop de toute son intelligence pour arriver à soutenir cette lutte à laquelle sont obligés tous les animaux qui existent sur la terre.

Si nous suivons l'enfant après sa naissance, nous savons qu'il doit augmenter de *poids;* après avoir perdu pendant les premiers jours, il regagne les pertes avant la fin du premier septénaire. Pendant les trois ou quatre premiers mois, il doit augmenter régulièrement de 25 à 30 grammes par jour ; quelques-uns gagnent même 40 grammes, mais ce n'est pas habituel. Vers le huitième mois cet accroissement quotidien s'abaisse à 10 ou 20 grammes; il est d'ailleurs bien entendu que l'augmentation n'est pas mathématiquement quotidienne; elle subit toujours des oscillations qui doivent se compenser dans la huitaine; aussi serait-ce une pratique maladroite et inexacte de peser tous les jours le nouveau-né. Il ne faut le faire que tous les huit ou tous les quinze jours, et calculer ainsi l'augmentation de poids.

On n'a pas toujours eu la balance. Il est un excellent moyen de s'assurer de l'état de nutrition de l'enfant, c'est de regarder sa couche : de bonnes garde-robes, jaunes, sont un signe exact; il faut qu'il y en ait deux au moins par vingt-quatre heures, quelquefois trois. Avec cela, il faut que l'enfant urine beaucoup : il faut que sa couche soit mouillée abondamment chaque fois qu'on change les langes, à chaque tetée.

L'état du *pouls* est très-variable : quelques respirations de plus le font augmenter de 15 à 30 pulsations. Jusqu'au vingtième jour le pouls est de 120 à 140; pendant le sommeil il diminue de 20 pulsations environ. Souvent il est impossible de le compter à la radiale, soit parce que le pouls est très-petit, soit aussi parce que l'enfant est gras; on le cherche au cœur. Les renseignements que nous tirons de l'état du pouls sont d'un faible secours au pathologiste.

Mieux vaut consulter la *température :* ce signe ne nous trompera jamais, et il nous fournira des indications très-précieuses. Chez un nouveau-né dont la santé est bonne, la température est à très-peu près la même que chez l'adulte; elle ne varie considérablement que pendant la première heure qui suit la naissance : elle est en moyenne de 37°,1 à 37°,2 prise dans le rectum. On doit toujours prendre la température rectale chez le nouveau-né, ce qui est un moyen plus expéditif et plus facile que de prendre la température axillaire. Celle-ci n'est guère moins élevée que la température rectale : on constate à peine une différence d'un à deux dixièmes de degré.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Les pneumonies nerveuses (1).

(Leçon recueillie par le docteur Garcin, chef de clinique.)

IV

A la salle Ducros, n° 16, a succombé, en août 1877, un homme atteint d'encéphalite chronique, diffuse et généralisée, bien que plus prononcée à la surface qu'à la profondeur, et aux parties antérieures qu'aux parties postérieures. Cet homme avait aussi une con-

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 décembre.

gestion intense des deux poumons, allant dans quelques points jusqu'à la pneumonie et notamment à la base du poumon gauche. Un épaississement de la plèvre et quelques adhérences pleurales étaient le complément obligé de cette congestion et de ces noyaux d'inflammation, qui n'étaient pas des phénomènes ultimes, car nous les avions constatés bien longtemps avant l'agonie. L'artérite dont cet homme était également affecté pouvait bien avoir contribué à produire les lésions cérébrales, mais ses plaques étaient ailleurs trop disséminées pour créer dans la circulation générale un obstacle capable de produire la congestion pulmonaire, dont l'affection cérébrale était en réalité la principale coupable.

L'exemple de la femme qui a succombé en août 1877, au n° 14 de la salle Sainte-Élisabeth, est plus contestable parce que cette femme, âgée de cinquante ans, avait une insuffisance aortique; elle avait aussi une encéphalite chronique, et elle est morte d'une pleuro-pneumonie double. Les plèvres présentaient une couche membraneuse épaisse et étendue sans liquide, mais avec un petit exsudat purulent à droite; de ce côté, les deux tiers inférieurs du poumon étaient envahis par l'hépatisation grise, tandis qu'à gauche la pneumonie n'a pas dépassé la seconde période. Cette pleuro-pneumonie double, latente, insidieuse, était évidemment secondaire; l'affection cardiaque aurait bien pu la produire, mais elle n'avait pas l'aspect des pneumonies cardiaques, ne s'accompagnait pas de l'ensemble des phénomènes de la stase capillaire et de l'asystolie, et se développait précisément dans l'affection cardiaque, qui expose le moins aux phénomènes pulmonaires. Il y a donc de grandes présomptions pour en rendre responsable l'affection cérébrale.

Voici encore un exemple qui, à cause d'une affection cardiaque concomitante, mérite discussion. Le 2 mai 1877, Michel Oberto était apporté à l'Hôtel-Dieu dans un état d'apoplexie complet. Il mourait le 5 juin après nous avoir présenté des phénomènes cérébraux, des phénomènes cardiaques et des phénomènes pulmonaires. Les symptômes cérébraux ont été le coma, l'hémiplégie droite et l'aphasie. L'état cardiaque s'est révélé par un bruit de souffle au premier temps et à la pointe. Les troubles pulmonaires se sont manifestés d'abord sous la forme d'une congestion mobile et capricieuse qui disparut vers le milieu de mai. Ils recommencent vers le 24 mai. Ce jour-là, le malade se plaint de toux et de dyspnée. Nous trouvons à droite, dans toute la hauteur, une diminution du murmure vésiculaire, des râles sibilants et sous-crépitants fins, à gauche des crépitants par bouffées disséminées, de la respiration soufflante, de la submatité. Ces signes s'amendent le lendemain, mais le surlendemain 26 les râles crépitants et le souffle indiquent l'invasion définitive de la pneumonie à gauche. Le 27, la respiration est très-rude, mais moins soufflante, les râles crépitants sont plus gros. Il y a ainsi des alternatives d'aggravation et d'amélioration dans les signes physiques et dans la dyspnée jusqu'au 31 mai. A partir de ce jour, les phénomènes thoraciques vont en s'aggravant en même temps que les phénomènes cérébraux; la respiration stertoreuse et le coma complet sont les avant-coureurs de la mort. A l'autopsie, nous trouvons, conformément au diagnostic porté, un ramollissement cérébral par embolie de l'extrémité supérieure de la carotide interne, une endocardite mitrale ulcéreuse, une congestion pulmonaire double avec noyaux de pneumonie. Ici encore c'est l'affection cérébrale qui a la responsabilité des accidents pulmonaires, car l'affection cardiaque qui a causé l'embolie mettait peu d'obstacle à la circulation générale et n'avait produit aucune stase dans la circulation capillaire des extrémités.

Voici, pour terminer, un cas où le jugement est plus difficile. En septembre 1877, un homme de quarante-deux ans, fortement alcoolisé, atteint de pneumonie du sommet droit et de congestion pulmonaire, meurt subitement. A l'autopsie, nous trouvons à ce sommet un noyau d'hépatisation grise, sur les autres points une congestion généralisée, au centre du poumon gauche un noyau d'hépatisation rouge. Il y a de plus une altération graisseuse du cœur et un ramollissement très-notable du cervelet avec quelques petites plaques jaunes de la basilaire qui est épaissie. Il est probable qu'ici la lésion cardiaque a produit la mort subite; il est possible que le ramollissement du cervelet a produit la pneumonie double avec vastes congestions, telles que se présentent à nous la plupart des pneumonies d'origine nerveuse.

V

On peut élargir ce débat et se demander si le système nerveux n'a pas aussi quelque influence sur la pneumonie palustre et la pneumonie commune.

La possibilité d'une action nerveuse dans la pneumonie palustre repose pour nous sur deux bases;

D'un côté, l'importance de l'action nerveuse dans les phénomènes de l'impaludisme en général; d'autre part, l'existence de pneumonies par action nerveuse.

Si les symptômes de l'impaludisme accusent des troubles dans l'innervation, si les accès de fièvre intermittente légitime indiquent un trouble dans les centres vaso-moteurs surexcités d'abord, paralysés ensuite; si les accès de fièvre pernicieuse et les congestions viscérales d'origine palustre dérivent également d'un trouble vaso-moteur; si de plus des troubles vaso-moteurs peuvent produire des pneumonies, pourquoi la pneumonie palustre ne se développerait-elle pas sous cette influence?

L'examen des cas de pneumonie palustre tend à corroborer cette opinion. Ces pneumonies, *par leurs lésions*, appartiennent à la classe des congestions plutôt qu'à celle des inflammations proprement dites; *par leurs allures* surtout, elles échappent aux lois de la marche continue que suivent les inflammations pour prendre la marche par soubresauts qui appartient plus spécialement aux névroses; *par leur traitement* enfin, elles cèdent à la quinine comme le font les autres affections palustres, comme le font aussi les névralgies. C'est donc là probablement un exemple de plus de l'influence du système nerveux sur les troubles de la vie végétative.

Le cas si remarquable que nous avons eu sous les yeux, et dont je vous ai tantôt résumé l'histoire, tend de plus à nous faire connaître quel est le point du système nerveux central qui est principalement affecté dans l'impaludisme en général et dans les pneumonies palustres en particulier. Le sujet, en effet, était paludéen; il n'avait pas d'autres antécédents morbides que l'impaludisme, et, si la lésion de la moelle cervicale a eu une cause, c'est forcément l'impaludisme qu'il faut incriminer.

Mailliot, guidé par le système de Broussais, avait écrit un *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes*. Mailliot avait peut-être beaucoup plus raison qu'on ne le suppose, et le poison palustre, au lieu d'agir d'abord sur le sang, pourrait bien porter son action primitive et directe sur les centres vaso-moteurs de la moelle et du bulbe.

C'est ainsi qu'on expliquerait très-bien, comme on l'a déjà fait d'ailleurs en accusant le grand sympathique, les fièvres intermittentes simples: excitation de ces centres correspondant au stade de frisson, bientôt suivie de la dépression annoncée par le stade de chaleur, achevée par le stade de sueur.

C'est ainsi que s'expliquent également les fièvres pernicieuses, algides, diaphorétiques, pulmonaires, cérébrales à types variés, syncopales: ces dernières, probablement dues non pas simplement à des troubles des centres vaso-moteurs spinaux, mais à l'extension du mal, l'origine bulbaire du pneumogastrique.

C'est ainsi que s'expliqueraient encore, ce qui n'a pas été fait, que je sache, les phénomènes céphaliques de l'impaludisme; cette céphalalgie névralgique, si commune, par extension du mal à la racine descendante du trijumeau; ces céphalalgies gravatives, si fréquentes aussi, par troubles circulatoires intra-crâniens, et, comme cette action vaso-motrice peut être hyperémique ou anémique, suivant que prédomine l'excitation ou la torpeur, on a ains la loi des résultats opposés fournis par les autopsies chez les sujets morts de fièvre pernicieuse à forme cérébrale.

C'est enfin ce qui expliquerait cette tendance aux congestions viscérales que je vous ai signalée depuis longtemps, d'après l'observation clinique, dans les cas d'impaludisme, congestion plus prononcée d'habitude dans les viscères abdominaux, la rate d'abord, le foie ensuite, le rein en troisième lieu, mais qui envahit aussi les

viscères thoraciques où l'on observe les *congestions pulmonaires hâtives et les inflammations pulmonaires tardives* et qui peut remonter aussi jusqu'aux organes de la cavité crânienne, surtout dans les cas aigus. Les altérations du sang ne sont probablement que le résultat des lésions viscérales.

C'est, vous le voyez, pour l'empoisonnement palustre, toute une pathogénie nouvelle, plus complète et plus rationnelle que celles qui ont été proposées jusqu'ici : altération primitive des centres vaso-moteurs, tout particulièrement dans la moelle cervicale ; lésions viscérales par trouble de la circulation capillaire ; phénomènes secondaires ; altérations du sang consécutives aux lésions des organes de l'hématopoïèse, phénomènes tertiaires et résultat final. La pneumonie palustre serait un épisode dans cette histoire ; elle aurait sa place marquée parmi les phénomènes secondaires de l'impaludisme.

Il est plus difficile de se faire une opinion, même provisoire et risquée, sur le *rôle, cliniquement manifeste, du système nerveux dans la pneumonie commune.* Cette leçon, faite le 3 janvier 1878, est antérieure à la communication de Fernet à la Société clinique, le 28 février, sur la pneumonie zona du poumon et les altérations du pneumogastrique dans la pneumonie. C'est ce qui explique pourquoi le nom et le travail de Fernet ne sont pas cités. Toutefois je ne saurais négliger la distinction établie par Douillard des pneumonies en deux catégories : fluxion de poitrine et phlegmon du poumon. Dans l'une prédomine l'élément vasculaire, dans l'autre l'élément cellulaire ; dans la première le trouble circulatoire, dans la seconde le trouble nutritif, et j'inclinerais à croire que la fluxion de poitrine est plus spécialement sous la dépendance d'une perturbation nerveuse.

J'en vois la preuve *dans ses lésions*, engouement et hépatisation rouge, sans hépatisation grise. Elle a un génie fluxionnaire plutôt qu'inflammatoire, puisqu'elle a horreur de la suppuration, et qui dit fluxion dit trouble de la circulation capillaire ; qui dit trouble de la circulation capillaire, les causes mécaniques étant éliminées, dit trouble de l'appareil vaso-moteur.

J'en vois la preuve *dans sa marche*, brusque dans l'invasion, rapide dans la disparition, contrairement au phlegmon, qui gagne de proche en proche les parties voisines, commence par un point limité pour s'étendre par progression graduée et n'abandonne que lentement les parties qu'il a frappées.

J'en vois la preuve *dans sa cause*, impression de froid sur la peau, action réflexe sur le poumon ; acceptée comme vraisemblable, dans ce cas particulier, par Vulpian, l'action réflexe est une action nerveuse particulièrement féconde en troubles de la circulation capillaire.

J'en vois la preuve *dans son traitement*, ipéca, tartre stibié, qui agissent d'une manière dynamique sur la circulation pulmonaire et portent sur le bulbe leur principale action ; aconit, digitale, modificateurs énergiques du système nerveux, impuissants à combattre les inflammations complètes.

J'en vois enfin la preuve *dans les phénomènes nerveux concomitants et consécutifs.* Le frisson et la fièvre violente précèdent plutôt qu'ils ne suivent la lésion, parce qu'ils proviennent directement de la secousse imprimée au centre vaso-moteur ; les sueurs, souvent abondantes, critiques quelquefois, peuvent exister dès le début et accuser une perturbation vaso-motrice des plus graves et un danger prochain, de même que les éruptions miliaires ; les crises terminales, les épistaxis en particulier, sont également des troubles vaso-moteurs. La douleur de côté n'est au début qu'une action réflexe sur le système lymphatique du cou ; le délire peut n'être que la conséquence d'une action réflexe sur les vaso-moteurs de la périphérie du cerveau ; les vomissements, les palpitations peuvent provenir d'une action réflexe sur le pneumogastrique, le tremblement musculaire trahit une perturbation plus grave du système nerveux. Tous ces signes indiquent dans la pneumonie comme un ébranlement du système nerveux. Plusieurs d'entre eux sont discutables, mais ils ont dans leur ensemble une haute signification. Ils prouvent en définitive qu'entre ce type des inflammations qu'on nomme la pneumonie et ce qu'on appelle les névroses, la distance est quelquefois moins grande qu'on ne le croirait tout d'abord.

HYDROLOGIE

DES EAUX BICARBONATÉES SODIQUES FORTES DE VALS (1).

II

Toutes les eaux du bassin de Vals, sans exception, sont athermales, c'est-à-dire froides.

Cette question de l'athermalité des eaux de Vals joue un rôle considérable dans leur histoire et justifie le succès qu'elles ont obtenu dans la thérapeutique médicale. Si les eaux de Vals n'étaient pas froides, elles ne seraient pas transportables dans les excellentes conditions que chacun sait, et le monde entier ne connaîtrait pas leurs noms. C'est grâce à cette athermalité qu'elles sont devenues, entre les mains du médecin, un instrument d'une utilité incontestable.

La France possédait à Vichy une station thermale de premier ordre. Prétendre créer à Vals une station rivale de Vichy eût été une prétention inacceptable et à laquelle nous n'aurions jamais prêté la main. Quand on s'adresse au corps médical, on ne peut donner le nom de *thermale* à une station dont toutes les eaux sont froides.

M. le docteur Labat (2) ne s'y est pas trompé : « Vichy (Allier) et Vals (Ardèche) sont l'un thermal, l'autre froid, mais conservant une grande abondance de gaz en témoignage de son origine volcanique. Vichy a une minéralisation de 6 à 7 grammes, Vals de 2 à 9. »

Température froide et composition où le bicarbonate de soude entre dans les proportions les plus variées, c'est là, et là seulement, qu'il faut chercher la cause du succès des eaux de Vals.

Il ne faut jamais exagérer et vouloir forcer son talent. Vals est une station d'eaux *athermales* des plus remarquables, où le malade trouve, — comme nous l'avons dit il y a une quinzaine d'années, — une gamme véritable dans la composition de ses eaux.

Le médecin demande, en hydrologie, ce que chaque station minérale peut lui fournir. Il a besoin de savoir si elle est thermale ou athermale ; une eau froide chauffée artificiellement n'est pas plus une eau thermale qu'une eau minérale fabriquée artificiellement ne représente exactement l'eau minérale naturelle, autrement il faudrait fermer tous les établissements thermaux ou athermaux, la pharmacie les remplacerait avantageusement sous tous les rapports. Mais il n'en est pas ainsi, et affirmer que Vals peut *thermalement* rendre les services de Vichy serait une hérésie médicale. Vichy a la splendeur d'un bain élégant, la foule des baigneurs et l'exportation. « Vals lui fait sous ce dernier rapport une concurrence de bon aloi. » Voilà ce que nous dit le docteur Labat dans son excellente étude sur l'hydrologie française en 1878, et là est la vérité tout entière. Vals ne doit sa réputation qu'à l'exportation si considérable qui est faite de ses eaux ; sans cette exportation, Vals serait encore un bourg ignoré de l'Ardèche. Nous souhaitons de voir un jour les capitaux des spéculateurs tomber en pluie d'or sur ce pays et le transformer en lui donnant la vie de grand luxe ou même de confort de Vichy ; mais nous n'en sommes encore qu'aux souhaits, malgré les plus louables efforts.

Quand on a assisté à la naissance d'une station minérale, qu'on a suivi son développement avec une vive sympathie, qu'on lui a vu suivre les voies scientifiques, s'entourer des lumières des maîtres les plus autorisés, il faut savoir barrer le chemin aux assertions inexactes dont la station finirait par souffrir un jour. Aucune route ne mène plus directement à l'estime publique que la voie droite et correcte. C'est celle que nous avons tenue en présentant au monde médical les sources-types de Vals (Saint-Jean, Dominique, Précieuse, Désirée, Rigolette, Magdeleine, etc.), et les nombreux confrères qui ont suivi la fortune de ces eaux savent à quel degré de prospérité elles sont arrivées.

Ces considérations sur l'athermalité des eaux de Vals n'étaient pas inutiles au début de notre étude, car il importe qu'il n'y ait

(1) Voir le numéro du 28 novembre 1878.

(2) Labat, *L'Hydrologie française en* 1878. (*Arch. de méd.*, juillet 1878.)

aucune incertitude dans l'esprit du médecin sur la fixité d'une part et d'autre part sur la basse température de ces eaux, et enfin sur la véritable place qu'elles occupent et doivent occuper dans la thérapeutique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 décembre 1878. — Présidence de M. Baillarger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre adresse une note circulaire relative à la nomination, par voie de concours sur titres, de deux médecins dans la maison nationale de Charenton.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend des lettres de candidatures de MM. de Saint-Germain pour la section de médecine opératoire, et Matthias Duval pour la section d'anatomie et de physiologie.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, au renouvellement du bureau.

M. Richet, vice-président, passe de droit président pour l'année 1879.

M. Henri Roger est élu vice-président par 68 suffrages sur 74 votants.

M. Bergeron est élu secrétaire annuel par 69 suffrages sur 74 votants.

Sont nommés membres du conseil :

M. Magne, par 34 voix sur 62 votants ;

M. Fauvel, par 48 voix sur 62 votants.

DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE.

M. Colin lit la première partie d'un discours qu'il doit terminer dans une prochaine séance, et que nous analyserons alors en son entier.

M. Jules Guérin, à propos des phénomènes de l'accouchement et de l'abord facile que les germes de l'air pourraient avoir alors, selon M. Colin, sur la muqueuse de l'utérus et de là dans tout l'organisme, objecte que, chez les femmes et chez les femelles nouvellement accouchées, il se fait un retrait graduel et rapide de l'utérus qui empêcherait cet abord de l'air et de ses germes.

M. Colin, tout en admettant la réalité de ce retrait, déclare que, surtout chez les grands animaux, il est loin de suffire pour fermer la cavité de la matrice. Chez la vache notamment, au bout de plusieurs jours, on peut encore sans difficulté introduire la main jusque dans le fond de cet organe; le col est largement ouvert, et les vibrions qui pourraient, suivant M. Pasteur, pénétrer par l'urèthre jusque dans la vessie, peuvent à plus forte raison entrer dans cette cavité.

A cinq heures vingt minutes la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 décembre 1878. — Présidence de M. Paul Bert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

ÉLECTIONS

M. Paul Bert, élu, dans la dernière séance, président perpétuel en remplacement de Claude Bernard, en prenant place au fauteuil, prononce un discours qui est accueilli par des marques unanimes d'approbation.

Il rappelle ensuite qu'après la mort de Claude Bernard il a été l'un des premiers à proposer de remplacer la présidence perpétuelle par une présidence quinquennale. Mais le règlement s'opposant à ce qu'il soit apporté aucune modification à la constitution de la Société sans un vote exprimé par les deux tiers du nombre total des membres, comme il n'a pas été possible de réunir ces deux tiers, la Société a dû se conformer au règlement et élire un président perpétuel. Mais M. Paul Bert, fidèle à ses principes et à la proposition qu'il avait émise, n'accepte que pour cinq ans la présidence et désire qu'en fait de perpétuité il ne reste que sa reconnaissance.

La Société procède ensuite au renouvellement du bureau qui se trouve ainsi constitué pour l'année 1879 : Vice-présidents : MM. Magnan et Malassez. Secrétaires particuliers : MM. Bochefontaine, Robin, Budin, Franck.

M. Dumont-Pallier est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de secrétaire général.

COMMUNICATIONS

Hémorrhagie dans le péricarde consécutive à des lésions encéphaliques. — M. Brown-Séquard montre un cobaye chez lequel, à la suite d'une lésion faite expérimentalement à la partie antérieure du corps strié, s'est produite une hémorrhagie dans le péricarde en même temps que des points d'hépatisation dans les poumons. Ce fait est extrêmement rare, car, dans le grand nombre d'expériences qu'a pratiquées M. Brown-Séquard, il ne l'a vu se produire que deux fois. L'hépatisation du poumon, les hémorrhagies dans le foie s'observent fréquemment à la suite de certaines lésions de l'encéphale, mais les hémorrhagies dans le péricarde se voient très-rarement. Dans les deux cas, la lésion siégeait à droite. Il semble, d'une façon générale, que les lésions du côté gauche produisent bien moins souvent que celles du côté droit des altérations dans le système de la circulation. On constate, à cet égard, des différences très-tranchées.

M. Magnan demande à M. Brown-Séquard s'il a une explication à donner de ce fait.

M. Brown-Séquard n'a aucune explication à donner de ce fait général qu'il ne peut qu'énoncer, que toutes les manifestations morbides semblent dépendre les unes bien plus souvent de lésions du côté droit, les autres plus fréquemment de lésions du côté gauche.

Anatomie de l'embryon du didelphe. — M. Pouchet, au nom de M. Letourneau et en son propre nom, fait sur ce sujet une communication qui sera complétée ultérieurement. L'anatomie de cet embryon a montré qu'il existait une très-notable différence entre le développement des organes thoraciques et celui des organes abdominaux, les premiers étant beaucoup plus développés que les seconds. Le système osseux est encore à l'état de cartilage; les côtes seules sont vasculaires. L'étude du sang a montré que toutes les hématies ont des noyaux. Le sang de cet animal, à cet âge, est en tout comparable à celui d'un oiseau.

Structure du livre. — M. Javal fait une intéressante communication sur ce sujet. Il se propose d'étudier les caractères typographiques, la constitution même de la page imprimée.

Autrefois, dit-il, la cherté des parchemins sur lequel écrivaient les moines avait une grande influence sur la structure de l'écriture. Le problème se posait ainsi : faire tenir le plus de lettres possible dans le plus petit espace possible : de là la suppression de tous les jambages et de toutes les queues de lettres que l'on peut constater sur les anciens manuscrits. A très-peu d'exceptions près, tous les anciens manuscrits sont écrits en lettres très-courtes et dépourvues de toute ornementation inutile ; les papes seuls pouvaient se permettre des queues et des jambages. Aujourd'hui, pour ce qui est de l'écriture, les choses sont bien changées, et nous pouvons, grâce au peu de valeur du papier, nous permettre des lettres aussi longues, aussi larges et aussi ornementées que nous voulons. Puis est arrivée l'imprimerie, qui, dans les premiers temps, consistait à donner simplement un fac-simile de l'écriture, si bien que Gutenberg vendit ses premières bibles pour du manuscrit. Puis, à mesure que l'écriture se donnait du large, l'imprimerie a de plus en plus serré ses caractères. Tandis, en effet, qu'en écrivant on ne dépense qu'une fois une certaine quantité de la matière sur laquelle on écrit, en

imprimerie, en raison du tirage multiple, on dépense des milliers de fois, souvent même des centaines de mille fois, la matière sur laquelle on imprime. Le problème de l'impression se pose donc aujourd'hui comme se posait autrefois celui de l'écriture : faire tenir le plus de lettres possible dans le plus petit espace possible. Voyons donc quelles sont les modifications qui peuvent être apportées dans les caractères d'imprimerie, sans que ces modifications puissent être en rien nuisibles à la vue ou à la lecture. Tout d'abord on peut supprimer l'interligne; l'interligne n'ajoute rien à la lisibilité et elle prend une place inutile. Après avoir supprimé l'interligne, on peut comprimer les caractères, soit de haut en bas, c'est-à-dire prendre du huit au lieu de neuf, par exemple, soit de droite à gauche, c'est-à-dire prendre des caractères plus plats ou plus étroits, caractères appelés poétiques, parce qu'ils doivent être ainsi comprimés pour que le vers puisse tenir entier dans une ligne. Laquelle de ces deux solutions faut-il préférer ? Pour ce qui est de prendre des caractères d'un degré inférieur, c'est-à-dire du huit au lieu de neuf, ou du neuf au lieu de dix, il faut savoir que le compositeur fait payer l'emploi d'un mille de lettres d'autant plus cher que le caractère est plus petit. Il faut donc chercher une autre solution. La hauteur de certaines lettres est en pure perte et ne sert à rien pour faciliter la lecture. Si l'on prend successivement chacune des lettres b d f g h i j k l p, on voit qu'on peut, sans aucune espèce d'inconvénient, supprimer presque totalement tous les jambages supérieurs et diminuer dans une certaine limite les queues inférieures.

En résumé, en supprimant l'interligne, en réduisant à leur plus simple expression les longueurs supérieures et en ne laissant des longueurs inférieures que ce qui est absolument nécessaire pour la distinction de la lettre, on arrive à former un caractère numéro six, par exemple, tout aussi lisible que le huit.

Il est bien entendu que ces modifications ne seraient proposées que pour les journaux et les livres classiques, ce que l'on peut appeler le courant, et qu'il n'est nullement question, dans tout cela, des éditions de luxe.

Urémie à forme dyspnéique. — M. LELOIR communique au nom de M. G. Pouchet et au sien, l'observation d'un malade mort d'urémie à forme dyspnéique, dans le service de M. Vulpian. Cet homme, âgé de quarante-sept ans, travaillait dans le plomb depuis quatorze ans, et fut atteint de trois attaques de coliques saturnines (1868, 1869, 1872).

En 1876, quatrième attaque de colique saturnine, avec paralysie des extenseurs précédée de phénomènes d'encéphalopathie saturnine. La paralysie dura treize mois, et on constata, dans son urine, la présence d'albumine. Il quitta le service de M. Hardy, presque entièrement guéri, et, depuis trois mois, il avait abandonné son métier, quand il fut pris d'accidents urémiques, d'œdème des membres inférieurs, et vint mourir, le 16 novembre dernier, dans le service de M. Vulpian, d'urémie à forme dyspnéique. Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, on constata, dans son urine, la présence d'une assez grande quantité d'albumine.

La recherche du plomb dans les organes du malade a permis d'isoler et de reconnaître nettement la présence d'une notable quantité du métal toxique dans le cerveau et dans les reins, en opérant sur 150 grammes de chacun de ces organes. Quant au foie et à la rate, ils ont donné des résultats sinon négatifs, du moins douteux. Nous n'avons pas recherché la présence du métal toxique dans les muscles et dans les os; il en est de même de la moelle qui a été conservée pour des études histologiques.

Il est à remarquer que le plomb a pu être décelé en notable quantité dans le cerveau et les reins d'un sujet, trois mois après l'abandon complet de son état.

De l'action physiologique du maté. — M. COUTY fait connaître les premiers résultats d'expériences faites dans le laboratoire de M. Vulpian, et relatives à l'action physiologique du maté ou thé du Paraguay.

Le maté, en infusions introduites par la voie stomacale, détermine une excitation très-vive de l'appareil digestif, caractérisée d'abord par des efforts de défécation, avec ou sans selles, ensuite par des selles diarrhéiques répétées : il agit sur l'appareil urinaire en déterminant des mictions fréquentes, mais plus ou moins abondantes : il paraît modifier aussi l'appareil génital comme le prouve une érection du pénis, souvent peu marquée ; enfin, il accélère le cœur, et l'accélère considérablement, si la dose est assez forte.

Mais il n'y a pas de vomissements, pas de troubles de la pupille, pas de modification nette de la respiration, et on n'a constaté aucun phénomène pouvant indiquer que le maté ait une action directe sur la moelle et l'encéphale. On est donc en droit de conclure que le maté modifie en premier lieu le système sympathique, et que son action porte spécialement sur ceux des organes du sympathique, intestin, vessie, nerfs accélérateurs du cœur, qui doivent être considérés comme étant le plus indépendants des centres nerveux et surtout de l'encéphale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Liste d'admission. — Internes titulaires : 1. MM. Brocq, Méricamp, de Fontaine, Siredey, Ramonat, Petit, Suchard, Sainton, Michaux, Germont.

11. Gousset, Latil, Karth, Bruneau, Boiteux, Girou, Marie, Lalesque, Ménard, Haranger.

21. Liandier, Luizy, Trousseau, Dieterlen, Berthaut, Olivier, Devignac, Mathieu, Leclerc, Jamin.

31. Bourcy, Masson, Guiard, Jouin, Delpeuch, Assaky, Barette, Coudray, Labbé, Capitan.

Internes provisoires : 1. Broussin, Verchère, Ozenne, Lacaze, Berne, Ferrand, Walther, Pioger, de Gassel, Greffier.

11. De Lapersonne, Millet, Mercier, Chambellan, Geffrier, Boissard, Laurent, Malécot, Catuffe, Barbulée.

21. Damalix, Babinski, Bollier, Martinet, Verneuil.

— *Concours de l'externat. — Liste d'admission* : 1. MM. Lermoyez, Daugé, Blé, Valude, Gauté, Bellangé, Clado, Mossé, Olive, Damalix.

11. Rowlat, Boé, Magnin, de Gennes, Lagrange, Gilbert, Launois, Foubert, Lecocq, Darier.

21. Salicis, Gergaud, Tissier, Manissolle, Hamonic, Isnard, Leprévost, Duflocq, Bodinier, Lhoste.

31. Colin, Bidault, Legendre (P.-L.), Schlemmer, Collet, Iscowescu, Guimaraès, Forgeron, Ferrand (J.-J.), Derignac.

41. Debelut, Séné, Delotte, Perrin, Boursier, Oettinger, Durieux, Coudray, Largeau, Lavergne.

51. Chambellan, Galtier-Boissière, Breynaert, Lehmann, Hoël, Maydieu, Olivier, Tuffier, Lebrun, Haussmann.

61. Levassor (C.-P.), Pégoud, Hüe, Cochez, Beaufinet, Fourguette, Goix, Greffier, Lormand, Petit (N.-A.).

71. Boinet, Jumon, François, Portalier, Poupinel, Chopart, Courtin, Détis, Bonicli, Barrère.

81. Bernard, Crespin, Mauxion, Salat, Dargent, Varaillon, Wins, Carron, Bastachi, Khron.

91. Schachkmann, Sapelier, Chassagnette, Coindreau, Lestocquoy, Lacoste, Villard, Courtade, Dericq, Pannier.

101. Nourric, Jardet, Labesque, Harel, Gibier, Surbled, Bouquet, Grenier, Grosclaude, Bertrand.

111. Brouard, Henryet de Launay, Jacquet, Monnier (L. F. D.), Monnier (V.-A.), Legendre (P.-E.), Letort, Massaloux-Lamonnerie, Weill, Guerrier.

121. Dupont, Desfossés, Couillault, Caboche, Dauchez, Laurent (E.), Gagnon, Luquet, Sombret, Mauny.

131. Lacronique, Duchastelet, Outin, Couenon, Larat, Deschamps, Dezac-Derecq, Ausset, Cotreuil, Brunon.

141. Codet, Coste, Gillard, Jarry, Menier, Tripet, Pousset, Rey-Barreau, Rozemont-Malbot, Demmler.

151. Grégoire, Charles, Nicolas, Guillier, Millée, Bolliet, Bonfils, Ferrand (P.-E.), Blanc, Boguier.

161. Dupret, Damée, Demars, Couette, Dubar, Guéneau de Mussy, Maritoux, Ruelle, Jouliard, Lecompte.

171. Thomas, Raimbert, Boucher, Gaudry, Pluyaud, Alibert, Tétard, Rousseau, Barlaud, Binaut.

181. Larrivé, Omont, Bouchereau, Furiani, Roux, Schoofs, Lévêque, Legoy, Doit, Doyen.

191. Dubocq, Riondé, Ménard, de Latourette, Balluc, Dupain, Robles, Curé, Courtoix, Bétaillouloux.

201. Rouillard, Sonnamy, Dubief, Schrœder, Godin, Pasquet, Quinqueton, Leudet, Péraire, Mouzon.

211. Cohen, Humbert, Joeqs, Delprat, Levassor (G.-A.), Uminski, Cadeillau, Petitot, Chabrun, Baudouin.

221. Doré, Michon, Colombe, Malgouverné, Bonneau, Lallement, Galliot, Signoret, Royer, Nuñez y Gonzalès.

— *Prix de l'Externat des hôpitaux de Paris* : Prix (des livres) : M. Brocq, externe de première année à l'hôpital de la Charité.

Accessit (des livres) : M. Méricamp, interne provisoire.

Première mention honorable : M. de Fontaine, externe de deuxième année à l'hôpital Cochin.

Deuxième mention honorable : M. Siredey, externe de deuxième année à l'hôpital Beaujon.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1878, aura lieu samedi 28 décembre 1878, à une heure après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Dans cette même séance, aura lieu la proclamation des élèves nommés internes et externes à la suite du concours de 1878, pour entrer en fonctions au premier janvier 1879.

— Par décret en date du 28 novembre 1878, une Faculté de médecine a été instituée à Toulouse.

— Par arrêté ministériel en date du 21 décembre 1878, la chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Montpellier a été déclarée vacante. — Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour présenter leurs titres.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 151. — MARDI 31 DECEMBRE 1878. 51e ANNÉE. MARDI 31 DÉCEMBRE 1878. — N° 151.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. p... encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion du premier jour de l'an, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HÔPITAL NECKER. — M. Potain.

Syphilis congénitale du foie, de la rate et des reins.

Un jeune malade, atteint d'une affection hépatique, a passé dans notre service. Il s'agit d'un enfant atteint de lésion syphilitique du foie. La syphilis du foie n'est pas très-rare, mais c'est une des plus rares localisations de la syphilis héréditaire. Hier une femme a apporté dans nos salles un enfant âgé de *deux* mois, dans un état semi-comateux, affaissé, pupille très-contractée.

La mère raconta que cet enfant était enrhumé depuis quelque temps, et qu'elle l'avait fait examiner par le médecin du quartier, qui avait prescrit du sirop diacode. Depuis que l'enfant avait pris cette potion opiacée, prescrite cependant à des doses très-petites, il était tombé dans un état de torpeur qui nous fit reconnaître immédiatement qu'il était sous l'influence d'un narcotique. Les jeunes enfants sont, en effet, intoxiqués par des doses presque infinitésimales d'opium; souvent deux gouttes de laudanum les tuent rapidement. Si l'on se trouve dans des circonstances particulières où il soit urgent de prescrire des narcotiques, le praticien ne doit pas oublier cette disposition ; il obtiendra des résultats plus satisfaisants en employant la belladone, qui est mieux supportée par les enfants que par les adultes ; ceux-ci, au contraire, présentent une tolérance remarquable pour l'opium.

En continuant l'examen de ce petit malade, nous avons bientôt constaté qu'il était atteint de lésions autrement graves que la bronchite, bien qu'elles parussent avoir complètement échappé à la mère. Le ventre était gros, les veines superficielles très-marquées sur la paroi abdominale. La palpation montra que le foie était fortement augmenté de volume, et s'étendait jusqu'à l'ombilic et presque jusqu'à la crête iliaque. La rate aussi était volumineuse.

Sur la peau des deux membres inférieurs, surtout à la partie antérieure, il portait des taches disséminées ayant la largeur d'un centimètre environ, et présentant une teinte jaune brunâtre, dite teinte cuivrée et tout à fait caractéristique. La surface de la peau n'était pas altérée au niveau de ces taches. On en retrouvait en plus petit nombre sur les fesses, mais il n'en existait pas sur les membres supérieurs. La face était pâle, ridée; la figure était celle d'un petit vieillard. La bouche était plissée, et, aux commissures des lèvres, on trouvait de petites ulcérations qui sont, comme on sait, un signe précieux de syphilis. Cet enfant était donc atteint de syphilis hépatique.

Cette localisation de la syphilis dans le foie a déjà beaucoup été étudiée depuis Portal, et surtout depuis le mémoire de M. Gubler (1842) sur cette affection chez les nouveau-nés. Plus tard, on l'observa chez les adultes avec des caractères plus ou moins éloignés de la cirrhose, ou bien avec l'aspect des gommes. La forme cireuse amyloïde fut aussi signalée. Enfin, la syphilis dans le foie peut prendre la forme d'une hépatite interstitielle, l'apparence gommeuse, ou le caractère particulier qu'on lui trouve chez les nouveau-nés. Dans ce dernier cas, le foie présente un aspect spécial caractéristique ; on lui trouve une teinte jaunâtre et légèrement transparente de pierre à fusil; il a une consistance dure et résistante; tantôt il est presque tout entier altéré, tantôt il n'est envahi que par taches plus ou moins nombreuses. C'est toujours le bord antérieur du foie qui subit le premier cette altération, qui peut ensuite irradier de là vers le centre de l'organe. Aussi, dès que le bord du foie est attaqué, on peut facilement le reconnaître par la palpation. On sent sa consistance plus ferme, plus dure. On a parfois trouvé la substance hépatique toute parsemée de petites granulations semblables à des grains de semoule. L'examen histologique a montré que l'altération portait principalement sur le tissu conjonctif qui proliférait et prenait des caractères spéciaux, nucléaire, fusiforme, fasciculé, etc.; mais ce qui est remarquable, c'est que la lésion commence à la périphérie du lobule hépatique, puis, de là, gagne peu à peu le centre, en étouffant successivement les cellules et en formant des îlots cirrhotiques assez irréguliers. Souvent d'autres organes, rate, poumons, intestins, sont, en même temps que le foie, le siège de localisations syphilitiques.

Ici se place une question intéressante : D'où vient la syphilis de cet enfant? La mère n'en présente absolument aucune trace ; donc elle est congénitale. D'ailleurs, une syphilis acquise ne pourrait avoir produit chez un enfant âgé de deux mois seulement des manifestations aussi profondes. La syphilis congénitale a une évolution rapide ; on y rencontre une association de symptômes cutanés, en même temps que de

symptômes viscéraux, qui ne se trouve jamais chez l'adulte.

Mais, si la syphilis de cet enfant est congénitale et que la mère en soit indemne, il faut que l'infection vienne du père. Le père était donc syphilitique.

La mère ne peut nous donner de renseignements à cet égard, puisqu'elle dit qu'elle ne sait pas qui est le père de cet enfant.

Quoi qu'il en soit, ce que nous observons nous permet de résoudre une question qui a été très-controversée. On a demandé si la syphilis congénitale pouvait être transmise par le père infecté, sans que la mère fût contaminée? Diday pense que beaucoup de femmes sont infectées par le fœtus atteint de syphilis par le fait de l'hérédité paternelle; ce fait, d'après Diday, se produisait même dans des cas où le fœtus est expulsé à un âge très-peu avancé, au point que la mère ignore sa grossesse. Mon expérience personnelle ne me permet pas de juger cette question, mais ce fait, que nous observons aujourd'hui, doit être noté soigneusement : il prouve que, si la transmission de la syphilis du fœtus à sa mère est possible pendant la grossesse, elle n'est pas inévitable, puisque cet enfant, atteint manifestement de syphilis congénitale d'origine paternelle, n'a pas infecté sa mère, qui est saine encore aujourd'hui.

Outre la lésion du foie et de la rate, nous pouvions aussi soupçonner une affection des reins, parce que, lorsqu'il a été porté à l'hôpital, cet enfant n'a pas uriné pendant toute la journée, jusqu'au moment de sa mort. Cette lésion des reins se retrouve souvent dans la syphilis infantile, et produit des accidents rapidement mortels.

Le pronostic de la syphilis viscérale chez les enfants est toujours désastreux; il n'y a pas d'exemple de guérison d'hépatite syphilitique chez les nouveau-nés, tandis que chez les adultes on voit des gommes du foie, même volumineuses, céder au traitement.

Le traitement que nous avons institué, mais qui n'a duré qu'un jour, puisque l'enfant est mort le soir même, a consisté à administrer la médication anti-syphilitique à la mère dans le double but : 1° de la mettre à l'abri d'accidents pour les cas où elle gagnerait la syphilis de son enfant; 2° de faire passer dans son lait une quantité de mercure, sans doute très-minime, puisque les réactifs ne décèlent pas le mercure dans le lait d'une femme soumise à ce traitement; cependant il faut bien admettre, en présence des effets utiles incontestables qu'on observe chez l'enfant, que la médication hydrargyrée arrive jusque dans l'organisme du nouveau-né ainsi allaité.

Cette ressource thérapeutique est d'autant plus précieuse qu'on ne peut guère administrer le mercure à l'intérieur chez les enfants. Ce médicament, en effet, altère tellement leurs voies digestives qu'il faut absolument y renoncer, à moins de l'employer d'une façon si réservée qu'il ne produise aucun résultat appréciable.

Je me propose, dès que je rencontrerai un cas analogue, d'instituer cette médication hydrargyrée sous une autre forme; comme les frictions mercurielles ne peuvent être utilisées chez les enfants, dont la peau s'irrite et s'ulcère si facilement, et comme, d'autre part, les bains de sublimé n'ont que des effets aléatoires et mal déterminés, je pense qu'il serait préférable d'employer les *injections hypodermiques* d'une solution de sublimé. Cette manière d'administrer le mercure aurait l'avantage de doser exactement la quantité de mercure absorbée par l'enfant.

L'*autopsie* de l'enfant a pleinement confirmé nos prévisions : le foie présentait l'altération que nous avons décrite, surtout sur son bord antérieur. Il était, en outre, criblé d'une petite poussière de granulations blanchâtres.

Enfin, les reins présentaient l'altération que nous avions soupçonnée, et c'est sans doute à cause de cette altération que l'opium absorbé a pu devenir nuisible. Si, en effet, on voulait préciser quelle a été la cause de la mort, il faudrait peut-être en attribuer une part à l'empoisonnement par l'opium, surtout en présence d'une lésion rénale. On sait les dangers de l'administration de l'opium dans ces sortes d'affections. Tout le monde connaît l'histoire de la jeune fille anglaise atteinte d'affection rénale, qui fut empoisonnée par quelques gouttes de laudanum.

Mais, si chez notre jeune malade l'opium a pu être une cause déterminante, il faut bien remarquer qu'il était très-gravement atteint, et que sa maladie du foie, de la rate et des reins devait l'entraîner très-rapidement, malgré les apparences de santé qu'il pouvait présenter, au dire de sa mère, jusque dans les derniers moments.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. **Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme**, par Alphonse Guérin. Delahaye, 1878. — II. **Étude sur les ulcères simples du col de l'utérus**, par le docteur Obled. Delahaye, 1878. — III. **De l'action physiologique et thérapeutique de l'ergot de seigle**, par le docteur Peton. Delahaye, 1878. — IV. **Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus. Applications à l'obstétrique**, par le docteur A. Ribemont. Paris, O. Doin, 1878. — V. **Du prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme**, par le docteur Guéniot, in Archives de Tocologie. — VI. **A propos des tractions mécaniques dans les accouchements.** Lettres du docteur Pros (de la Rochelle).

I. M. Alphonse Guérin vient de publier ses leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme. Cet ouvrage était annoncé depuis longtemps. L'auteur avoue, avec trop de modestie, qu'il a dû retarder cette publication, parce qu'il y a toujours à apprendre en gynécologie. C'est là une vérité trop évidente pour qu'il soit utile d'y insister. A notre grand regret, nous ne pouvons analyser toutes les leçons de M. Guérin, dont plusieurs ont déjà paru dans ce journal; cette analyse, assurément des plus instructives, dépasserait de beaucoup les limites qui nous sont imposées. Nous ne nous occuperons que de la leçon qui a pour titre : *de la Congestion pelvienne*. C'est une grosse question, et il est bon de connaître sur ce point toutes les opinions.

M. Guérin ne peut admettre que la congestion utérine, si magistralement décrite par Grau, puisse exister sans que les organes voisins de l'utérus y aient une large part. Personne, croyons-nous, n'a affirmé le contraire.

Tous les auteurs, et M. Guérin le reconnaît lui-même, disent que l'hyperémie des ovaires et des trompes accompagne toujours la congestion de la matrice. Aussi l'auteur propose-t-il de dire désormais congestion pelvienne; soit, mais ne serait-il pas utile de faire remarquer que, si cette congestion a été pourvue par Aran du qualificatif localisateur « utérin », c'est probablement parce que c'est principalement sur l'utérus qu'elle se manifeste, ou que c'est sur cet organe qu'elle est le plus facile à constater?

Comme dans toutes les maladies, la « congestion pelvienne » a ses symptômes subjectifs et ses signes objectifs. Les premiers ne sont pas assez nets pour qu'ils puissent suffire à l'établissement du diagnostic; les autres sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rappeler. Cependant il en est un, cité par M. Guérin, dont l'insuffisance nous paraît certaine. Si, dit-il, la congestion existe chez une femme qui ait eu des enfants, les lèvres du museau

de tanche sont arrondies et comme roulées sur elles-mêmes de dedans en dehors. Nous avons surtout rencontré cette sorte d'ectropion des lèvres en dehors de ces conditions.

M. Guérin rappelle le mécanisme probable en vertu duquel se produit la congestion active. On sait que la section des nerfs vasomoteurs donne lieu à des phénomènes hyperémiques. Aussi serait-on tenté de voir, dans la congestion, une asystolie des petites artères, permettant au sang d'affluer anomalement dans les tissus. Il est nécessaire pour la production de ce phénomène qu'il y ait irritation provocatrice et naturellement préalable. Les expériences font foi sur ce point. La congestion pelvienne reconnaît donc pour cause une irritation due soit à une lésion antérieure, soit à l'excitation vénérienne. Parmi les lésions, il faut citer les corps fibreux. On rencontre fréquemment, en effet, la congestion utérine chez les femmes atteintes de cette maladie. Cette congestion est bien une véritable entité morbide sur laquelle on a beaucoup discuté depuis Aran; comment la distinguera-t-on de l'inflammation? La chaleur, la douleur, la sensation d'un corps lourd se retrouvent dans les deux affections et ne diffèrent que par le degré, dont la malade peut seule donner une appréciation suffisante. Heureusement qu'il existe encore d'autres signes qui, combinés avec les précédents, suffisent pour le diagnostic. On observe souvent en effet dans la métrite des ulcérations du col qu'on ne rencontre que très-rarement dans la congestion. Dans l'inflammation le mucus est trouble, et même souvent mélangé de pus. Il n'y a jamais de pus dans les produits de sécrétion occasionnés par la congestion. D'après M. Guérin, on n'a pas à distinguer la congestion de la fluxion. Pour lui, en effet, la fluxion n'est pas une entité morbide, c'est une simple expression générale. Ce n'est point le moment de juger ce différend. Néanmoins nous pouvons affirmer que la discussion soutenue par l'auteur contre le savant professeur de Montpellier n'est pas suffisante pour éclairer la question d'un jour nouveau.

Ce qui précède s'applique surtout à la congestion active. Il y a aussi une congestion dite passive. Cette dernière résulte d'un obstacle au cours du sang. La traduction symptomatologique de cette affection consiste principalement en une augmentation de volume de l'utérus, et dans une coloration violacée du col qui devient plus mou. Cette congestion passive est symptomatique d'une autre maladie, telle que tumeur s'opposant à la circulation en retour, ou une lésion cardiaque, ou une lésion du foie produisant la stagnation du sang dans les veines des organes pelviens. Quant à la congestion passive succédant à celle qui est active, M. Guérin croit qu'il est impossible de reconnaître ces variétés qui pour lui ne sont que des phases diverses d'une même affection.

Nous ne terminerons pas sans conseiller la lecture de l'introduction, dans laquelle on trouvera d'excellents conseils sur la manière de se servir du spéculum, de pratiquer le toucher et l'hystérométrie. Ce sont là des choses qui paraissent insignifiantes, et cependant combien de médecins sont embarrassés au lit de la malade! M. Guérin décrit ces manœuvres avec beaucoup de clarté et de précision. Ces qualités manquent dans beaucoup d'ouvrages dits classiques. Comme le fait justement remarquer le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, l'expérience ne doit pas être acquise, sur ce point, au détriment des malades.

II. Parmi les livres indispensables aux gynécologistes, c'est celui qui traiterait des ulcérations du col de l'utérus qui serait le plus recherché. Les ulcérations du col sont en effet extrêmement fréquentes, malgré l'opinion contraire de Robert Lee. Nest, Courty et M. Kruel l'ont surabondamment démontré. Ce livre est encore à faire.

M. Obled en publie un chapitre dans sa thèse inaugurale consacrée à l'étude des ulcères simples. Son travail est fort bien divisé. Dans une première partie, après avoir exposé quelques généralités, il aborde l'étiologie et la division des ulcères du col.

Qu'est-ce qu'une ulcération du col?

Pour M. Obled, et il donne une bonne définition, c'est une solution de continuité avec ou sans leucorrhée, avec ou sans inflammation, qui, livrée à elle-même, continue son évolution ulcérative sans possibilité de guérison spontanée. On pourra reprocher à cette définition de n'être qu'une description générale, et peut-être préférera-t-on celle de Courty, qui écrit que c'est une altération du mouvement nutritif, telle que la décomposition l'emporte sur la composition et la désassimilation sur l'assimilation. Cela est trop nuageux.

Au point de vue étiologique, on doit invoquer des causes générales dépendant du tempérament ou causes diathésiques, mais l'auteur aurait dû faire remarquer que ces diathèses : scrofule, syphilis, etc., impriment un cachet spécial aux ulcérations. Ces dernières sont en quelque sorte la signature de la maladie générale, si on nous permet de nous exprimer ainsi. Ce ne sont plus des ulcères simples, ce sont des ulcères diathésiques.

Viennent ensuite des causes individuelles et des causes morbides. Parmi ces dernières il faut citer la métrite, les déplacements de l'utérus, le contact d'un liquide purulent, les polypes, le froid, l'humidité et, d'après des auteurs dignes de foi, le scorbut.

Parmi les causes physiologiques, la grossesse, les fausses couches et l'accouchement tiennent la première place.

Les causes mécaniques ne doivent pas être mises de côté; nous avons souvent vu, durant notre internat à Saint-Lazare, des ulcérations qu'un de nos maîtres appelait balistiques, et qui étaient certainement dues au coït trop souvent répété. Du reste, comme le fait fort bien remarquer M. Obled, tout ce qui comprime, déplace, remue, irrite la matrice, peut amener l'ulcération après inflammation ou d'une façon spontanée.

Quant aux causes morales, leur valeur étiologique et leur efficacité nous paraissent douteuses. Bien des divisions des ulcérations du col ont été proposées. Aucune ne nous paraît satisfaisante.

La division de Robert était trop vague. On peut adresser le même reproche à celle de Follin. Scanzoni et M. Despeyraux en ont proposé de beaucoup préférables. Il est à regretter que, dans leur classification certainement remarquable à plus d'un titre, Blatin et Nivet n'aient pas cherché à subdiviser les ulcérations simples. L'auteur de la thèse que nous analysons a adopté la division purement anatomo-pathologique de M. Audoyer. Il y aurait beaucoup à dire là-dessus. La première partie du travail de M. Obled se termine par l'étude du processus morbide et la description des ulcères simples.

La seconde partie est consacrée au traitement, et plus particulièrement à la préconisation de l'emploi du cautère actuel. La cautérisation par le fer rouge présente en effet de grands avantages. Son action est certaine, prompte, peu douloureuse; elle peut être limitée à la volonté de l'opérateur. Le cautère actuel arrête les hémorrhagies au lieu de les provoquer, enfin il réussit là où les autres caustiques ont échoué. Il est vrai qu'il expose la femme à des métrites aiguës et à des péritonites consécutives, mais on n'a pas à craindre cette grave complication lorsqu'il n'y a pas inflammation aiguë de l'utérus ou de ses annexes, ce qui serait une contre-indication formelle à la cautérisation par le fer rouge.

III. Il y a bien longtemps qu'on emploie l'ergot de seigle en thérapeutique, et son étude physiologique n'a pas encore été faite d'une manière complète. Il est cependant extrêmement important de savoir jusqu'où vont les indications rationnelles de son administration. L'ergot de seigle est fréquemment employé tant à cause de son action sur la fibre musculaire lisse de l'utérus que de celle qu'il exerce sur les parois des vaisseaux.

M. Peton préconise la méthode hypodermique qui permet à l'agent thérapeutique d'agir très-rapidement, ce qui est indispensable dans certains cas graves. On trouvera dans son excellente thèse l'histoire d'expériences très-intéressantes exécutées au laboratoire de M. le professeur Béclard, et sous la direction du docteur Laborde.

Dans la partie clinique, M. Peton rapporte un certain nombre d'observations de métrorrhagies, d'hémorrhagies du tube digestif, d'hémoptysies et d'épistaxis guéries grâce à une ou deux injections hypodermiques d'une solution d'ergotine.

IV. — La remarquable étude de M. Ribemont n'a que des rapports indirects avec la bibliographie spéciale qui nous est confiée dans ce journal. Néanmoins, à cause de l'importance de ce travail

et des applications auxquelles il peut donner lieu, il nous est impossible de ne pas en parler à nos lecteurs.

Jusqu'ici, il n'existait aucune étude d'ensemble sur l'anatomie du fœtus. Il est vrai qu'une pareille œuvre n'est pas facile à faire, car il faut mettre en évidence les rapports exacts des parties. Pour atteindre ce but, M. le docteur Ribemont a employé la congélation, méthode créée par Pirogoff, en 1838.

On prépare rapidement un mélange de deux parties de neige ou de glace pilée, et d'une partie de chlorure de sodium. Le fœtus est déposé dans une caisse appropriée, sur ce lit de glace, et on le recouvre, petit à petit, d'une couche épaisse du mélange. Au bout de six à sept heures, le cadavre est gelé jusqu'en ses parties les plus profondes. Les sections qu'on obtient ensuite, au moyen d'une scie étroite, sont extrêmement nettes. Il ne reste plus qu'à reproduire graphiquement l'image des parties qu'on a sous les yeux. Le procédé qu'emploie pour cela faire M. Ribemont, est, croyons-nous, le même que celui qui sert à M. Luys pour étudier les lésions cérébrales.

L'auteur a consacré la première partie de sa thèse à l'anatomie des cavités buccale, thoracique et abdominale. Nous ne pouvons le suivre dans cette étude si intéressante, qu'accompagne un grand nombre de planches fort claires et supérieurement exécutées.

Dans la seconde, il étudie l'application des données anatomiques précédentes à la pratique des accouchements, principalement les indications fournies par l'auscultation du cœur du fœtus pour le diagnostic des positions et présentations. De nombreuses et intéressantes observations viennent confirmer les conclusions de l'auteur.

Enfin, une troisième et dernière partie traite des effets de la torsion du cou du fœtus, portée à 180° sur le rachis et la moelle. Cette manœuvre, décrite et exécutée pour la première fois par Smellie, dans l'extraction artificielle de la tête, lors de positions occipito-postérieures directes, a été attaquée par des hommes dont l'avis est d'un poids considérable. D'autres accoucheurs, non moins distingués, parmi lesquels il faut citer M. Tarnier, l'adoptèrent comme règle générale dans les cas indiqués.

M. Tarnier a institué des expériences et publié des observations qu'il résume en disant qu'il n'a jamais observé de lésion appréciable dans le rachis ou dans la moelle épinière.

M. Ribemont est arrivé aux mêmes conclusions en examinant les coupes faites sur un fœtus congelé, placé de façon que son menton répondît au dos, et son occiput au sternum. On trouvera, à ce propos, une observation due à M. Budin, montrant que, dans un accouchement spontané, le corps conservant sa situation primitive, la tête peut exécuter brusquement et sans danger un mouvement étendu de rotation. — L'ouvrage de M. Ribemont est indispensable à tout accoucheur. Trente planches y sont jointes, et Doin a donné tous ses soins à cette première édition.

V. — M. le docteur Guéniot vient de publier, dans les *Archives de Tocologie*, une note, lue il y a quelque temps à l'Académie de médecine, sur le prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme. Cet état morbide n'avait point été étudié jusqu'ici, et le plus souvent on croit, à tort, que cette affection est la conséquence de l'amaigrissement succédant à l'embonpoint. — Le prolapsus des couches superficielles de l'abdomen est ordinairement occasionné, d'après l'auteur, par les distensions répétées et exagérées de la paroi abdominale, l'atonie tégumentaire qu'amène l'âge, les fatigues prématurées après l'accouchement.

Les principaux symptômes, outre la caractéristique anatomique, consistent dans des douleurs soit lombaires, soit inguinales, et une faiblesse générale pendant la marche ou la station verticale. Le traitement de cette affection doit être préventif et curatif. La prophylaxie consistera à prévenir la formation des causes signalées plus haut.

Quant au traitement curatif, M. Guéniot propose l'usage d'une ceinture nouvelle qui répond aux deux indications essentielles suivantes : elle relève et soutient la masse prolapsée, et empêche, par cela même, les tractions que cette dernière exerce sur les lombes ; de plus, elle supporte le poids des viscères abdominaux, en soutenant les muscles sous-jacents, les couches tégumentaires ne pouvant plus le faire. — Plusieurs observations cliniques justifient la manière de voir de l'auteur.

VI. — M. le docteur Pros, de la Rochelle, a adressé deux longues lettres à M. de Soyre, à propos des tractions mécaniques dans les accouchements. Malgré l'intérêt qu'elles présentent, le défaut d'espace nous empêche de les reproduire intégralement. Nous allons les analyser brièvement. — Dès l'abord, M. le docteur Pros exprime le regret qu'il n'existe pas encore à Paris de Société d'obstétrique. C'est devant une assemblée de ce genre que les hautes discussions seraient portées. Quoique, en thèse générale, les Sociétés, quelles qu'elles soient, promettent plus qu'elles ne font, nous partageons le désir de M. Pros ; la science des accouchements ne saurait qu'y gagner. — M. Pros dénonce à l'indignation générale le précepte formulé par un savant professeur, en vertu duquel le praticien dont le forceps reste par trois fois impuissant entre ses mains doit toujours crever la tête de l'enfant qui refuse de naître. — Il y a lieu, selon nous, de faire ici une distinction. L'accoucheur qu'on attaque dit qu'il a l'habitude d'agir ainsi lorsque, après trois applications de forceps faites à des intervalles suffisants, il n'y avait pas d'autres moyens de délivrance qui eût chance de réussite. De plus, l'instrument de M. Pros était-il inventé lorsque ce précepte fut formulé ?

Nous sommes convaincus que le tracteur obstétrical peut rendre de grands services. M. Pros nous en fournit lui-même la preuve dans sa seconde lettre. Il y résume cinq accouchements, de date récente, qu'il fut appelé à terminer, ce qu'il fit avec succès. Sans nul doute, s'il s'était servi du forceps classique, les résultats n'auraient pas été si heureux. Que conclure de tout cela ? C'est qu'après ces trois sommations d'usage, pour nous servir de l'expression même de M. Pros, et avant d'en venir au sacrifice de l'enfant, il faut essayer le tracteur obstétrical.

D[r] V. de Fourcauld.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 19 décembre 1878, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Rozan et Contrejean ;

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Mathieu, Libermann et Mourlon ;

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Leblanc, Flament, Ballet, Duchemin, Martin et Richon.

— Le corps médical de Paris vient de faire une perte très-sensible dans la personne du docteur Billard, un des praticiens les plus sympathiques et les plus justement estimés de notre ville.

— La Société de chirurgie, dans sa séance du 26 décembre, a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1879. Sont élus : Président, M. Tarnier ; vice-président, M. Tillaux ; secrétaire général, M. de Saint-Germain ; premier secrétaire annuel, M. Lannelongue ; deuxième secrétaire annuel, M. Polaillon ; trésorier, M. Berger ; bibliothécaire, M. Terrier.

— M. le professeur Richet ne reprendra ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu que le premier mardi du mois de janvier 1879.

Maladies du système nerveux. Leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par le docteur J. Grasset, professeur agrégé, etc. Tome second, 1 vol. in-8°, prix 12 francs. Prix de l'ouvrage complet, 2 volumes in-8° avec 26 figures dans le texte : 22 francs. — Paris, V[e] A. Delahaye et C[e].

Le Directeur : D[r] E. Le Sourd.

Paris.— Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères,

TABLE DES MATIÈRES

1878

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

NOMS DES AUTEURS

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19.